

PPD-ED-82
C198

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



BIBLIOTECA UPANA I. 17,528 05 MAY 2011

Q. 100.-

**El Alcoholismo como factor determinante en la violencia
intrafamiliar, en pacientes que asisten al Centro de Salud
en el municipio de San Andrés Itzapa, del Departamento de
Chimaltenango**
(Informe Práctica Profesional Dirigida)

Ana Lida Campos Martínez

Guatemala, abril del 2,011



**El Alcoholismo como factor determinante en la violencia
Intrafamiliar, en pacientes que asisten al Centro de Salud
En el municipio de San Andrés Itzapa, del Departamento de
Chimaltenango**
(Informe Práctica Profesional Dirigida)

Ana Lida Campos Martínez

Guatemala, abril del 2,011



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN APROBACION PARA ELABORAR INFORME DE PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: Ana Lida Campos Martínez de Fuentes estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, de esta Facultad solicita autorización para la realización de la Práctica Profesional Dirigida para completar requisitos de graduación.

Dictamen No. 004 10/2010

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

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **"El alcoholismo como factor determinante en la violencia intrafamiliar en pacientes que asisten al Centro de Salud en el municipio de san Andrés Itzapa del departamento de Chimaltenango"**. Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante **Ana Lida Campos Martínez de Fuentes** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.

M.A. José Ramiro Bolaños Rivas
Facultad de Ciencias de la Educación

Decano



C.C. Archivo

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida realizado en el Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, presentado por la estudiante

Ana Lida Campos Martínez

*quien se identifica con número de carné 0601233 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

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Supervisada con la temática: **El alcoholismo como factor determinante en la violencia intrafamiliar, en pacientes que asisten al Centro de Salud en el municipio de San Andrés Itzapa, del Departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Ana Lida Campos Martínez**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Jacqueline Girón
Revisor (a)

- Carretera a San Isidro, Aldea Acatán Zona 16 - PBX: 2390 1200
- www.universidadpanamericana.edu.gt

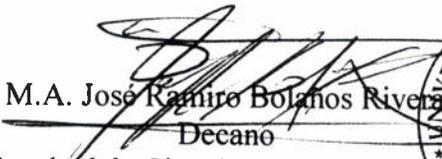


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **El Alcoholismo como factor determinante en la violencia intrafamiliar, en pacientes que asisten al Centro de Salud en el municipio de San Andrés Itzapa, del Departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Ana Lida Campos Martínez,** previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social,** cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


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



- Carretera a San Isidro, Aldea Acatán Zona 16 - PBX: 2390 1200
- www.universidadpanamericana.edu.gt

Resumen

El presente informe de investigación resume tanto investigación bibliográfica como de campo sobre el trabajo de Práctica Profesional Dirigida desarrollada dentro del marco de la atención clínica, requisito de egreso de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana.

Básicamente el trabajo lleva al lector, en su parte bibliográfica, a darse cuenta de la importancia de conocer y apoyarse en la Psicología Clínica como la vía adecuada para la resolución de conflictos intrapersonales del individuo, mediante los métodos, técnicas y herramientas psicológicas de que dispone el profesional en la materia.

En la parte de la investigación de campo, se selecciona la problemática de mayor incidencia observada en la comunidad donde se desarrolla la práctica; en el presente caso se trata del alcoholismo. Así mismo, se presentan los resultados del Proyecto de Salud Mental desarrollado como finalización del trabajo profesional.

Introducción

La carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, contempla como requisito de egreso el trabajo de Práctica Profesional Dirigida, el cual debe ser desarrollado dentro del ámbito clínico de la región. En dicha labor el estudiante debe poner en práctica todos los conocimientos teóricos y prácticos que ha aprendido a lo largo de la carrera, atendiendo casos reales que se apegan a los ya estudiados en el transcurso del ciclo de estudio.

Dentro de los lineamientos a seguir destaca la atención de casos reales individuales, de grupo o de acuerdo a las necesidades que surjan. Así mismo, se contempla la puesta en marcha de un Proyecto de Salud Mental que deberá desarrollarse a nivel comunitario, enfocándose en aquellas regiones donde la ayuda psicológica se hace verdaderamente necesaria. En este caso se desarrolló el proyecto en el municipio de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango, con resultados exitosos y satisfactorios.

De igual forma, se hace necesario seleccionar aquel problema que mayor incidencia ha presentado a lo largo de la labor de práctica. En el presente caso, se trata del alcoholismo, sus consecuencias y el manejo adecuado de la enfermedad.

A continuación se describe la parte referencial, teórica y metodológica resultantes del trabajo de práctica.

Capítulo I

Marco de referencia

Introducción

La carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, contempla dentro del pensum de quinto año y como requisito de egreso de la carrera, el ejercicio de Práctica Profesional Dirigida, misma que debe desarrollarse dentro del área clínica. Dicho trabajo debe llevarse a cabo en una institución que brinde servicios de salud a nivel comunitario, entiéndase hospitales, clínicas, centros de salud, así como también instituciones dentro del marco legal que ofrezcan el apoyo psicológico requerido por la población que atienden.

Dentro del marco requerido, se encuentran los Centros de Salud comunitarios, los cuales ofrecen servicios médicos generales a los diferentes municipios de los departamentos. En tal sentido, el presente trabajo de Práctica Profesional Dirigida se desarrolla en el Centro de Salud del municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, en donde se abre a la población la oportunidad de contar con el apoyo psicológico necesario para la misma.

1.1 Descripción de la institución

El Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, es una institución perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, encargada de brindar a la población servicios básicos de salud, consulta médica, tratamiento de enfermedades y medicina común, clínica psicológica, trabajo social, servicio materno-infantil, servicios básicos de vacunación, etc.

Dichos servicios son ofrecidos tanto en el área urbana, como rural de dicha comunidad. Atiende aproximadamente a 10,000 personas mensualmente, a través de los servicios de consulta externa, jornadas médicas e informativas, y medicamentos sin costo alguno.

El Centro de Salud de San Andrés Itzapa cuenta con dos extensiones adicionales ubicadas en las aldeas de Chimachoy y San José Calderas. El personal con que cuenta es el siguiente:

- Médico (Director)
- Jefe de enfermería (enfermera graduada)
- Trabajadora social
- Tres auxiliares de enfermería
- Dos técnicos en salud rural
- Un estudiante realizando su EPS de medicina
- Una estudiante realizando su PPD de psicología clínica
- Una estudiante realizando su EPS de la licenciatura en enfermería

El Centro cuenta además, con las siguientes instalaciones:

- Sala de espera
- Secretaría
- Sala de pre y post consulta
- Dirección médica
- Clínica de planificación familiar
- Clínicas médicas
- Clínica de psicología y consejería social
- Jefatura de enfermería
- Oficina de trabajo social
- Oficina de saneamiento ambiental
- Hipotermia
- Sala situacional
- Bodegas
- Servicios sanitarios

1.2 Misión

Desarrollar acciones de salud integral en la población mas necesitada, a través de los servicios de salud, a fin de proporcionarles un desarrollo integral a las personas, brindándoles los servicios básicos de salud tanto a la población urbana como rural del área. De esta manera se busca minimizar el índice de mortalidad tanto materno-infantil, como de los habitantes en general, debido a la falta de asistencia médica, a través de un servicio profesional, eficiente y digno de todo ser humano, sin ánimo de lucrar con la salud de la persona.

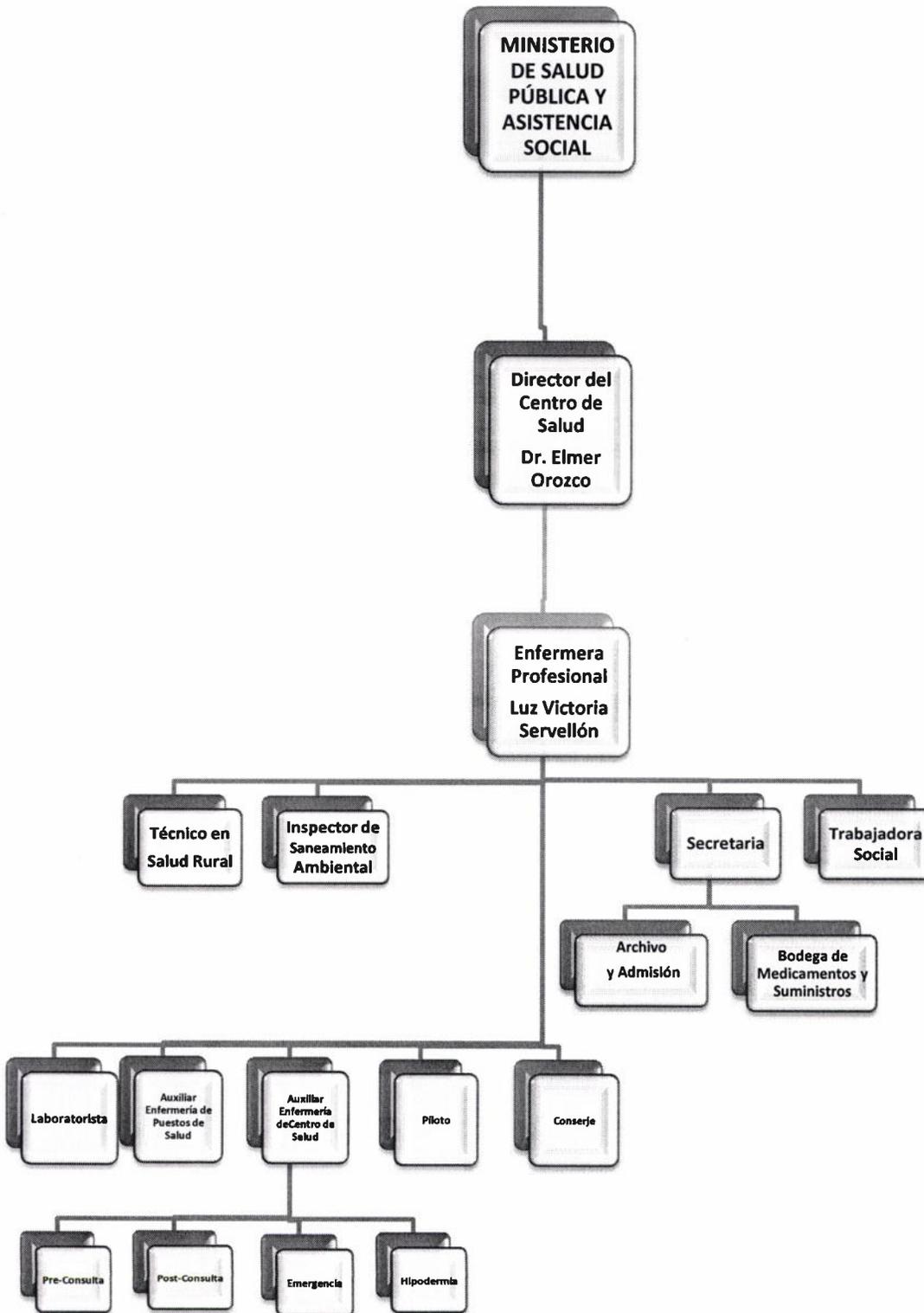
1.3 Visión

Realizar acción en cada uno de los programas para poder prevenir enfermedades en las comunidades, enfocándose específicamente en lograr incrementar el índice de salud integral, así como minimizar el riesgo de mortalidad materno-infantil y población general, debido a la falta de asistencia y servicios médicos básicos para el ser humano.

1.4 Organigrama

A continuación se presenta el organigrama jerárquico del Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango.

Organigrama
Centro de Salud, San Andrés Itzapa,
Chimaltenango



1.5 Objetivos

- Incrementar el índice de salud integral en la población urbana y rural
- Minimizar el riesgo de mortalidad materno-infantil y población en general, por falta de asistencia y servicios médicos
- Concientizar a la población sobre aspectos básicos de salud integral, a través de diferentes medios informativos

1.6 Población que atiende

El Centro de Salud de San Andrés Itzapa, atiende aproximadamente a 10,000 habitantes tanto del área urbana, como rural del municipio. Dicha población, está compuesta por habitantes de las etnias ladinas e indígena, en su mayoría mujeres entre un rango de 12 a 75 años, así como infantes entre los 0 y 12 años de edad. La población masculina atendida es relativamente mínima.

El rango de edad de los pacientes atendidos oscila entre los 0 y 75 años de edad. El grado de escolaridad de las personas asistidas es variado, pues en el municipio existe un elevado índice de analfabetismo, especialmente entre la población indígena.

1.6.1 Descripción de la población

La población atendida está integrada por habitantes ladinos e indígenas; éstos últimos conforman la mayoría de habitantes. Los servicios son utilizados mayormente por mujeres y niños de todas las edades. La población masculina asiste de forma escasa, debido a razones culturales y, en ocasiones, laborales.

1.7 Planteamiento del problema

El municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, cuenta con una población aproximada de 27,334 habitantes de acuerdo al censo realizado en el año 2007 por el Centro de Salud del área. De acuerdo a datos obtenidos en los archivos del Centro, así como por estudios

realizados por los Técnicos de Campo de la institución, se ha determinado que en el municipio existen diez causas primeras de mortalidad en general. Estas son:

No.	CAUSA	PORCENTAJE
1	Cirrosis Hepática por ingesta alcohólica	9.88%
2	Senilidad	8.98%
3	Neumonía	7.76%
4	Infarto agudo	2.47%
5	Enfermedad Pulmonar Obstructiva	2.47%
6	Insuficiencia Cardiaca	2.11%
7	Diarrea	1.41%
8	Desnutrición	1.41%
9	Cepsis del Recién Nacido	1.41%
10	Heridas de arma de Fuego	1.60%

Habiendo observado los diferentes casos médicos atendidos en el Centro de Salud de San Andrés Itzapa, y en base a la problemática detectada en las diferentes actividades a nivel de comunidad (charlas, atención a grupos, pláticas individuales, etc.), se llega a la conclusión de que el problema social de mayor incidencia en la población es el alcoholismo. Dicha afirmación se corrobora al observar la tabla de las diez primeras causas de mortalidad en el municipio de San Andrés Itzapa, elaborada por el Centro de Salud del lugar.

En sondeo realizado *a priori* con las personas que asisten a la consulta externa del Centro de Salud de San Andrés Itzapa, se determinan las siguientes potenciales causas del elevado índice de alcoholismo en la población:

- Cultura (sociedad machista)
- Ingesta de alcohol en el núcleo familiar
- Desinformación o ignorancia
- Falta de control de los padres

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

Con la finalidad de desarrollar un trabajo profesional enmarcado dentro de la perspectiva de la Psicología, previo al trabajo de práctica se desarrolla la investigación de diferentes temas con la finalidad de que los estudiantes conozcan más específicamente diversos problemas que pueden afrontar durante el proceso de práctica. Dentro de este contexto, se pueden mencionar problemas de aprendizaje, abuso sexual, violencia intrafamiliar, adicciones, desintegración familiar, y otros temas que permiten al alumno practicante, la detección y adecuada intervención en dichos casos. Específicamente, se lleva a cabo la investigación sobre el cuadro patológico con más reincidencia en el área donde se desarrolla el trabajo de práctica. En este caso, se trata el tema del alcoholismo.

El objetivo primordial del desarrollo investigativo en el trabajo de Práctica Profesional Dirigida, es contar con la base teórica que permita desarrollar una labor con enfoque psicológico, permitiendo al estudiante contar con más seguridad en la intervención adecuada para los casos detectados, siempre tomando como base la información recabada y el uso de las herramientas psicológicas aprendidas en años anteriores. Esto en definitiva, permite un trabajo de práctica sumamente completo y de beneficio, tanto para los pacientes y centro de práctica, como para el alumno practicante.

Así mismo, el trabajo investigativo provee al alumno practicante nuevas fuentes de información para incrementar su conocimiento, y poner en práctica de manera asertiva las herramientas psicológicas con las que cuenta. De esta manera se logra la meta de un manejo adecuado de los problemas detectados.

A continuación se detallan las investigaciones desarrolladas para enriquecer el trabajo de la Práctica Profesional Dirigida, específicamente en el área clínica.

2.1 El alcoholismo como factor desencadenante de la violencia intrafamiliar

El alcohol y las drogas son factores de riesgo en el desarrollo de la violencia intrafamiliar, ya que reducen los umbrales de inhibición, lo cual actúa como un factor predisponente de la VIF. La combinación de modos violentos para la resolución de conflictos con adicciones o alcoholismo suele aumentar el grado de violencia y su frecuencia. Muchos golpeadores no abusan ni de las drogas ni del alcohol y muchos abusadores de drogas o alcohol no son violentos. Son dos problemas separados que deben ser tratados por separado. Sin embargo, cabe mencionar que el alcoholismo y las drogas efectivamente, pueden actuar como un factor que desencadene la violencia intrafamiliar.

Se ha encontrado que los hombres que abusan de sus parejas, comparados con los que no lo hacen, tienen niveles más altos de ira y hostilidad. Dentro de las características más comunes dentro de un cuadro de VIF, se han citado otras características tales como baja autoestima, impulsividad, déficit de las habilidades de afrontamiento, ansiedad, depresión y otras alteraciones emocionales, así como actitudes de rol más tradicionales y mayor posesividad y celos. Pero es el alcohol y/o las drogas los factores que más generalmente se encuentran en las personas que ejercen violencia intrafamiliar.

De acuerdo a un estudio hecho por la Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila en México, la violencia intrafamiliar es un fenómeno que se incrementa notablemente los fines de semana cuando se presenta una elevada ingesta de alcohol. Aunque no es muy frecuente, también se reciben quejas contra mujeres que golpean a sus maridos estando bajo los efectos del alcohol. Este es un fenómeno que se ha dado en varios países latinoamericanos, especialmente aquellos en los cuales el alcohol forma parte de las tradiciones sociales e idiosincrasia de los mismos, por ejemplo, Guatemala.

Por lo general son los hombres quienes agreden a las mujeres y a los menores y estas situaciones, pero se ha observado comunmente, que el común denominador es la ingesta de alcohol o cerveza y en algunos casos hasta con drogas como marihuana, cocaína o heroína. Así mismo, se ha observado que debido a las costumbres y la idiosincrasia del guatemalteco, principalmente en relación al consumo del alcohol, el problema de la violencia intrafamiliar se agudiza cada vez más,

lo que está generando graves problemas a nivel social, tal es el caso de la desintegración familiar, pérdida de control sobre los hijos, la inclusión de éstos tanto en grupos antisociales, como en problemas de adicción, etc.

De acuerdo a lo antes expuesto, es fácil determinar que el alcoholismo, aunque no siempre es generador directo de la conducta violenta, sí puede llegar a actuar como un factor predisponente y desencadenante de la VIF, principalmente cuando se conjuga con otros elementos tales como la baja autoestima, la codependencia, y los patrones conductuales aprendidos durante la infancia.

2.1.1 El alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las que se encuentran en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables; después de la exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente a ellos.

Para las personas que sufren de alcoholismo, el tomar se convierte en el medio principal a través del cual pueden interactuar con personas, trabajo y vida. El alcohol domina su pensamiento, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad está afectada por factores de índole genética, psicológica, cultural y de dolor físico.

2.1.2 Causas del alcoholismo

El tan sólo tomar de manera regular y consistente durante un transcurso de tiempo puede ocasionar una sensación de dependencia y síntomas de supresión durante los períodos de abstinencia; esta dependencia física, sin embargo, no es la única causa del alcoholismo.

Los estudios con personas que sufren enfermedades crónicas que han tomado medicamentos contra el dolor por mucho tiempo, han mostrado que una vez la persona resiste el proceso de supresión física, a menudo pierde el deseo por las drogas que estaba tomando. Para que una

persona se vuelva alcohólica, por lo general se deberán tener en cuenta otros factores biológicos, genéticos, culturales y psicológicos.

2.1.3 La química cerebral

El deseo de alcohol durante la abstinencia, el dolor asociado con la supresión y la alta tasa de recaída se deben a la adaptación del cerebro y a la dependencia en los cambios químicos (cerebrales) causados por el uso de alcohol a largo plazo. El alcohol causa relajación y euforia pero a la vez también actúa como un depresivo en el sistema nervioso central. Inclusive después de años de investigación, los expertos todavía no saben exactamente cómo el alcohol afecta el cerebro.

Parece ejercer efectos mayores en el hipocampo, un área en el cerebro asociada no sólo con el aprendizaje y la memoria sino también con la regulación de la emoción, el procesamiento sensorial, el apetito y el estrés. Un estudio reciente encontró que productos mayores descompuestos del alcohol, esteres de etilo de ácido graso, estimulan el flujo de potasio en las células del hipocampo, el cual inhibe neurotransmisores importantes (mensajeros químicos). De especial importancia para los investigadores de alcoholismo son los neurotransmisores ácido gamma-aminobutírico (GABA), dopamina y serotonina, los cuales están muy asociados con, entre otras funciones, el comportamiento emocional y los antojos. El alcoholismo crónico causa depresión de la materia gris, tejido crucial en el sistema nervioso central.

2.1.4 Factores genéticos que influyen en el alcoholismo

En las personas que sufren de alcoholismo severo, los investigadores han identificado un gen que afecta la función de una estructura nervio-celular conocida como receptor de dopamina D2 (DRD2), el cual, a su vez, influye en la actividad de la dopamina. Este gen también se encuentra en las personas con trastorno de déficit de atención, las cuales corren un riesgo mayor de alcoholismo, y está también presente en las personas con el síndrome de Tourette y autismo.

La asociación de este gen con estos problemas neurológicos conduce a algunos expertos a creer que el gen receptor de dopamina D2 no es una causa principal del alcoholismo, sino que las personas con este gen tienen una probabilidad mayor de tomar para medicar los síntomas psicológicos y conductuales de sus trastornos neurológicos. Además, un estudio mayor no encontró ninguna conexión entre el gen DRD2 y el alcoholismo. Se necesita llevar a cabo más investigación en esta área.

2.1.5 El género en el alcoholismo

La mayoría de los alcohólicos son hombres, pero, no obstante, la incidencia de alcoholismo entre las mujeres ha estado aumentando durante los últimos 30 años. Cerca del 3.9% de los hombres son bebedores serios y el 1.9% de las mujeres; 22.8% de los hombres toman hasta embriagarse comparado con 8.7% de las mujeres. En general, las mujeres jóvenes con problemas de alcohol tienden a seguir los patrones de bebida de alcohol de sus padres. Las mujeres que son alcohólicas tienden a tomar seriamente durante el período premenstrual.

Las mujeres tienden a volverse alcohólicas más tarde en la vida que los hombres. Sin embargo, los problemas médicos que desarrollan debido al trastorno ocurren casi a la misma edad que los hombres, lo cual sugiere que las mujeres son más susceptibles a la toxicidad física del alcohol.

2.1.6 El factor hereditario

El riesgo de alcoholismo entre los hijos de padres alcohólicos es de 25%. La asociación familiar es menor para las mujeres. No obstante, los factores genéticos contribuyen a esta enfermedad en ambos géneros. En un estudio, las mujeres que sufrían de alcoholismo tendían a tener padres que tomaban. Las mujeres que provenían de familias con antecedentes de trastornos emocionales, rechazadas por los padres o disolución familiar temprana no mostraron un riesgo mayor de tomar alcohol que las mujeres sin estos antecedentes. Una familia y salud psicológica estables no sirven de protección para las personas con un riesgo genético. Lamentablemente, no hay manera de predecir qué miembros de las familias de alcohólicos están a un riesgo mayor de alcoholismo.

Aunque las causas biológicas en lo que respecta a las alteraciones de riesgo son desconocidas, ciertas personas corren un riesgo mayor o menor debido a la manera en que metabolizan el alcohol. Un estudio reciente encontró que los hombres jóvenes con padres alcohólicos son menos sensibles a los efectos de intoxicación del alcohol. Esto confirma otros estudios en los que presentaron menos señales de embriaguez y tuvieron niveles inferiores de hormonas de estrés que aquéllos que no tenían una historia familiar. En otras palabras, tenían una mejor resistencia al licor. Los expertos sugieren que estas personas pueden heredar una falta de esas señales de advertencia que por lo común hacen parar de tomar a las personas.

Algunos asiáticos, por otro lado, que tienen un gen inactivo del químico de hidrogenase, son más sensibles a los efectos del alcohol. Este producto químico es empleado por el cuerpo para metabolizar el alcohol etílico, y en su ausencia, se acumulan sustancias tóxicas causando rubores, mareos y náusea. Las personas con esta sensibilidad genética, tienen la probabilidad de experimentar reacciones adversas al alcohol y por consiguiente no volverse alcohólicas. Es importante destacar, sin embargo, que, hereditario o no, a las personas que sufren de alcoholismo se les sigue considerando legalmente responsables de sus propias acciones

2.1.7 La personalidad y los trastornos emocionales asociados al alcoholismo

Se ha encontrado en estudios que el alcoholismo está altamente relacionado con comportamiento impulsivo, excitable y comportamiento que busca nuevas experiencias, y que dichos patrones son establecidos temprano en la vida, si es que no son heredados. Las personas que sufren de trastorno de hiperactividad de déficit de atención, una enfermedad a menudo hereditaria cuyos rasgos son los mismos, corren un riesgo mayor de alcoholismo. Los niños que posteriormente se convierten en alcohólicos o que abusan las drogas tienen una mayor probabilidad de tener menos temor a las situaciones nuevas, aunque exista un riesgo de peligro.

En una prueba sobre el funcionamiento mental, los alcohólicos (principalmente las mujeres) no mostraron ningún déficit de pensamiento; sin embargo, mostraron ser menos capaces de inhibir sus respuestas que los no alcohólicos.

Las personas severamente deprimidas o ansiosas presentan un riesgo mayor de desarrollar alcoholismo, tabaquismo y otras formas de adicción. El problema de alcoholismo en estos casos puede deberse a la automedicación de la ansiedad o la depresión. Debe tomarse nota de que estos trastornos de estado de ánimo son a menudo causados por el alcoholismo y pueden reducirse después de la supresión del alcohol.

En un tiempo se pensó que una historia familiar vinculada con una personalidad pasiva y necesidades de dependencia anormales aumentaban el riesgo; sin embargo, los estudios no han soportado esta teoría.

2.1.8 El factor socio-económico

Se ha pensado por mucho tiempo que el alcoholismo es más prevalente en las personas con niveles educativos inferiores y en los desempleados. Estudios realizados por el Ministerio de Salud en 1996, sin embargo, revelaron que la prevalencia de alcoholismo entre los adjudicatarios adultos de bienestar social era del 4.3% al 8.2% lo cual era equivalente al porcentaje en la población general, que es del 7.4%.

Entre los grupos de bajos ingresos, sin embargo, hubo tendencias que diferían de la población general. Por ejemplo, hubo la misma cantidad de hombres que de mujeres con problemas de alcohol.

El beber de forma excesiva puede ser más peligroso entre los grupos de ingresos más bajos, de acuerdo a estudios que arrojan datos en los que este elemento se considera un factor principal en la mayor tasa de mortalidad de las personas, en particular los hombres, en grupos socioeconómicos más bajos comparado con aquéllos en grupos de nivel más alto.

2.1.9 Consecuencias del alcoholismo a nivel poblacional

En Guatemala, cerca de 5,000 muertes al año pueden ser completa o parcialmente atribuidas a la bebida, de acuerdo a datos recopilados por diferentes asociaciones, en donde se indica que el

alcohol ha sido un común denominador en los decesos. Aunque las personas que sólo toman de dos a cuatro bebidas a la semana presentan las tasas de mortalidad más bajas, comparado con los no bebedores y los bebedores empedernidos, el beber dos o más bebidas alcohólicas al día aumenta el riesgo de muerte en un 50%. Además, el alcoholismo en si reduce el promedio de vida en 10 á 12 años.

Entre más temprano empiece a beber de manera exagerada una persona, mayor es el riesgo que corre de contraer enfermedades serias más adelante. El alcoholismo puede matar de muchas maneras diferentes.

2.1.10 Efectos de una sobredosis de alcohol en la persona

El alcohol es una droga y las personas pueden morir por una sobredosis. Esto es un peligro especialmente entre los adolescentes que, al querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol, todavía no pueden medir los efectos que pueden ser fatales.

2.1.11 Los accidentes y la violencia

El alcohol juega un papel importante en más de la mitad de todas las muertes por accidente de automóvil. El tomar menos de dos bebidas puede deteriorar la capacidad para conducir. El alcohol también aumenta el riesgo de lesiones accidentales por varias otras causas.

En un estudio realizado entre los pacientes de la sala de urgencias de uno de los hospitales nacionales más grandes del país, se mostró que un 47% resultaron positivos a las pruebas de alcohol, y el 35% se encontraban ebrios. De los que estaban ebrios, el 75% mostraron evidencia de alcoholismo crónico.

Esta enfermedad es el principal diagnóstico en un cuarto de todas las personas que se suicidan. De igual manera, el alcohol está implicado en un porcentaje relativamente mediano de todos los asesinatos.

2.1.12 Problemas médicos derivados del alcoholismo

El alcoholismo puede lesionar el cuerpo de tantas maneras que es imposible tratar estos problemas por entero en un informe corto. Los siguientes son tan sólo algunos de los trastornos causados por el consumo crónico de alcohol:

● La cardiopatía

Aunque el consumo moderado de alcohol parece reducir el riesgo de ataques cardíacos mejorando los niveles de colesterol, las dosis más grandes de alcohol pueden desencadenar ritmos cardíacos anormales y aumentar la presión arterial inclusive entre las personas que no tienen un historial de cardiopatía. Un estudio importante encontró que las personas que consumían más de tres bebidas alcohólicas al día tenían una presión sanguínea más alta que los abstemios, con un aumento de la presión sanguínea a medida que incrementaba el consumo de alcohol. Las personas que bebían hasta la embriaguez tenían una presión sanguínea más alta inclusive que las personas que bebían con regularidad.

Estudios recientes han encontrado que las personas que bebían hasta embriagarse (las personas que toman nueve o más bebidas una vez o dos veces a la semana) tienen un riesgo de correr una emergencia cardíaca dos veces y medio mayor a la de los no bebedores. Un estimado 11% de todos los casos de hipertensión son causados por la ingestión excesiva de alcohol. El abuso crónico de alcohol también puede lesionar el músculo del corazón lo cual conduce a la insuficiencia cardíaca; las mujeres son particularmente vulnerables a este trastorno.

● El cáncer

El alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede aumentar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo del cigarrillo. El beber a diario aumenta el riesgo de contraer cánceres del pulmón, esófago, estómago, páncreas, colon y recto, cánceres de las vías urinarias,

tumores cerebrales, linfomas y leucemias. Cerca del 75% de los cánceres del esófago y 50% de los cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo.

El tabaquismo combinado con la bebida alcohólica aumenta de manera extraordinaria los riesgos de contraer la mayoría de estos cánceres. El riesgo de contraer cáncer del hígado aumenta en los alcohólicos, y aún en la persona que toma de manera moderada --tres a nueve bebidas a la semana-- puede aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer de la mama en las mujeres.

● Problemas gastrointestinales y hepáticos

El alcohol pone en particular peligro al hígado. Aquí, el alcohol se convierte en una sustancia aún más tóxica, acetaldehído, que puede causar un daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de las personas que sufren de alcoholismo. El daño hepático es más común y se desarrolla más rápidamente en las mujeres que en los hombres con historias similares de abuso de alcohol. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede contribuir a la causa de úlceras y pancreatitis, una infección grave del páncreas. En una escala menor, puede causar diarrea y hemorroides.

● Los trastornos mentales y neurológicos

Un estudio reciente encontró que el alcohol ejerce efectos en el cerebro. Parece suprimir la actividad en las partes del cerebro donde se realizan el aprendizaje y la memoria e incrementa la actividad en las áreas relacionadas con la emoción, las respuestas sensoriales y el estrés. El uso habitual de alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica y confusión. En los casos crónicos, la materia gris se destruye, posiblemente conduciendo a la psicosis y los trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y dolor de cabeza (especialmente después de tomar vino tinto).

Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal.

● El tabaquismo

Un estudio reciente concluye que los alcohólicos que fuman corren un riesgo mayor debido al tabaco, que del que corren debido al alcohol. El tabaquismo es dos á tres veces más prevalente entre las personas que abusan de las drogas que entre la población en general; se cree que los alcohólicos constituyen un cuarto de todos los fumadores.

Más alcohólicos mueren de las enfermedades relacionadas con el tabaco, como la cardiopatía o el cáncer, que de la enfermedad hepática crónica, la cirrosis u otras enfermedades relacionadas con el consumo excesivo de alcohol.

● La diabetes

El alcohol puede causar hipoglicemia, una disminución en el azúcar sanguíneo, que es especialmente peligroso entre las personas con diabetes que toman insulina. Los diabéticos que están ebrios quizás no pueden reconocer los síntomas de la hipoglicemia, una enfermedad particularmente peligrosa.

● La malnutrición y el síndrome de Wernicke-Korsakoff

Una copa de whiskey proporciona cerca de la mitad de las calorías diarias que necesita un adulto, pero no tiene valor nutritivo. Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede interferir en la absorción de las proteínas, vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas que sufren de alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B tiamina es un riesgo específico.

Puede dar lugar a una grave enfermedad, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, el cual puede causar un daño cerebral permanente y la muerte. De acuerdo a estudios realizados con personas bajo tratamiento contra el alcoholismo, el 40% de las que sufren de este síndrome mueren. Los síntomas consisten en una severa confusión y pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave es la carencia de ácido fólico de vitamina B, lo cual puede causar anemia severa.

● Síndrome de dificultad respiratoria agudo

El síndrome de dificultad respiratoria agudo (ARDS, según siglas en inglés) es una forma a veces mortal de insuficiencia pulmonar que puede ser causado por varias afecciones médicas (incluyendo cirugía de desvío del corazón y el pulmón, infección severa, trauma, transfusiones de sangre, neumonía y otras infecciones del pulmón). Un estudio reciente indica que los pacientes en cuidados intensivos con antecedentes de abuso de alcohol corren un riesgo significativamente mayor de desarrollar ARDS durante la hospitalización

● El embarazo y el desarrollo infantil

La ingesta de alcohol, inclusive en cantidades moderadas, puede ejercer efectos dañinos en el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo de aborto espontáneo. Las cantidades altas pueden causar síndrome de alcohol fetal, lo cual puede dar lugar a retardo mental y de crecimiento.

Estudios recientes han ofrecido datos en relación al riesgo significativamente mayor de leucemia, entre los lactantes de mujeres que beben cualquier tipo de alcohol durante el embarazo.

2.1.13 Los efectos psicológicos en los niños

Millones de niños viven en hogares donde hay por lo menos un padre alcohólico. El alcoholismo aumenta el riesgo de comportamiento violento y abuso hacia el niño. A los hijos de alcohólicos tiende a irles peor académicamente que a los demás, presentan una incidencia más alta de depresión, ansiedad y estrés, y tienen una autoestima inferior a la de los demás niños.

Estudios recientes han encontrado que los niños diagnosticados con depresión mayor entre las edades de seis y doce años, tenían una probabilidad mayor de tener padres o parientes alcohólicos que los niños que no estaban deprimidos. Los niños que sufren de trastorno bipolar presentaron

una probabilidad tres veces mayor de tener una madre dependiente de alcohol, y los niños que sufrían de depresión tenían una probabilidad mayor de tener un padre que era alcohólico.

Los hogares alcohólicos son menos cohesivos, tienen conflictos y sus miembros son menos independientes y expresivos que los hogares con padres no alcohólicos o en recuperación. Además del riesgo de alcoholismo hereditario en el futuro, estos niños presentan problemas graves que pueden durar toda la vida. Se cree que en Guatemala existe un estimado de 2 millones de niños adultos hijos de alcohólicos, que tienen un riesgo mayor de abandonar sus matrimonios y de desarrollar síntomas psiquiátricos. Se concluye en que los únicos sucesos con mayor repercusión psicológica en los niños son el abuso sexual y físico.

2.1.14 Forma de diagnóstico del alcoholismo

A menudo, las primeras indicaciones de alcoholismo son las respuestas físicas desagradables a la supresión que ocurren durante los períodos aún breves de abstinencia. Inclusive con síntomas de supresión, sin embargo, las personas que sufren de alcoholismo casi siempre niegan el problema, dejando que los colegas, amigos o parientes reconozcan los síntomas y tomen las primeras medidas hacia el tratamiento.

El alcoholismo puede desarrollarse insidiosamente; a menudo no existe una línea clara entre el beber problemático y el alcoholismo. A veces las personas presentan depresión a largo plazo o ansiedad, insomnio, dolor crónico o estrés personal o de trabajo que conducen al uso de alcohol para conseguir alivio; sin embargo, a menudo ningún suceso extraordinario ha ocurrido al cual se le pudiera responsabilizar por el problema de alcohol.

Las personas que son alcohólicas tienen poco o ningún control sobre la cantidad que beben o la duración o frecuencia con la que toman alcohol. Están preocupados por beber, niegan su propia adicción y siguen bebiendo aunque sean conscientes de los peligros. Con el transcurso del tiempo, algunas personas se tornan tolerantes a los efectos del alcohol y requieren de más para embriagarse, creando la ilusión de que ellos "tienen muy buena resistencia". Tienen lagunas después de tomar y resacas frecuentes lo cual les causa que falten al trabajo. Pueden beber solos y

también pueden empezar a beber temprano en el transcurso del día. Dejan de beber por períodos o cambian de un licor fuerte a cerveza o vino, pero estos períodos a menudo no duran.

Los alcohólicos severos a menudo tienen una historia de accidentes, inestabilidad matrimonial y laboral y problemas de salud relacionados con el alcohol. Los incidentes episódicos violentos y de abuso contra los cónyuges y los hijos y una historia de accidentes sin explicación o frecuentes son a menudo señales de abuso de drogas o alcohol.

Los miembros de la familia no pueden siempre depender de un médico para hacer un diagnóstico inicial, aunque se vean señales de alcoholismo durante un examen físico. Aunque del 15% al 30% de los pacientes que se hospitalizan sufren de alcoholismo o de dependencia al alcohol, los médicos a menudo erran no llevando a cabo exámenes para detectar el problema.

Los médicos quizás no reconocen los síntomas o no quieren confrontar a los pacientes. Es particularmente difícil diagnosticar el alcoholismo en los ancianos, donde los síntomas de confusión, pérdida de memoria o decrepitud pueden atribuirse al proceso de envejecimiento.

Aunque se identifique el alcoholismo, los pacientes a menudo no reciben tratamiento contra la adicción. En un estudio al 23% de los pacientes en un hospital se les encontró que tenían un problema de alcohol, pero sólo al 7.4% se les dio un diagnóstico que podía haber conducido a tratamiento.

2.1.15 Las pruebas de detección

Existen varias pruebas de detección para identificar el alcoholismo. Por lo general, consisten en cuestionarios estandarizados que el paciente puede tomar por su propia cuenta o entrevistas llevadas a cabo por el médico. Dado que las personas que sufren de alcoholismo a menudo niegan su problema o mienten al respecto, las pruebas están diseñadas para producir respuestas relacionadas con los problemas asociados con el beber, en lugar de las cantidades de alcohol consumidas o los hábitos de tomar específicos.

La prueba más rápida toma sólo un minuto; se denomina la prueba CAGE. La siglas denotan las siguientes preguntas: (C) intentos de reducir la bebida; (A) molestia por las críticas acerca de la bebida; (G) sentimiento de culpa debido a la bebida; y (E) uso del alcohol como despejador de la mente. Esta prueba puede ser menos confiable e identificar menos problemas relacionados con el alcohol en las personas mayores de 60 años.

Para realizarles una prueba a las mujeres embarazadas con el fin de detectar algún problema relacionado con el alcohol, se puede emplear la prueba de CAGE sustituyendo una "T" por "G", en la que la "T" cuyo significado es "tolerancia". A la mujer se le pregunta cuántas bebidas puede tolerar antes de que sienta los efectos. Una respuesta de más de dos bebidas indica un problema de salud potencial para la madre y su bebé.

Otras pruebas cortas de detección son la Prueba de Detección para el Alcoholismo de Michigan (MAST, siglas en inglés), La Prueba Autoadministrada de Detección para el Alcoholismo (SAAST, siglas en inglés) y la Escala de Dependencia de Alcohol (ADS, siglas en inglés). Las pruebas más largas se emplean para medir las consecuencias de la bebida y el nivel de autoconocimiento del paciente.

Los adolescentes pueden requerir diferentes tipos de pruebas de aquellas dadas a los adultos. En general, estas pruebas son igualmente precisas, y aunque ninguna prueba de detección ofrece un diagnóstico perfecto, son beneficiosas de varias maneras.

Las pruebas de detección a menudo descubren comportamientos de los cuales los mismos pacientes no están conscientes, y pueden ayudar a promover el autoconocimiento. Son útiles en determinar la gravedad de la aflicción y el tipo de tratamiento que puede ser más efectivo.

2.1.16 Cómo lograr que el paciente acepte o busque un tratamiento

Una vez que se hace un diagnóstico, el próximo paso principal es conseguir que el paciente busque tratamiento. Las razones principales por las cuales los alcohólicos no buscan tratamiento es la falta de confianza en terapias exitosas, negación de su propio alcoholismo y el estigma social que

acompaña al tratamiento. A menudo se necesita un esfuerzo colaborativo de los médicos, los psicólogos, los miembros de la familia, los amigos y los empleadores.

Las reuniones entre el paciente, los amigos y los miembros de la familia que han sido afectados por el comportamiento alcohólico, resultan más efectivas. Este enfoque de intervención psicológica deberá ser compasivo pero directo y honesto de parte de cada persona, describiendo específicamente cómo han sido heridos de manera individual debido al alcoholismo. Inclusive los niños pueden participar en este proceso, dependiendo de su nivel de madurez y su capacidad de manejar la situación. La familia y los amigos deberán expresar su afecto para con el paciente y su compromiso completo y su apoyo en busca de una recuperación, pero deberán exigir de manera firme y consistente que el paciente busque tratamiento.

El paciente y la familia deberán entender por completo que el alcoholismo es una enfermedad y que las respuestas a esta enfermedad, necesidad, deseo, temor a la supresión son síntomas, no falta de carácter, de la misma manera en que el dolor o el malestar son síntomas de otras enfermedades. También deberán comprender que el tratamiento es difícil y a veces doloroso, al igual que los tratamientos contra otras enfermedades potencialmente mortales, como el cáncer, son dolorosos, pero que es la única esperanza de curación.

Los empleadores pueden ser particularmente eficaces. Su enfoque también deberá ser compasivo pero fuerte, amenazando al empleado con pérdida de trabajo si el empleado no busca ayuda. Algunas empresas grandes proporcionan acceso a programas de tratamiento a bajo costo o gratis para sus trabajadores.

2.1.17 El síndrome de abstinencia o supresión del alcohol

Cuando una persona que sufre de alcoholismo cesa de beber, los síntomas de supresión empiezan entre seis y 48 horas y el punto máximo es entre las 24 y 35 horas después de la última bebida. Durante este período la inhibición de la actividad cerebral causada por el alcohol se revierte bruscamente. Se sobreproducen hormonas de estrés y el sistema nervioso central se sobre excita. Una vez el paciente esté en el hospital se le deberá administrar un examen físico para detectar

cualquier lesión o afección médica, y se le deberá tratar cualquier problema que tenga un potencial serio, como presión arterial alta o un latido del corazón irregular. La meta inmediata es calmar lo más pronto posible al paciente.

A los pacientes por lo general se les da uno de los medicamentos contra la ansiedad conocidos como benzodiacepinas, los cuales alivian los síntomas por supresión y ayudan a prevenir la progresión al delirium tremens. La vitamina tiamina B puede darse para prevenir el Síndrome de Wernicke-Korsakof. Los pacientes deberán ser observados por lo menos durante dos horas para determinar la gravedad de los síntomas por supresión. Los médicos pueden emplear pruebas de evaluación, como la Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale (CIWA) para ayudar a determinar el tratamiento y proyectar si los síntomas aumentaron en gravedad.

Es importante brindar al paciente el apoyo psicológico a través de la terapia breve y de emergencia, orientada a conocer los motivos por los que él cree que ingiere alcohol de determinada manera. La terapia racional emotiva, la terapia cognitivo-conductual y la terapia grupal suelen brindar un apoyo eficaz, con resultados positivos para la persona.

2.1.18 El *Delirium Tremens*

Cerca del 5% de los pacientes alcohólicos experimentan *delirium tremens*, el cual se desarrolla por lo general entre dos a cuatro días después de la última bebida. Los síntomas incluyen fiebre, latido del corazón rápido, presión arterial alta o baja, comportamiento sumamente agresivo, alucinaciones y otros trastornos mentales.

La tasa de letalidad puede llegar a un 20% entre las personas que sufren de *delirium tremens* que no son tratadas. Se les administran medicamentos contra la ansiedad intravenosamente y se estabiliza su condición física. Es importante la administración de líquidos. Podrán ser necesarios métodos de restricción para evitar que se hieran a sí mismos o a otros.

El apoyo psicológico efectivo ante un cuadro de *delirium tremens* puede ser únicamente terapia de apoyo emergente, debido a que el paciente, bajo las condiciones características del cuadro, es



incapaz de colaborar eficazmente con el tratamiento. Posteriormente puede apoyárseles con la terapia adecuada (TRE, cognitivo-conductual, grupal, etc.).

2.1.19 La farmacoterapia contra la supresión

Las benzodiazepinas son medicamentos contra la ansiedad que inhiben la excitabilidad nerviosa celular en el cerebro. Alivian los síntomas de abstinencia y les facilita a los pacientes el que permanezcan en el tratamiento. El medicamento puede ser administrado intravenosamente o por vía oral, dependiendo de la gravedad de los síntomas.

Para la mayoría de los adultos que sufren de alcoholismo por lo general se recetan medicamentos que tienen un efecto más largo, como el diazepam (Valium) o el clordiazepóxido (Librium). Para prevenir las crisis convulsivas, el médico puede darle al paciente una dosis inicial o cargada de diazepam de acción prolongada con dosis adicionales entre cada hora o dos horas posteriormente durante el período de supresión.

Las benzodiazepinas por lo general no se recetan por más de dos semanas y no se administran por más de tres noches a la semana con el fin de evitar la tolerancia, la cual puede desarrollarse después de tan sólo cuatro semanas de uso diario. La dependencia física puede desarrollarse después de precisamente tres meses de dosificación normal.

2.1.20 Tratamiento a largo plazo contra el alcoholismo: en qué consiste

Las dos metas principales del tratamiento a largo plazo contra el alcoholismo consisten en la abstinencia y el reemplazo total de los modelos adictivos a través de comportamientos satisfactorios, que requieren de tiempo y que pueden llenar el vacío que sucede cuando se ha cesado de beber. Algunos estudios han mostrado que algunas personas que habían sido dependientes del alcohol, con el tiempo pueden llegar a aprender a controlar la bebida, y les puede ir tan bien como a los que se mantienen abstemios.

No hay manera de determinar, sin embargo, qué personas pueden dejar totalmente de ingerir alcohol después de una bebida, y qué personas no pueden. Los Alcohólicos Anónimos y otros grupos de tratamiento contra el alcoholismo (*Al Anon, Al Ateen*) cuya meta es la abstinencia estricta, se preocupan bastante por la publicidad en lo que respecta a estos estudios, ya que muchas personas que sufren de alcoholismo están ansiosas de encontrar una excusa para empezar a beber de nuevo. En este momento, la abstinencia es la única manera segura.

2.1.21 El tratamiento en el hospital contra el tratamiento ambulatorio

Las personas que sufren de síntomas leves y moderados por supresión, se tratan por lo general como pacientes ambulatorios y se les asigna a grupos de apoyo, orientación o ambos. El tratamiento en un hospital general o psiquiátrico o en un centro especializado en el tratamiento contra el alcohol y el abuso de sustancias, se recomienda para los pacientes que sufren de delirium tremens. Un régimen de hospitalización típico incluye un examen físico y psiquiátrico, desintoxicación, tratamiento con psicoterapia o terapia conductual y la introducción a Alcohólicos Anónimos.

Debido al alto costo de la atención en el hospital, las ventajas que tiene éste sobre el tratamiento ambulatorio, están cuestionándose en la actualidad. Un estudio comparó a los alcohólicos empleados que se encontraban hospitalizados; a los que estaban siendo tratados como pacientes ambulatorios y cuya asistencia a las reuniones de AA era obligatoria; y a los que se les había permitido elegir su propio tratamiento, incluyendo ningún tratamiento en absoluto. Después de dos años, todos experimentaron menos problemas de trabajo, pero los que se encontraban en el grupo del hospital presentaron menores niveles significativos de rehospitalizaciones y permanecieron abstemios por más tiempo que las personas en los otros dos grupos.

Otro estudio que analizó programas de tratamientos contra la drogadicción y el alcoholismo encontró que el 75% de los enfermos hospitalizados completaron la terapia comparado con tan sólo el 18% de los pacientes ambulatorios. Otros estudios, sin embargo, no han revelado ninguna diferencia en los resultados entre los programas de enfermos hospitalizados y pacientes ambulatorios.

Los estudios han intentado revelar características que podrían incrementar las posibilidades de que las personas se salgan de los programas en el hospital o ambulatorios. Las personas que abandonan el tratamiento ambulatorio tienden a ser mujeres jóvenes, no calificadas, y tener más de una adicción.

2.1.22 La psicoterapia y la terapia conductual

Las dos formas usuales de terapia son la psicoterapia de grupo interactiva y la terapia cognitiva-conductual basadas en el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. En un estudio reciente, todos los enfoques de tratamiento mostraron ser igualmente eficaces en promedio, siempre y cuando el programa individual se ejecutara competentemente. A las personas que tenían menos problemas psiquiátricos, sin embargo, les fue mejor con el enfoque de AA. Esto confirma un estudio anterior en el que los investigadores categorizaron a los alcohólicos como tipo A o tipo B.

Los individuos en el tipo A se volvieron alcohólicos a una edad posterior, presentaron síntomas menos severos o problemas psiquiátricos, y mejores perspectivas que las personas en tipo B. Las personas en el grupo de tipo A respondieron bien al enfoque de 12 pasos; no les fue tan bien con la terapia conductual. Las personas en tipo B se convirtieron en alcohólicos a una edad temprana, presentaban un riesgo familiar alto de alcoholismo, síntomas más severos y peores perspectivas. A este grupo le fue peor con terapia de grupo interactiva, pero le tendió a ir mejor con terapia conductual. Esta diferencia en respuesta a los dos tratamientos siguió prevaleciendo después de dos años.

La psicoterapia de grupo interactiva (Programa de 12 pasos) desarrollada dentro de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), es un ejemplo excelente de psicoterapia de grupo interactiva y continúa siendo el programa más conocido en la ayuda de personas que sufren de alcoholismo. Ofrece una red de apoyo bastante sólida que emplea reuniones de grupo abiertas siete días a la semana en sitios en todo el mundo. Un sistema de compañeros, un grupo de comprensión del alcoholismo y el perdón por las recaídas son los métodos estándar de AA para aumentar la autoestima y aliviar la sensación de aislamiento.

El enfoque de 12 pasos de AA en la recuperación incluye un componente espiritual que puede disuadir a las personas que carecen de convicciones religiosas. Se sabe que el rezar y la meditación, sin embargo, tienen un gran valor en el proceso de curación de varias enfermedades, inclusive entre las personas que no profesan una creencia religiosa específica. Programas de afiliación asociada, *Alnon* y *Alateen*, les ofrecen ayuda a los miembros de la familia y los amigos.

La terapia cognoscitiva-conductual utiliza un enfoque didáctico estructurado. A las personas que sufren de alcoholismo se les da instrucción y tareas cuya intención es mejorar su capacidad para hacerles frente a las situaciones de vida básicas, controlar el comportamiento y cambiar la manera en que ellos piensan acerca de la bebida. Por ejemplo, a los pacientes se les puede pedir que escriban una historia sobre sus experiencias tomando alcohol, en las que describan lo que consideran ser situaciones arriesgadas.

Luego se les asigna actividades para ayudarles a hacerles frente a situaciones que los exponen a las "señales" (lugares o experiencias que desencadenan el deseo de beber). A los pacientes también se les puede asignar tareas diseñadas para reemplazar la bebida. Un ejemplo interesante y exitoso de tal programa es el de uno en el que se reclutaron pacientes para un equipo de fútbol, lo cual les dio la oportunidad de practicar habilidades para hacerle frente al problema, desarrollar relaciones de apoyo y ocuparse de las actividades alternativas saludables.

2.1.23 Causas de reincidencia en la persona alcohólica

Entre un 80% y un 90% de las personas tratadas contra el alcoholismo recaen inclusive después de años de abstinencia. Los pacientes deben entender que las recaídas de alcoholismo son análogas a las erupciones recurrentes de las enfermedades físicas crónicas. Se ha encontrado que tres factores ponían a una persona en un riesgo alto de recaída: frustración e ira, presión social y tentación interna.

El tratamiento de las recaídas, sin embargo, no siempre requiere el comenzar desde el principio con desintoxicación o admisión a un entorno de hospitalización. Con la ayuda de terapia breve y

de emergencia, así como cognitiva y grupal, a menudo, la abstinencia puede empezar el próximo día. El auto-perdón y la persistencia son rasgos esenciales para alcanzar una recuperación permanente.

2.1.24 El estrés mental y emocional

El alcohol bloquea el dolor emocional y a menudo se percibe como un amigo fiel cuando las relaciones humanas fracasan. También se asocia con libertad y una pérdida de inhibición que compensa las rutinas diarias. Cuando el alcohólico trata de dejar de beber, el cerebro busca restaurar lo que percibe como equilibrio propio.

Las mejores armas del cerebro contra la abstinencia son la depresión y la ansiedad (los equivalentes emocionales al dolor físico) las cuales continúan atrayendo al alcohólico a la bebida un buen tiempo después de que los síntomas por supresión se han detenido. Inclusive la inteligencia no es una aliada en este proceso, ya que el cerebro empleará todos sus poderes de racionalización para persuadir al paciente a que empiece a beber de nuevo.

Es importante darse cuenta de que cualquier cambio en la vida puede causar aflicción y ansiedad temporales, inclusive los cambios para bien. Con el tiempo y la sustitución de otros placeres saludables, esta combinación se debilita y puede superarse.

2.1.25 Las relaciones sociales y la codependencia

Uno de los problemas más difíciles a los que se enfrentan las personas que sufren de alcoholismo es el estar alrededor de personas que pueden beber socialmente sin peligro. Una sensación de aislamiento, una pérdida de goce y la creencia del ex bebedor de que la lástima (y no el respeto) está guiando la actitud de un amigo, puede conducir a la soledad, la autoestima baja y un deseo fuerte de beber. Los amigos cercanos e inclusive las parejas íntimas pueden tener dificultad en cambiar su respuesta a esta nueva relación sobria y, aún peor, promover un retorno a la bebida.

Los cónyuges pueden haber construido sus propias imágenes de supervivencia o de manejo del comportamiento difícil de sus parejas y encuentran el significado de la vida amenazado por la abstinencia. Los amigos quizás no acepten fácilmente al sobrio, quizás más subyugado camarada. En tales casos, si las parejas o amigos no pueden cambiar, entonces quizás la separación sea necesaria para alcanzar la supervivencia.

No es nada extraño que, cuando se enfrenta con tales pérdidas, una persona vuelva a beber. El mejor plan de acción en estos casos es recomendarles a los amigos y a los miembros de la familia cercanos que busquen ayuda también. Afortunadamente, los grupos como el *Al-Anon* existen con esta finalidad.

2.1.26 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 etc. También suele ser necesario el tratamiento de la familia, porque el alcoholismo crea víctimas entre la gente allegada.

2.1.27 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.

2.1.28 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.

2.1.29 Terapias de aversión-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 dos 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.

2.1.30 Prevención

Hasta que las causas primarias del alcoholismo sean descubiertas, el problema no puede ser prevenido. De todas formas, los programas educativos sobre el alcohol dirigidos a los niños y adolescentes y a sus familiares pueden ser de gran utilidad. Los hábitos sociales correctos son fundamentales para la prevención de su abuso.

2.1.31 Síntomas del alcoholismo

- ▶ Tolerancia de los efectos del alcohol
- ▶ Necesidad diaria o frecuente de alcohol para su función diaria
- ▶ Pérdida de control con incapacidad de interrumpir o reducir el consumo de alcohol
- ▶ Bebedor solitario
- ▶ Dar excusas para beber
- ▶ Episodios de pérdida de memoria asociados al consumo de alcohol (ausencias negras)
- ▶ Episodios de violencia asociados al consumo de alcohol
- ▶ Deterioro en las relaciones sociales y familiares y en la responsabilidad laboral
- ▶ Absentismo laboral
- ▶ Inexplicable mal genio
- ▶ Conducta que tiende a esconder el alcoholismo
- ▶ Hostilidad al hablar de la bebida
- ▶ Negarse a la ingesta de alimento
- ▶ Negar la apariencia física
- ▶ Nauseas
- ▶ Vómitos
- ▶ Vacilación por las mañanas
- ▶ Dolor abdominal
- ▶ Calambres
- ▶ Entorpecimiento y temblores
- ▶ Enrojecimiento y capilares de la cara dilatados (especialmente en la nariz)
- ▶ Confusión
- ▶ Temblores e incontroladas sacudidas del cuerpo

- ▮ Cansancio y agitación
- ▮ Insomnio
- ▮ Pérdida de apetito e intolerancia a toda la comida
- ▮ Confusión
- ▮ Alucinaciones
- ▮ Taquicardia
- ▮ Sudores
- ▮ Convulsiones
- ▮ Problemas linguales
- ▮ Lagrimeo
- ▮ Desvanecimiento
- ▮ Amnesia

2.1.32 Pronóstico

El alcoholismo es el mayor problema de salud, tanto social como económico. Está implicado en más de la mitad de accidentes de tráfico y muertes accidentales. Un alto porcentaje de suicidios se cometen combinando el alcohol con otras sustancias, y hay muchas muertes relacionadas con el alcoholismo por las complicaciones relacionadas con la enfermedad.

Los programas de tratamiento tienen diferentes resultados, pero mucha gente con una dependencia del alcohol tiene una completa recuperación.

2.1.33 Complicaciones médicas

El alcoholismo también implica diversas complicaciones relacionadas a ciertos cuadros patológicos, que pueden derivarse de la ingesta excesiva de alcohol. Entre estos se pueden mencionar:

- ▣ Pancreatitis aguda y crónica
- ▣ Cardiomiopatía alcohólica
- ▣ Neuropatía alcohólica

- Varices esofágicas sangrantes
- Degeneración cerebral
- Cirrosis hepática
- Complicaciones de la abstinencia alcohólica
- Depresión
- Disfunción en las erecciones
- Síndrome fetal alcohólico en los hijos de mujeres alcohólicas
- Aumento de la presión arterial
- Incremento en la incidencia del cáncer
- Insomnio
- Deficiencias nutricionales
- Suicidio
- Síndrome de Wernicke-Korsakoff

2.1.34 Otros problemas derivados del alcoholismo

El alcoholismo, al ocasionar una alteración severa en los procesos cognitivos y a nivel neurológico de la persona, puede derivar en otros problemas que afecten severamente la vida y su desarrollo en general. Dentro de los grandes problemas que puede ocasionar un cuadro de alcoholismo se pueden mencionar: la drogadicción, el abuso sexual y la conducta suicida. A continuación, se presenta en detalle cada uno de los temas mencionados y su relación con el alcoholismo.

2.1.34.1 La drogadicción

La adicción a las drogas o drogodependencia, también se contempla dentro de los posibles problemas que resulten derivados del alcoholismo, por la misma necesidad que la persona se crea de ingerir algo más fuerte que le ayude a acentuar la sensación de bienestar y/o seguridad que persigue. Las drogas, en su gran gama, alteran los procesos mentales y conducen al individuo a un estado de dependencia parcial o total que, aunada al alcoholismo, provocan un efecto devastador. A continuación se detalla lo relacionado a este tema.

● ¿Qué es la drogadicción o drogodependencia?

Es el estado de dependencia que se crea por el abuso en el consumo de determinada droga o sustancia que altera la homeostasis en la persona. Puede provocar enfermedades causadas por uso de sustancias, adicción, abuso o habituación a drogas o sustancias.

Una sola definición de drogadicción drogodependencia no es ni posible ni deseable. Hay drogas cuyo consumo puede ser ilegal, pero no implican dependencia de ningún tipo. La drogodependencia de un tipo específico (por ejemplo, dependencia de la cocaína) supone que diferentes drogas tienen distintos efectos, variando también el riesgo y el tipo de dependencia.

Dos conceptos contribuyen a la definición de dependencia: la tolerancia, que se refiere a la necesidad de ir aumentando progresivamente la dosis para inducir el mismo efecto que al principio se lograba con menos cantidad; y la dependencia física, un estado de adaptación fisiológica a la droga, que se manifiesta por un síndrome de abstinencia. Éste consiste en una serie de cambios fisiológicos adversos que surgen cuando se interrumpe el consumo de la sustancia en cuestión o cuando su efecto se contrarresta con un antagonista específico que desplaza al agonista de su lugar de enlace en los receptores celulares. No todas las formas de dependencia conllevan una dependencia física.

La dependencia psicológica se acompaña de un sentimiento de satisfacción y del deseo de repetir la experiencia con la droga o de evitar el displacer que produce el no tomarla. Esta anticipación del efecto es un poderoso factor en la cronificación del consumo de drogas psicoactivas y en algunos casos puede ser el único motivo de la intensa avidez y del consumo compulsivo.

Las drogas que principalmente producen dependencia psicológica son el alcohol, la cocaína, la marihuana, las anfetaminas y los alucinógenos, el LSD, la metilendioximetanfetamina (MDMA) y el peyote.

➤ Adicción a diferentes drogas

Algunas de las drogodependencias más conocidas y comunes, son:

- **Dependencia de opiáceos:** Consiste en una intensa dependencia psicológica que se manifiesta por una compulsión irrefrenable a seguir consumiendo opiáceos, junto con el desarrollo de tolerancia, de forma que cada vez hay que aumentar más la dosis para conseguir los mismos efectos iniciales. A todo ello se suma una dependencia física que aumenta de intensidad con dosis crecientes, así como el tiempo de consumo. La dependencia física obliga a seguir consumiendo el mismo opiáceo u otro similar para evitar el síndrome de abstinencia. La supresión de la droga o la administración de un antagonista desencadena un síndrome de abstinencia peculiar y autolimitado.
- **Dependencia de ansiolíticos e hipnóticos:** Dependencia psicológica que puede llevar a un consumo abusivo periódico o continuado, o bien a la dependencia física de fármacos ansiolíticos o hipnóticos. Cuando el consumo se reduce por debajo de un nivel crítico, se instaura un síndrome de abstinencia autolimitado. La tolerancia se desarrolla de forma irregular e incompleta, de manera que aun en consumidores habituales persisten considerables trastornos del comportamiento y psicotoxicidad, dependiendo de la dosis y de los efectos farmacodinámicos del medicamento. En general las personas dependientes de sedantes e hipnóticos prefieren los fármacos de acción rápida (por ejemplo, el Diazepam, Valium, Tafil y los antihistamínicos).
- **Dependencia de *cannabis* (marihuana):** El consumo crónico o esporádico de *Cannabis* produce cierta dependencia psicológica, pero no dependencia física. Cualquier droga que causa euforia y disminuye la ansiedad puede inducir dependencia y el *cannabis* no es una excepción. Sin embargo, es inusual que los pacientes se quejen de no poder parar el consumo o el uso exagerado de esta droga. El *cannabis* puede usarse de forma episódica sin muestras de disfunción social o psicológica. El término dependencia probablemente se aplica inadecuadamente a muchos consumidores. Cuando se interrumpe el consumo no se produce ningún síndrome de abstinencia, aunque quienes la toman en grandes cantidades experimentan alteraciones del sueño y nerviosismo.
- **Dependencia de cocaína:** Dependencia psicológica que a veces conduce a una profunda adicción psíquica, producida por grandes dosis de cocaína, que provoca excitación y euforia. Con la cocaína se produce tolerancia, pero la dependencia física no se ha confirmado; cuando

se interrumpe el consumo de la droga no se produce ningún síndrome de abstinencia. Sin embargo, la tendencia a seguir consumiéndola es muy fuerte. La mayoría de los consumidores lo son de forma recreativa y ocasional, capaces de restringir ellos mismos el consumo de forma voluntaria. Sin embargo, el consumo de cocaína y la dependencia han aumentado considerablemente.

- **Dependencia de anfetaminas y alucinógenos:** Es una dependencia relativa de tipo psicológico producida por los efectos de las anfetaminas (drogas estimulantes del SNC). Dichos efectos son: elevación del estado de ánimo, aumento del estado de alerta y concentración, así como de la capacidad para realizar actividades físicas, unido todo ello a una sensación general de bienestar. La metanfetamina en grandes dosis de forma continuada provoca reacciones de ansiedad en que la persona tiene miedo, tiembla y siente preocupación por su bienestar físico; en otras ocasiones puede haber una psicosis paranoide anfetamínica, en la que la persona malinterpreta los actos de los demás, alucina y se torna irrealistamente suspicaz, o bien puede producirse un síndrome de agotamiento, con intensa fatiga y sueño, pasada la fase de estimulación, y una depresión prolongada durante la que cabe el suicidio.
- **Dependencia de disolventes volátiles:** Estado de intoxicación debido a la inhalación de disolventes y aerosoles de uso industrial. El consumo de disolventes volátiles sigue siendo un problema endémico entre los jóvenes. Puede tratarse de hidrocarburos alifáticos y aromáticos, hidrocarburos clorados, cetonas, acetatos, éter, cloroformo o alcohol; todos ellos producen una estimulación transitoria del SNC seguida de depresión. Con el consumo frecuente surge tolerancia parcial y dependencia psicológica, pero no hay síndrome de abstinencia.

Los síntomas agudos de instauración precoz, consisten en vértigos, adormilamiento, habla mal articulada y marcha inestable. Puede haber impulsividad, excitación e irritabilidad; además se producen ilusiones, alucinaciones y delirio. El consumidor experimenta euforia con ensoñaciones y agotamiento físico y mental, llegando a caer en un sueño profundo.

2.1.34.2 El abuso sexual

Dentro de los grandes problemas secundarios que pueden derivarse de un cuadro de alcoholismo, se puede mencionar al abuso sexual, debido a que la persona alcohólica que está bajo los efectos de la sustancia, se desinhibe y pierde el control de sí misma. En consecuencia, puede llegar a cometer abuso sexual hacia las personas que están en su entorno, o bien hacia personas ajenas. A continuación se describe qué es el abuso sexual, sus consecuencias y secuelas en la vida.

El abuso sexual es una acción realizada por una persona mayor hacia otra menor, con vías a conseguir placer sexual de diversas formas. Puede llevarse a cabo con coerción (presionar a alguien para forzar su voluntad), o bien puede ser de forma indirecta a través de actividades que involucren sexo, provocadas por la intoxicación alcohólica del momento en que se ejerce la acción.

Una de las definiciones más aceptadas es la que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud, que indica que el abuso sexual es *“involucrar a un niño en una actividad sexual que no comprende enteramente, sobre la cual es incapaz de dar un consentimiento informado, o para la cual el niño no está preparado, y que viola las leyes sociales. El abuso sexual de los niños se evidencia por esta actividad entre un niño y un adulto o con otro niño, quien por su edad o desarrollo tiene una relación de responsabilidad, confianza o poder. Dicha actividad intenta gratificar o dar satisfacción a las necesidades de otra persona”* (2007:15).

El abuso sexual es logrado también a base de otras formas de llevarlo a cabo, como por ejemplo *“inducir u obligar a un niño en una actividad sexual ilegal, el uso de un niño con fines de explotación en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales, el uso de un niño con fines de explotación en espectáculos y materiales pornográficos”*. Semejante conducta cae bajo la categoría de abuso general o maltrato *“resultando en daño actual o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto o relación o responsabilidad, confianza o poder”* (Definiendo el maltrato infantil, 2007:16).

Lo que es propiamente claro de estas definiciones es el énfasis en las relaciones de poder. El abuso de poder es el contexto primario para el abuso sexual de un niño. “abuso es el mal uso del poder, a través del cual el perpetrador toma control o ventaja del abusado, usando y causando daño físico o psicológico, o a través del miedo a que se produzca ese daño. El abuso impide a las personas tomar decisiones libres y las fuerza a comportarse contra su voluntad” (Violencia Sexual: Formas de llevarla a cabo, 2005:16).

El abuso sexual no conoce límites de clase social, raza o género, pero las condiciones de pobreza y desintegración social, de desempleo y violencia doméstica hacen a los niños más susceptibles de ser objeto del abuso.

◆ Diferentes formas de abuso sexual

Como anteriormente se ha enfatizado, el abuso sexual se puede llevar a cabo de diferentes formas, ya sea a través de coerción, o bien de forma indirecta. Sin embargo, por lo general suele equipararse únicamente con la actividad sexual (o sexogenital) lo cual es desacertado.

“Actividad Sexual” es un término muy general. El tradicional énfasis en la penetración vaginal o anal ha sido restrictivo y de poca ayuda, así como estrecho, tal como se muestra en el rasgo predominante de las investigaciones sobre la penetración como evidencia del abuso sexual de los niños. De acuerdo a agencias nacionales e internacionales y grupos profesionales que tratan el abuso sexual de los niños, éste puede incluir una amplia variedad de actos sexuales que incluyen:

- Lenguaje sexual
- Exposición de partes sexuales
- Exposición a actos sexuales
- Conductas impropias derivadas del consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc.)
- Voyeurismo (placer al observar escenas de sexo entre otras personas)
- Contactos sexuales entre un niño y otra persona en los cuales la amenaza, el soborno u otros trucos son utilizados para lograr que el niño participe en la actividad
- Cualquier actividad coercitiva o forzada que involucre a un niño

- Pornografía de niños y alentar o promover la prostitución de niños

El contacto sexual entre un niño y otro individuo es considerado como abusivo si la otra persona (el ofensor) se encuentra en una posición de autoridad, o es mucho mayor o tiene un grado de madurez más alto que el niño, o bien utiliza la fuerza, coerción, manipulación, o engaños para inducir al niño a participar de esa conducta.

➤ Métodos utilizados para ejercer abuso sexual

El abuso sexual se puede llevar a cabo de diferentes formas, como lo antes mencionado, con la intención de buscar placer sexual ya sea de forma directa o indirecta. Entre los diferentes métodos que utilizan las personas que cometen abuso sexual están:

- a) Violación: Acto mediante el cual un hombre realiza el coito con una mujer (virgen o no virgen), utilizando la fuerza o intimidación, aprovechándose de las circunstancias, o en todo caso si la mujer fuese menor de 12 años aunque no concurrieran ninguna de las circunstancias anteriores.
- b) Pederastia con violencia: Realización del coito por un adulto, con un niño o adolescente en contra de su voluntad.
- c) Abuso Lascivo: Propósito de satisfacción de la libido sobre la víctima, sin ánimo de acceso carnal, sino por medio de cualquier maniobra o evolución erótica de los muy variados modos en que resulta accesible.
- d) Corrupción de menores: Utilización del niño en hechos delictivos, conductas delictivas u otros tipos de actos de atentado a su integridad.

➤ Indicadores de abuso sexual

El abuso sexual en niños, niñas y jóvenes es difícil de detectar, dada la variedad de indicadores que presenta y el hecho de que la mayoría de las personas o conoce cuales son estos indicadores, y por lo general no presta al niño o adolescente, suficiente atención como para notar que algo lo está afectando.

Generalmente las personas piensan que si un niño o adolescente se comporta diferente, se debe a que está tratando de llamar la atención, o busca ser independiente, que está en la “etapa de la rebeldía”, etc. Un cambio en la conducta no significa necesariamente que la persona sea víctima de abuso, pero los cambios significativos en diferentes áreas del comportamiento, deben ser explorados como un posible indicador que requiere especial atención. Algunos posibles indicadores de abuso sexual pueden ser:

a) Indicadores Físicos:

- Infecciones recurrentes en el tracto urinario
- Enfermedades de transmisión sexual
- Ropa interior inexplicablemente manchada o rota
- Sangrados o fisuras alrededor de la boca, o el área genital
- Trastornos somáticos repentinos, tales como: dolores de estómago, cabeza, etc.
- Regurgitación o vómito de alimentos (posible causa de sexo oral o fellatio)
- Infantilidad en el tono de voz o lenguaje
- Dolor en el área de los genitales o área anal
- Enuresis
- Encopresis
- Brotes o rasguños inexplicables
- Privarse voluntariamente de alimentos
- Comer y luego provocarse el vómito
- Prurito en el área genital
- Olor extraño en el área genital
- Hallazgo de objetos pequeños en el área genital
- Embarazo temprano repentino (9 a 13 años)
- Dificultad para caminar o sentarse
- Vergüenza de su propio cuerpo y resistencia a cambiarse en frente de otros
- Los jóvenes varones pueden sentirse atraídos por el fuego y podrían iniciar incendios
- Comportamiento obsesivo en relación al sexo
- Masturbación excesiva

- Depresión, pensamientos o tentativas de suicidio

b) Indicadores de comportamiento

- Dejar de comer o comer demasiado
- Problemas al dormir, pesadillas, sueño interrumpido, inquietud, etc.
- Llanto o lamentos sin razón aparente
- Temor hacia los adultos en general
- Timidez excesiva
- Mayor nivel de dependencia de los padres
- Comportamiento regresivo, propio de un niño o niña de menos edad
- Problemas de socialización
- Comportamiento sexual inadecuado para la edad, en su relación con otros niños o niñas o en sus juegos.
- Conversación sobre temas sexuales en términos poco adecuados para su edad
- Descenso en cuanto al rendimiento académico
- Comportarse en forma muy agresiva generalmente, llega a pelear con otros
- Temeroso de alguien en particular, o por el contrario quiere pasar demasiado tiempo con esa persona en especial
- Pautas de personalidad esquizoide
- Aparición repentina de tics

➤ Indicadores específicos en los adolescentes:

Algunos de los indicadores anteriores para niños (as) se aplican también a los y las adolescentes, además de los siguientes:

- ⊗ Evitar llegar a casa
- ⊗ Evade a una persona en especial o quiere estar a solas con esa persona en particular
- ⊗ Auto-imagen negativa
- ⊗ Problemas de higiene o arreglo personal, usa algunas veces doble ropa interior

- ⊗ Baja autoestima, dificultad para aceptar un cumplido
- ⊗ Ausentismo escolar
- ⊗ Consumo de alcohol o drogas
- ⊗ Actitud hostil y enojo por encima de lo normal
- ⊗ Ansiedad, nervios y tensión
- ⊗ Desconfianza hacia los demás
- ⊗ Sentimiento de suciedad y necesidad de ducharse varias veces al día

➤ Pedofilia y pederastia

La utilización popular del término "pedofilia" clasifica a todas las personas que se involucran en relaciones sexuales con niñas y niños como pedófilos. La pedofilia, una preferencia sexual por niñas y niños pre-púberes, no es un delito en sí mismo.

Es el acto de mantener relaciones sexuales con una niña o niño lo que constituye un crimen. Puesto de manera simple, un pedófilo es una persona con un amor sexual por niñas y niños. Sin embargo, existe una diferencia en cuanto a la pedofilia, y la explotación y abuso de niños y adolescentes.

Esto es conocido como pederastia, y la persona que la comete es llamado pederasta, y no es necesariamente un pedófilo.

➤ Consecuencias del abuso sexual

El abuso sexual trae consigo consecuencias severas y en muchas ocasiones, irreversibles para la persona que ha sido víctima de tal acción. Así mismo, las secuelas emocionales pueden permanecer a lo largo de la vida, de no ser tratado el asunto de la manera adecuada. Esto podría causar daños severos en el desarrollo emocional de la vida adulta, impidiendo a la persona lograr la estabilidad y equilibrio adecuados.

Dentro de las consecuencias y secuelas emocionales que deja el abuso sexual en la niñez y adolescencia, se pueden mencionar:

- a) Miedos: Los sobrevivientes sufren de temores diversos, miedo a estar solas, a la oscuridad, al abandono, al rechazo, a los cambios, a estar en público, a la intimidad, por lo que las relaciones de pareja son muy dificultosas.

Miedo a perder el control, miedo a enloquecer, a la sexualidad y los sentimientos y sensaciones sexuales; temor a ciertos lugares (regularmente asociados al abuso), miedos inexplicables relacionados con sus propios hijos, por lo que los protegen excesivamente o no los dejan con ninguna otra persona. Otro tipo de miedo a consecuencia del abuso sexual puede ser en el momento de realizar exámenes pélvicos, por lo que postergan la ida al médico, se rehusan a asistir o se disocian cuando están siendo examinadas; miedo a ciertos lugares- parques, bosques, closets, dormitorio, casa, etc.

- b) Síntomas físicos: Las personas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia y adolescencia, suelen tener mucha tolerancia al dolor, al cansancio, al hambre, es decir, no tienen sensibilidad para observar las señales de su cuerpo. Contrariamente, algunas sensaciones son expresadas con reacciones físicas. Tienen a esconder su cuerpo con ropas flojas.

Ofrecen mucho problema respecto a la imagen corporal, por lo que engordan fácilmente como mecanismo de protección, o bien tienen problemas alimenticios como anorexia y bulimia. Manejan enfermedades físicas en las que se sospecha fuertes componentes psicológicos, como los trastornos psicósomáticos o somatoformes. Se autolesionan.

Suelen también, sentir rechazo manifiesto hacia su cuerpo. Sufren también de tensión muscular, por lo que es frecuente la cefalea por tensión y el dolor de espalda. Presentan trastornos gástricos inexplicables y son frecuentes los problemas ginecológicos como amenorrea, dismenorrea, dispareunia y vaginismo. Muchas mujeres que han sufrido abuso sexual cuando niñas, llegan a tener una historia ginecológica compleja, incluyendo abortos inducidos.

- c) Secuelas emocionales: La lista de las secuelas emocionales que aparecen por abuso sexual es amplia y compleja. Entre ellas se pueden mencionar:

- Desórdenes de la alimentación, (anorexia, bulimia, etc.)
- Distorsiones de la percepción del propio cuerpo
- Trastornos compulsivos
- Trastornos adictivos-adicción a sustancias adictivas o de otro tipo
- Codependencia
- Conductas autodestructivas
- Riesgos innecesarios y poco juiciosos
- Ideas e intentos suicidas, lo cual puede llegar a ser una conducta obsesiva
- Depresión severa, aguda o crónica, que amerita el diagnóstico de distimia
- Trastornos de ansiedad, ataques de pánico, etc.
- Sentimientos de culpa abrumadores: la mayoría de víctimas de abuso sexual han pasado muchos años sintiendo que ellas fueron las culpables del abuso y se reprochan el no haberse defendido, en no haber pedido ayuda, el haberlo permitido, o bien el haber sentido placer, en algunos casos.
- Conducta controladora
- Tendencia a la perfección, como defensa ante la angustia a perder su propio control

La persona que ha sido víctima de abuso sexual, suele percibirse a sí mismo como malo, sucio, diferente, y manifiesta una autoestima muy lastimada. Esto comúnmente lleva a que en la vida adulta se establezcan relaciones poco gratificantes y con posibilidad de permitir abuso físico y emocional.

Se observa también muy pobre control emocional, así dificultad para manejar emociones fuertes, especialmente la ira, el miedo y a la vez puede desencadenar una conducta retraída y buscar el aislamiento. También es frecuente la aparición de ataques de ira incontrolable.

Un aspecto importante es la despersonalización y desrealización. El niño o adolescente suele sentirse como que si no fuera él, como alguien extraño, o bien disociarse, experimentando personalidades múltiples. Así mismo, los sentimientos de desesperanza son frecuentes.

d) **Relaciones de pareja difíciles en la vida adulta:** Las personas que han sufrido abuso sexual en la niñez y adolescencia, por lo general tienen mucha dificultad para aceptar el amor de otros en la vida adulta, porque prevalece el miedo y la sensación de culpabilidad e ira. La convivencia en pareja en la vida adulta se ve alterada por la falta de expresión de sentimientos por temor a perder el control. Por otro lado, el desbordamiento de la ira y los celos infundados son características desarrolladas como consecuencia del abuso sexual.

➤ **Intervención psicológica**

Ante una situación de abuso sexual, se deben seguir varios pasos para establecer si realmente se dio, a qué nivel, y qué tan afectado está el niño o adolescente. Se debe siempre considerar que para él es sumamente difícil hablar al respecto, por lo que debe tenerse mucha consideración, comprensión y paciencia en el proceso.

Si el niño de alguna manera indirecta indica que ha sufrido abuso sexual, se le debe alentar para que hable libremente de lo que le pasó, evitando hacer comentarios ni juicios de valor. Se pueden seguir los pasos siguientes:

- a) Pedir una evaluación e informe médico completos, haciéndole saber al profesional el caso para que sea tratado con discreción. Adicionalmente, podrá ofrecer el tratamiento médico adecuado y encontrar evidencias que ayuden en el proceso legal de llevarse a cabo.
- b) Demostrar en todo momento comprensión y seriedad respecto de lo que el niño o adolescente expresa. Los psiquiatras de niños y adolescentes han encontrado que los niños que tienen quien los escuche y comprenda reaccionan mejor que los que no lo tienen. La respuesta a la revelación de abuso sexual es crítica para la habilidad del niño para resolver y sanarse del trauma del abuso sexual.
- c) Asegurarle al niño que hizo bien en decirlo. Si el niño tiene una relación cercana con el que lo abusa, se sentirá culpable por revelar el secreto. Experimentará terror si se le ha amenazado con hacerle daño a él o a su familia como castigo por divulgar el secreto.
- d) Darle al niño la seguridad de que no es culpa suya la situación que se dio. La mayoría de los niños, tratando de hacer algún sentido del abuso, piensan que ellos fueron la causa del mismo o se imaginan que es un castigo por cosas malas (reales o imaginarias) que hicieron.

- e) Ofrecerle protección al niño al indicarle que se tomarán de inmediato todas las medidas necesarias para que el abuso termine
- f) Hablar con los padres del niño o adolescente para informarles sobre la situación real, e indicarles las alternativas que tienen para que la situación sea superada adecuadamente, indicándoles las posibles secuelas que se presenten.
- g) Hacer saber a los padres que deberán tomar la decisión de denunciar el abuso a las autoridades correspondientes. Esta será una medida que únicamente ellos decidan realizar.
- h) Evaluación psicológica o psiquiátrica, dependiendo de la severidad del caso, para obtener el tratamiento mental y emocional adecuado. Así mismo, brindar apoyo profesional a la familia.
- i) Cuando el niño o adolescente hace una confidencia a alguien acerca del abuso sexual, es importante darle apoyo y cariño; este es el primer paso para ayudarlo a que restablezca su confianza en los adultos.

2.1.34.3 Conducta suicida

La conducta suicida (incluyendo las ideas o actos suicidas, como también el suicidio consumado), es otra de las consecuencias que pueden derivarse de un cuadro de alcoholismo. La persona que padece de alcoholismo tiende a estar en un estado depresivo, principalmente en el período de abstinencia, lo cual puede conducirlo a ya no querer vivir y en consecuencia, intentar acabar con su propia vida. En tal sentido, se presenta a continuación todo lo referente a la conducta suicida, el manejo de la crisis e intervención psicológica adecuada.

La crisis suicida es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios de la persona, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que resuelva la situación problemática mediante la autoagresión intencionada. Este tipo de crisis requiere de un manejo apropiado del tiempo, así como también exige al terapeuta ser directivo y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, puede durar minutos, horas, días, raramente semanas y se debe hacer uso de todos los recursos disponibles para mantener con vida al adolescente hasta que la crisis cese.

El suicidio se ha convertido en un verdadero problema de salud, observándose un dramático incremento en los niveles de incidencia, especialmente en los hombres, aunque en las mujeres es más frecuente, si el factor precipitante es un asunto sentimental.

➤ Componentes de la conducta suicida

Dentro del comportamiento suicida, se pueden presentar diversas formas de manifestación de deseos mórbidos, como pueden ser el deseo de morir, representaciones suicidas, ideas suicidas, la amenaza suicida, el intento suicida, el suicidio frustrado, el accidental y el intencional. De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Otros elementos a tener en cuenta y vigilar de cerca es la aparición de "constelaciones de suicidios", cuando se da gran cobertura en los medios a un suicidio de otro adolescente o de algún personaje famoso, ya que se ha visto que esto puede ejercer un efecto inductor y un joven que estaba pensando en el suicidio puede tomar, finalmente, esa postergada decisión.

Un ambiente familiar rígido puede orillar al individuo a cometer suicidio. Si las alternativas ante unas malas calificaciones o un fracaso son peleas, más presiones o la coartación de la libertad, se orilla a la persona a opciones poco saludables. Podrían ser las drogas, las actividades antisociales, la vinculación a pandillas, o también el suicidio.

➤ Factores de riesgo en la conducta suicida

El acto suicida suele deberse a motivaciones múltiples y complejas, existiendo siempre un factor precipitante para el intento de terminar con la propia vida. Los principales factores causales consisten en:

- Trastornos mentales (sobre todo depresión)
- Factores sociales (frustraciones y pérdidas)
- Anomalías de personalidad (impulsividad y agresividad)

- Trastornos físicos y de personalidad
- Desintegración familiar
- Consumo de sustancias tóxicas y de alcohol
- Abuso físico y sexual
- Baja autoestima y mal manejo de la frustración
- Término de una relación sentimental

Se ha confirmado que el suicidio o intentos de suicidio suele darse cuando varios de los anteriores factores se combinan (específicamente con la depresión), dando paso a la confusión y desesperación en la persona. De igual forma, está comprobado que esta conducta suele darse con más énfasis entre los hombres debido a la intoxicación por sustancias tóxicas, y a situaciones sentimentales frustradas en las mujeres.

Los mecanismos psicológicos que llevan a una conducta suicida se parecen a los habitualmente implicados en otras formas de comportamiento autodestructivo, como alcoholismo, drogadicción, conducir irresponsablemente, o bien, actos antisociales violentos. A menudo, el suicidio es el acto final dentro de una conducta de ese estilo.

Las experiencias traumáticas durante la infancia y adolescencia, especialmente el dolor producido por un hogar roto o la ausencia de los padres, son notablemente más frecuentes entre personas adultas con tendencia a la conducta suicida, quizá porque es más probable que tengan dificultades para establecer relaciones significativas y seguras.

Entre las personas que intentan suicidarse se han distinguido dos subtipos: el primero se caracteriza por circunstancias problemáticas (abuso de alcohol, sustancias, depresión, desintegración familiar, etc.); el segundo subtipo parece tener un nivel de funcionamiento satisfactorio.

➤ Síntomas y signos de la conducta suicida

El suicidio está considerado como un acto biológico, psicológico y social. Además, se hace énfasis en los factores genéticos presentes en determinadas familias, lo cual puede dar paso a una

personalidad premórbida para el suicidio. No podemos hablar de una "personalidad suicida", pero hay signos que nos pueden alertar acerca de posibles conductas suicidas en los individuos.

Son muchas las personas que, acorralados por los sentimientos depresivos y frustraciones mal manejadas, mantienen planes secretos de quitarse la vida, aunque no lo lleven a cabo. Otros envían claras señales de tales pensamientos, con mucha anticipación. En ocasiones, el intento de suicidio es una petición de ayuda, y algunos mueren porque no encuentran la fuente deseada que les brinde el apoyo moral, emocional, psicológico y espiritual que necesitan.

Algunos de los síntomas y signos que advierten una posible conducta suicida, son los siguientes:

- Aislamiento social
- Hablar acerca de la muerte, especialmente de la propia
- Regalar las posesiones apreciadas
- Abuso de drogas o de alcohol
- Cambios de personalidad (ira, aburrimiento excesivo, apatía, etc.)
- Descuido en el arreglo personal
- Ausentismo escolar
- Dificultad para concentrarse
- Problemas físicos sin una causa específica
- Comer y dormir en exceso
- Automutilación y sadismo
- Poco aprecio por su vida o la de los demás

➤ Intervención ante la crisis suicida

Ante una crisis de esta índole, se debe tener siempre en cuenta, que dados los cambios que la persona enfrenta en ese momento, así como el conflicto y confusión que esto le provoca, todos los factores que intervienen en su forma de pensar y de afrontar las dificultades que se le presentan. Tal es el caso de las presiones sociales, ambiente familiar y escolar, inclinaciones, desviaciones o adicciones que esté enfrentando.

La mejor manera de intervenir ante la crisis suicida se podría determinar con un seguimiento de pasos, que incluye la observación previa al momento de la crisis, si esto es posible. En este sentido se puede establecer el siguiente procedimiento:

- a) Poner atención a todos los síntomas y signos que el sujeto presente como posible factor de un pensamiento suicida
- b) No pasar por alto o desmerecer cualquier indicio de que hay una idea suicida en su mente. Se deben observar las pautas conductuales que refieran un posible cuadro de conducta suicida.
- c) Tratar de acercarse y profundizar en la situación o situaciones que estén alterando el curso de su desarrollo en todo aspecto (biológico, emocional, social, psicológico, etc.)
- d) Averiguar con los familiares y amigos todo lo que sea necesario conocer para determinar si en efecto, la persona tiene ideas suicidas

► Durante la crisis

Una vez determinado que efectivamente existen ideas suicidas en la persona, o bien, si ya está la crisis expuesta, se deberá abordar de manera directa y objetiva con él dicho tema, expresándole el deseo primordial de ayudarlo a salir de dicha crisis. Para ello, se deberán observar las siguientes recomendaciones:

- No alarmarse al recibir la información, pero siempre se deberá tomar en serio
- Se debe estimular a la persona para que confie sus problemas y cómo éstos le hacen sentir e influyen negativamente en su vida. Desarrollar una terapia de apoyo de forma rápida, tratando no sólo de evitar que se consuma el suicidio, sino de hacer reaccionar a la persona a base de comprensión, ayuda, brindándole confianza y seguridad de que no está sola y que su vida es muy importante.
- Hablar lo menos posible para que predomine siempre la voz de la persona que atraviesa la crisis

- Tener cierto acercamiento con a la persona, como tomar su mano o tocar su hombro, pues el contacto piel con piel facilita la comunicación. Esto puede ayudarle a sentir confianza y cierto nivel de seguridad, lo cual permitirá un mejor desahogo
- El terapeuta debe evitar ponerse de ejemplo, o hablar de él mismo o de sus experiencias personales
- No se deben dar soluciones que fueron buenas para otra persona o para uno mismo, pues puede ser que para el adolescente no sirvan en lo absoluto
- De ser necesario, se deberá solicitar el apoyo necesario a otro profesional (médico, psiquiatra, neurólogo, etc.). No es aconsejable el manejo en solitario de personas con riesgo de suicidio cuando haya inseguridad por parte del terapeuta
- Es aconsejable que el individuo en riesgo de suicidio, durante la crisis permanezca acompañado hasta que el peligro haya pasado. Esto puede dar pauta para que él se manifieste capaz de expresar verbalmente su crítica hacia los pensamientos suicidas, cuando mejora su estado de ánimo, y se muestra más relajada, tranquila, cooperadora e interesada por las actividades cotidianas
- Si el riesgo suicida persiste, se deberá transferir a la persona con el psiquiatra y de ser necesario, hospitalizarla en un centro especializado en este tipo de problemas
- No es aconsejable hablarle al individuo que se encuentra ante una crisis suicida, acerca de las supuestas bondades que tiene la vida, pues eso es, precisamente, lo que él no percibe en ese momento
- Se deberá hablar con la familia para que estén consientes de la dimensión del problema por el que atraviesa la persona, ya que en muchas ocasiones son los familiares quienes, al no creer en su deseo de morir, precipitan a que la situación se vuelva a presentar y a que el paciente no resuelva la crisis en el momento que se da.

➤ Posterior a la crisis

Posterior a la intervención en el momento de la crisis suicida, se deberá dar continuidad al tratamiento psicológico para alcanzar el objetivo de erradicar de la mente del sujeto las ideas suicidas que tenga, y que lo hayan conducido al intento de quitarse la vida. En tal sentido, se hace necesario elaborar un plan terapéutico adecuado para dicho efecto. Este podría conformar los siguientes pasos:

- Llevar a cabo una terapia de apoyo con la temporalidad adecuada, para estar constantemente observando y ayudando a la persona.
- Considerar junto a la familia, de ser necesario y dependiendo la dimensión de la situación, la idea de internar al paciente en un centro especializado para mantener bajo vigilancia y control al mismo. Así mismo, considerar la posibilidad de internar al paciente en una clínica de desintoxicación en caso de tener un problema claro de alcoholismo o drogadicción como factor desencadenante de la crisis suicida.
- En el tratamiento de prevención de la conducta suicida, se necesita una fuente de ayuda sólida y segura, que puede estar conformada por un equipo de profesionales (médico, psicólogo y psiquiatra), quienes deberán proporcionarle una atención cordial y expresar su preocupación, compromiso y comprensión de los tormentosos sentimientos del paciente.
- La evaluación psicológica permite detectar algunos de los problemas que contribuyeron al intento de suicidio y ayuda al psicólogo a planificar la terapia oportuna. Dicha evaluación consiste en establecer una relación para intentar comprender el acto suicida, sus antecedentes y las circunstancias en que se produjo, así como al objeto de valorar la problemática actual y captar con precisión la calidad de las relaciones personales y familiares, que a menudo son relevantes en el intento de suicidio. De igual forma, establecer si el paciente padece de alguna adicción a fármacos, alcohol o drogas que alteren sus procesos cognitivos.
- Se hará también una evaluación completa del estado mental del paciente, con especial acento en la detección de una depresión u otro trastorno mental o de una adicción al alcohol u otras drogas, que requiera tratamiento específico además de la intervención en la crisis y entrevistas específicas con la familia.
- Cuando se da un intento de suicidio, es muy probable que el paciente vuelva a intentarlo, existiendo un alto riesgo de que más tarde se llegue a consumir el suicidio, a menos que el paciente resuelva sus problemas.
- Otra forma de manejar a estas personas con riesgo de suicidio, es aquella en la cual lo primero que se debe hacer es realizar junto a la persona, el diagnóstico del significado de quitarse la vida para quien desea hacerlo o lo haya intentado
- Hay que tomar siempre en cuenta que no todos los que se autoagreden tienen reales deseos de morir. A los efectos resultantes de autoagresiones sin propósitos de muerte se les denominan

daños autoinfligidos, aunque este criterio no debe prevalecer sobre un intento de suicidio, pues éste podría llegar a consumarse posteriormente.

- Algunos individuos recurren al suicidio tratando desesperadamente de pedir ayuda por encontrarse ante un problema, incapaces de resolver por sí solos, pues sobrepasa sus capacidades de ajuste. En estos casos, lo mejor será retirarlos de la situación conflictiva si fuera posible mediante cambio de ambiente, hospitalización, etc. Enseñarles otras variantes de afrontamiento y pedir apoyo a cuantas personas tengan que ver con el paciente y la solución de su contrariedad.
- Hay quienes desean quitarse la vida para salir de una dificultad agobiante como pudiera ser una relación conflictiva y difícil, una situación socioeconómica precaria, responsabilidades ineludibles para las que no se está preparado, incapacidad de terminar con alguna adicción o con el alcoholismo, etc. Una buena alternativa en estos casos es brindar apoyo emocional al sujeto, calor humano y valorar de qué manera el estrés puede ser reducido para aliviar sus tensiones.
- Finalmente un aspecto muy importante del manejo de la crisis suicida es la responsabilidad legal, la buena o mala praxis en el manejo del comportamiento suicida pues una de las características del duelo de los terapeutas, es que entre sus manifestaciones se encuentra el temor a ser objeto de represalias incluyendo las demandas legales por parte de los familiares, evadir el encuentro con ellos, considerarse incompetentes, no desear volver a tratar pacientes con riesgo de suicidio, etc.
- Los pleitos judiciales son realmente muy escasos cuando se hace lo debido. Se puede evitar cualquier demanda legal y cualquier represalia o difamación cuando se logra una verdadera relación terapeuta- paciente- familia. Mantener vivo a un paciente suicida es una tarea difícil, que nunca debe ser asumida a solas, ni con omnipotencia. Debe ser un trabajo del individuo, su familia, el terapeuta y todos los interesados en mantener con vida a esa persona.

► Datos importantes

Con la finalidad de reconocer la importancia que tiene el suicidio como un factor de riesgo latente, es importante conocer los siguientes datos:

- ✓ El suicidio se presenta en un índice más alto durante la adolescencia debido a los cambios puberales que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de riesgos, conflictos y contradicciones. Es una etapa en la que experimentan fuertes situaciones de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos y en aquellos casos en que ha habido una buena formación y desarrollo de su personalidad, o viven en condiciones socio familiares adversas, el suicidio puede ser una vía "de solución" lo cual puede desembocar en una tragedia que afecta al propio adolescente, así como a la familia.
- ✓ La preferencia sexual, sobre todo, cuando es homosexual, constituye un factor de riesgo para el suicidio, precisamente el auto rechazo y el rechazo social de este tipo de preferencia sexual. Un 30% del total de suicidio en varones es por esta causa.
- ✓ Los hombres tienen como un factor predisponente al suicidio el alcoholismo o la drogadicción. Las mujeres en cambio, intentan suicidarse por problemas sentimentales, más frecuentemente que los varones.
- ✓ Otros factores precipitantes son los problemas escolares, ambientes familiares abusivos, problemas económicos, problemas sentimentales, duelo mal manejado, rechazo social, etc. Cuando no existen factores precipitantes suelen estar más relacionados con la existencia de una depresión.
- ✓ Los individuos que realizan intentos de suicidio generalmente están más concentrados en sí mismo, tienen menos estrategias para resolver sus problemas, y son más pesimistas acerca de las posibilidades que tienen de realizarlo con éxito. La mayoría realizan el intento sin premeditación y de manera impulsiva (menor relación con el grupo que comete suicidio) y éstos tienen un menor riesgo de que estén deprimidos, de tener desesperanza.
- ✓ Se ha comprobado que el 40% de los sujetos que se suicidan tienen trastornos depresivos, del 10% al 30% presentan trastornos de personalidad, y un 50% de drogas y alcohol.

- ✓ Se considera que el 75% de las personas que se quitan la vida, avisan, por lo que es importante que los familiares tomen en serio estas señales y pidan ayuda especializada. En algunos casos la persona no tiene la intención de matarse, pero quiere llamar la atención y a veces la situación se les sale de control, como también hay quienes sí quieren quitarse la vida y no lo logran.
- ✓ La mayor parte de las personas que se suicidan han manifestado previamente, ideas suicidas a familiares, amigos, profesores, médicos, etc. Una historia de intento de suicidio previo, es uno de los predictores más potentes de suicidio
- ✓ Los adolescentes que se suicidan tienen hasta un 50% de casos historia familiar de suicidio o intento de suicidio, especialmente en los casos que el paciente también había estado deprimido.

El manejo de la crisis suicida debe adaptarse a la situación concreta en que se realiza y a las particularidades del individuo que la padece, específicamente si se trata de un adolescente, dados los cambios a todo nivel que debe afrontar, situación que le causa confusión y un sentimiento equivocado de incapacidad para resolver o manejar determinadas situaciones. Similar actitud debe adoptarse en la vida adulta, pues la persona igualmente tiene deseos latentes de terminar con su existencia.

No debe perderse de vista que su objetivo esencial del programa de intervención ante una crisis suicida, es mantener al paciente con vida hasta que la crisis, que dura minutos, horas, días, raramente semanas, haya finalizado. La familia debe estar siempre al tanto de lo que suceda, así como tener una participación activa y asertiva en todo momento.

2.2 Violencia

Es un comportamiento intencionado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente, con la agresión física, ya que también puede

ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad, otras son crímenes.

Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese, y caiga quien caiga. Suele ser de carácter predominantemente egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía. Todo lo que viola lo razonable es susceptible de ser catalogado como violento si se impone por la fuerza.

La violencia no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo. Los principales sujetos pasivos son las mujeres, niños y personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de confianza. Dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil conocer sus dimensiones globales.

2.2.1 La violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar se desarrolla a través de actos violentos cometidos en el hogar entre miembros de una familia. Algunos autores buscan el origen de los conflictos subyacentes a la violencia doméstica en las rutinas del hogar adaptadas a una fuerza de trabajo exclusivamente masculina, que ha dejado de monopolizar los ingresos económicos de la familia con la incorporación de la mujer al trabajo, la pobreza y la escasa movilidad social.

Aunque no puede afirmarse que toda la violencia sea cometida por hombres, sí ocurre así en la mayoría de los casos. A veces son el padre y la madre juntos quienes cometen las agresiones, como en el caso de malos tratos a los hijos. La patología del maltrato infantil, desgraciadamente, no tiene fin.

La Violencia Intrafamiliar –VIF- es un mal que destruye la integridad y la unión familiar, dejando heridas profundas y a veces imborrables en la persona que es lastimada (la mujer, en la mayoría de los casos), y a los hijos que se convierten en espectadores silenciosos y a veces víctimas directas de la Violencia Intrafamiliar. La persona se convierte en el blanco de golpes, insultos, humillaciones y toda clase de acciones que le hacen perder su autoestima; de esta manera se

convierte en receptora de toda clase de barbaries que su pareja realiza sobre ella. Si la víctima guarda silencio y da paso al miedo y al pánico, no podrá salir de esa situación que acabará por anularla y denigrarla.

■ La sociedad ante la VIF

En determinadas circunstancias, las personas que están en el entorno próximo de la víctima son las que contribuyen a que se mantenga e incremente la violencia, al aconsejar a la víctima a callar con tal de guardar las apariencias y no permitir que se llegue al divorcio. En otras ocasiones, por cuestiones culturales la mujer regularmente se vé obligada a callar, dado que existe la creencia de que “la mujer divorciada o separada, no es buena”. Este es un elemento que afecta grandemente a la persona, pues se vé presionada a soportar y callar la situación, permitiendo que se cree un círculo vicioso que envuelve tanto a la víctima, como a los hijos.

La sociedad a través de sus normas y reglas (principalmente en cuestión religiosa) puede hacer que la mujer permanezca dentro de un marco de VIF, al inculcarle que “la mujer debe ser sumisa y obediente”, incluso ante el maltrato del esposo. Esta situación crea una encrucijada por la mala interpretación que se da principalmente, a lo establecido en las Santas Escrituras. La mujer deberá ser sumisa a su esposo, si él es un hombre sumiso y sujeto a los mandatos que Dios le da, a través de Su palabra. Esto en ningún momento incluye maltratar y humillar a su esposa.

De igual forma por la cuestión cultural, los familiares, amigos o hasta las mismas autoridades, tienen la idea de que es el hombre quien debe ejercer el dominio sobre la mujer y con este pensamiento que denota una sociedad altamente machista, permiten que la mujer siga siendo abusada sin ofrecerle el apoyo o ayuda adecuada.

■ La iglesia ante la VIF

Es importante mencionar que ante la postura de la iglesia, tanto católica, como evangélica y judía, la mujer encuentra muchas veces un camino de doble vía, dado que la religión le manda claramente “cargar la cruz”, lo cual se mal entiende como aceptar lo que se le presente en la vida

matrimonial, incluyendo las acciones violentas del esposo. Por el otro lado, la iglesia condena enérgicamente la VIF y apoya a la mujer maltratada y le indica que debe ser ella como la persona afectada, quien debe estar dispuesta en primer lugar, a salir de dicha situación violenta.

El matrimonio es un pacto sagrado entre dos personas que ante Dios, en el que ambos se comprometen a amarse y respetarse siempre. Sin embargo, dicho pacto se rompe cuando aparece la VIF. Cuando el esposo golpea, insulta y maltrata a la esposa, definitivamente ese pacto se quebranta.

■ Tipos de violencia intrafamiliar –VIF-

La VIF fomenta familias con un ambiente y entorno familiar agresivo, hostil, duro, negativo y con un total desamor de unos hacia otros. La violencia la ejercen unos contra otros y cada quien a su nivel, pero siempre con un enfoque de humillar o menospreciar al otro. Aunque exista alguien que tiene el deseo de arreglar un poco la situación, el grupo entero impide que haya una mejor al no lograr tener una buena y efectiva comunicación. No se habla con la verdad ni con honestidad. No existen valores ni principios bien cimentados, sino solamente de forma superficial y aparente.

Es importante hacer notar que la violencia intrafamiliar se puede dar de diferentes formas, no sólo a través de los golpes e insultos. A continuación se detallan varias formas de ejercer violencia hacia una persona o grupo:

- **Violencia verbal:** Se da cuando existen insultos, palabras humillantes, menosprecio, ninguna muestra de amor en las palabras y actos de la persona que abusa y maltrata. Además, se ejerce influencia sobre los hijos, quienes entre hermanos llegan un punto de intolerancia y de una total falta de respeto de unos para con otros.
- **Violencia física:** La persona abusadora, al no poder controlar una situación así como los problemas que tiene dentro de ella misma, y ante su propia frustración, recurre a golpear a la pareja y a los hijos. Con los golpes aparece el sentimiento de poder y se cree que hay dominio sobre la familia, lo que le hace lograr respeto y obediencia. Sin embargo, esta situación lo

único que genera es el alejamiento total de la familia, así como sentimientos de odio y resentimiento.

- **Violencia Psicológica:** Al ejercer autoridad a base de golpes e insultos, humillaciones y menosprecios, la persona abusadora ataca psicológicamente tanto a su pareja, como a sus hijos, haciendo que ellos se sientan seres inútiles, fracasados y siempre con un sentimiento de culpa al pensar que son ellos quienes no dan apoyo y comprensión. Aparentemente la persona abusadora queda como la víctima que intenta desempeñar un buen papel pero que no lo logra por la falta de apoyo de la familia.

También se puede dar la violencia psicológica “pasiva y suave”, cuando se permite el maltrato hacia los hijos. La persona que calla el maltrato hacia los menores está siendo partícipe de violentarlos y fomenta una baja autoestima en ellos y en ella misma.

■ Por qué se da la violencia intrafamiliar

La amenaza de ejercer violencia y su ejercicio al interior de la familia son conductas aprendidas y reforzadas por la violencia en los medios y en la sociedad y por la estructura tradicional de dominación en la familia. Con frecuencia aquellos que ejercen la violencia fueron víctimas u observadores de ella en sus familias de origen.

Desde un punto de vista sistémico las complejas conductas disfuncionales que hay tras la denominada "violencia intrafamiliar" son manifestaciones de desordenes o implicaciones sistémicas que tienen su origen en dos tipos de eventos en la historia familiar de los perpetradores y de las víctimas:

- eventos acaecidos en la familia de origen de uno o de ambos miembros de la pareja que han quedado inconclusos. Ellos pueden haber tenido como protagonistas de injusticias, actos de violencia y/o culpabilidad no asumida, a personas de otras generaciones. Sus consecuencias se vienen repitiendo y seguirán repitiéndose a lo largo de muchas

generaciones si los hechos acaecidos no son reconocidos y concluidos apropiadamente en el contexto del alma familiar.

- eventos que han afectado el equilibrio en la relación de pareja o actos graves en los que se ha implicado uno o ambos y no han asumido responsablemente sus consecuencias o sus culpas. En estos casos la violencia intrafamiliar es una manifestación de desordenes asociados a otras conductas disfuncionales, como por ejemplo el incesto, los celos, el alcoholismo, destinos familiares difíciles tales como la discapacidad de un hijo, la homosexualidad no asumida..

■ Características de una persona abusadora

La persona abusadora (hombre o mujer) tiene ciertas características infalibles:

- El abusador es una persona controladora. Ejerce un control total sobre su víctima, el cual va siendo progresivo.
- Es impositivo. Impone su carácter y criterio con tal de conseguir controlar el hogar.
- Es manipulador. En ocasiones manipula a la víctima con sus cambios de actitud (la insulta, golpea, luego muestra arrepentimiento y afecto para conseguir el control)
- Es una persona que muestra hipocresía y falsedad. Puede a veces mostrarse como una persona educada, preparada y hasta sutil. Sin embargo, éstas no dejan de ser máscaras para ocultar su verdadera personalidad abusadora.
- Generalmente la persona abusadora utiliza como táctica alejar a su víctima gradualmente de las demás personas, incluso de su propia familia, para ir obteniendo el control sobre ella.
- Recurre frecuentemente al chantaje. Utiliza el chantaje con la pareja y los hijos para que ambos obedezcan y guarden silencio respecto de sus acciones. De esta manera mantiene el control absoluto del grupo familiar.
- En general, el abusador no tiene una descripción única. Puede ser de cualquier clase social, religión, nivel académico, económico, etc. Simplemente, es la persona que abusa de su pareja para lograr el control del hogar. Por lo tanto, puede tener características que varían de persona a persona.

■ Cómo reaccionar ante la violencia intrafamiliar

Es muy importante definir qué es la violencia intrafamiliar, así como las acciones a través de las cuales se desarrolla, ya que, de acuerdo a lo antes mencionado, puede ser que por cuestiones culturales y/o costumbres, la víctima piense que todo está dentro del marco de lo “normal” dentro del matrimonio y el hogar. En tal sentido, es necesario que se dé a conocer pormenorizadamente cómo se ejerce la VIF; esto, dentro de las instancias legales y sociales a quienes concierna tal atribución.

El paso principal es no tener miedo, ni guardar silencio. La persona maltratada en todo momento debe estar segura que las leyes actuales contemplan artículos que la protegen contra la violencia intrafamiliar. Debe estar consiente de que ante golpes e insultos, ella irá perdiendo su autoestima lo cual le hará perder su dignidad humana.

En el caso de una situación de VIF, es necesario acudir a las instancias legales que existen para dar soporte y ayuda legal y psicológica, tal es el caso de las delegaciones de Derechos Humanos, Juzgado de Familia o Ministerio Público. Cuando la mujer es la víctima de la VIF, es necesario hacerle ver que ella es un ser digno de respeto y aprecio, que tiene talento y capacidades iguales a las del hombre, y ante todo, que no es merecedora de ningún maltrato que la obligue a perder su dignidad humana. La persona debe recapacitar y despertar cuando es víctima de la VIF para poder volver a encontrarse a sí misma. Así mismo, debe estar segura que el sufrimiento que se da con la VIF no es redentivo y que ninguna religión acepta bajo ninguna circunstancia, la violencia contra la persona.

Toda persona debe saber que ningún ser humano es merecedor de una vida llena de sufrimientos, golpes e insultos, y que esta situación bajo ninguna circunstancia es avalada por Dios. Más bien Él la condena y no quiere que el ser humano pierda su dignidad ante otro que solamente busca desplazar sus sentimientos negativos ante la incapacidad de resolver sus propios conflictos. Aquí juegan un papel importante los consejos y enseñanzas que los padres den a sus hijas e hijos desde que son pequeños, en relación a la VIF. Así mismo, debe enseñárseles a los hijos los conceptos de

igualdad y respeto hacia los demás, especialmente para con la mujer y darle el ejemplo de dignidad y respeto que debe tenerse por sí misma una persona.

■ Intervención psicológica ante la VIF

Regularmente las personas intentan de diversas maneras evitar las situaciones de violencia, ya sea modificando conductas propias, a través de separaciones temporales, recurriendo a distintos profesionales e inclusive a los sistemas de seguridad y justicia, sin lograr cambios. A esto se le puede sumar la presión social fundada en mitos como "algo habrá hecho", "es necesario sacrificarse por la familia", "los celos son una manifestación de amor" y tendremos a una persona muy confundida, convencida de que nada de lo que haga podrá modificar la situación. La violencia familiar es un proceso cíclico y que, a medida que pasa el tiempo, los ciclos de tranquilidad se reducen en duración, en tanto los episodios van aumentando en intensidad y frecuencia. La duración de este ciclo, que pocas veces es percibido por la víctima, es un indicador valioso.

El problema de la violencia intrafamiliar no puede ser comprendido centrándose exclusivamente en la psicología del individuo. Otro aspecto a destacar es la necesidad de trabajar dentro de un equipo multidisciplinario, donde se pueda dar respuesta a las necesidades de tipo legal, laboral y social que tan frecuentes son en estas mujeres y que también van a influir en su recuperación.

En relación a la intervención psicológica, el primer paso de la evaluación es acordar con la persona el consentimiento informado. Es importante que la persona comprenda por qué es importante la evaluación, qué tipo de información se va a recoger y la medida en que otras personas tienen o pueden tener acceso a dicha información. Dadas las implicaciones legales del maltrato para la persona, ésta debe saber que los datos obtenidos pueden o deben tener tratamiento jurídico. También es importante tener en cuenta que en la evaluación, al contar su historia, el sujeto puede reexperimentar el miedo y el dolor emocional asociado con el incidente, especialmente si ha ocurrido hace muchos años (Walker, 1994). Como señala esta autora es importante que se sea sensible a estas emociones y se proporcione un encuentro terapéutico que facilite la comprensión y la curación, a la vez que se está recogiendo la información.

A la hora de evaluar y planificar la intervención psicológica parece especialmente adecuado el modelo de respuesta ante el maltrato propuesto por Dutton (1992), quien plantea la necesidad de analizar los siguientes componentes: 1) el tipo y patrón de violencia, abuso y control; 2) los efectos psicológicos del abuso; 3) las estrategias de las personas maltratadas para escapar, evitar y/o sobrevivir al abuso; 4) los factores que median tanto las respuestas al abuso como las estrategias para sobrevivir a éste. Todo ello analizado dentro del contexto social, cultural, político y económico.

Al evaluar los efectos psicológicos de la violencia, abuso y control es necesario tener en cuenta: 1) los cambios cognitivos, ya sea de los esquemas cognitivos, las expectativas, las atribuciones, percepciones o la autoestima de la persona maltratada; 2) los indicadores de malestar o disfunción psicológica (los miedos, la ira, la depresión, el abuso de sustancias); 3) los problemas de relación con otras personas distintas al agresor, tales como problemas de confianza en los demás, miedo a la intimidad, etc. Como afirma Dutton, todas estas respuestas deben ser inicialmente consideradas como respuesta al trauma, sin asumir psicopatología anterior, siendo una hipótesis de trabajo que se puede poner a prueba a lo largo de la intervención.

En relación a las técnicas de evaluación, las más utilizadas han sido las entrevistas y los cuestionarios, recomendándose una evaluación multi-método. Se han utilizado tanto entrevistas no estructuradas como estructuradas, siendo más adecuadas las primeras al comienzo de la evaluación, ya que permiten que la persona exprese su historia tal como desea. En esta evaluación se recomienda una escucha activa, empática, que proporcione validación de la experiencia de la mujer, y en la cual no se la juzgue, interprete ni aconseje (Dutton, 1992; Walker, 1994).

Las entrevistas estructuradas permiten obtener información más específica, tanto del abuso, como de todas aquellas áreas que es importante evaluar pero a las que la mujer no se ha referido o no ha precisado en la evaluación inicial. Walker (1994) plantea que es útil recoger la descripción de episodios de abuso concretos, tales como el más reciente, el peor y el primero y Dutton (1992) recomienda preguntas específicas y directas para reducir lo más posible la minimización del abuso.

Los principios más relevantes son la seguridad de la persona, su empoderamiento, la validación de sus experiencias, el énfasis en sus puntos fuertes, la educación, la diversificación de sus

alternativas, el restaurar la claridad en sus juicios, la comprensión de la opresión y que la persona tome sus propias decisiones. También incluye el tratamiento de los síntomas producidos por el abuso mediante técnicas tomadas de otras terapias, especialmente del enfoque cognitivo-conductual, aunque reconoce que pueden ser útiles otras técnicas cuando los tratamientos son grupales o si el impacto es muy grave.

Aunque se trata de trabajar dentro de un programa un tanto ecléctico, predomina la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, ya que son las más recomendadas en los diferentes estudios, pero también deben incorporarse muchos de los principios y estrategias generadas desde la perspectiva socio-estructural del maltrato específicamente hacia la mujer.

Los objetivos planteados en la intervención psicológica deben ser los siguientes:

1. Aumentar la seguridad de la mujer maltratada, ya que no se puede olvidar el peligro físico en el que viven inmersas estas personas (por lo regular, mujeres)
2. Reducir y/o eliminar sus síntomas
3. Aumentar su autoestima y seguridad en sí misma
4. Aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones
5. Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas
6. Modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas.

Aunque estos objetivos se modifican y/o adaptan en función de la problemática y la situación concreta de la persona, lo que se pretende con ellos es conseguir normalizar su experiencia, así como fomentar su propia independencia, con el enfoque de recuperar el control de su vida y dándole estrategias que la sitúen en una posición de mayor poder y confianza en sí misma.

Para poder alcanzar estas metas, la psicología cuenta con una serie de técnicas y estrategias. Las que se han mostrado más efectivas para las personas maltratadas y que son utilizadas habitualmente son:

- a. Estrategias para el control de la ansiedad (respiración profunda, relajación muscular progresiva, etc.
- b. Técnicas cognitivas para identificar y modificar los posibles pensamientos distorsionados, tales como reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, etc.
- c. Entrenamiento en habilidades sociales
- d. Inoculación de estrés, utilizadas con aquellas personas que presentan estrés postraumático
Entrenamiento en solución de problemas.
- e. Es muy importante la inclusión de un componente educativo en el que se aborden las creencias tradicionales sobre el maltrato a la mujer y las actitudes sexistas.

El acercamiento terapéutico propuesto puede ser llevado a cabo tanto de forma individual como grupal, y también pueden combinarse ambas modalidades, lo que hacemos en función de las necesidades de cada paciente. En la intervención psicológica a aplicar es muy importante tener en cuenta las circunstancias particulares en las que se encuentra la persona, para garantizar así las estrategias que se ajusten a su caso.

2.3 Psicopatología

De acuerdo a Carmelo Monedero en su obra *Psicopatología General*, ésta se define como “*la ciencia positiva que estudia la psique enferma*”, aunque aclara que dicha ciencia se encuentra aún sometida a toda una serie de tensiones resultantes de la utilización de métodos de investigación diversos y, a veces, contradictorios (1978:27). Esto en el entendido de que dado que los conceptos de psique y enfermedad psíquica no están justamente delimitados.

Monedero aclara que hoy en día no es suficiente la observación y descripción de los hechos psicopatológicos, tal y como es accesible a la experiencia ingenua. Actualmente se perfilan claramente tres direcciones diferentes en un intento de ir más allá en el conocimiento de la psique enferma:

- La interpretación
- La explicación
- La descripción fenomenológica

- La interpretación: Hace su aparición en Psicopatología con los trabajos de Freud y toda la escuela psicoanalítica. Para el psicoanálisis la consideración del hecho psicopatológico no termina en su delimitación vivencial, sino que hace falta apelar a sus motivaciones inconscientes, si se quiere conocer en toda su plenitud. El psicoanálisis entonces, se presenta como una ciencia de la interpretación.

Esta trata de aumentar el campo de lo psíquico para captarlo mejor. El hombre es, en términos generales, la unión de lo psíquico y lo somático. Se habla así, de “la interpretación del hecho psicopatológico”.

- La explicación: Trata de aclarar la influencia del hecho psicopatológico, en el organismo; este es su interés primordial. En Psicopatología se hace necesaria la explicación para resolver dudas en cuanto a la relación mente-cuerpo, y de cómo esta situación afecta al individuo en sí.
- La descripción fenomenológica: En Psicopatología esta descripción está orientada al conocimiento de la existencia del hombre enfermo, que hace recuperar aquello que se puede perder una y otra vez: el hombre mismo.

La interpretación, la explicación y la descripción fenomenológica son tres formas diversas de investigar todos y cada uno de los hechos psicopatológicos. Implican tres ideologías diversas; sin embargo, se deben utilizar conservando la unidad del hombre, único objeto de conocimiento universal.

La Psicopatología es, entonces, la ciencia de la psique enferma que trata de delimitar los síntomas mediante la observación y la descripción introspectiva.

2.3.1 Principales problemas psicopatológicos

2.3.1.1 Trastornos de ansiedad

Todos los seres humanos tienen experiencia de miedo y ansiedad. El miedo es una respuesta emocional, fisiológica y conductual frente a una amenaza exterior conocida (por ejemplo un robo, un automóvil sin frenos, un accidente, etc.). La ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo.

La ansiedad adaptativa ayuda a las personas a prepararse, practicar y ensayar de forma que mejore su actividad ayudándoles a adoptar las oportunas medidas de prudencia frente a situaciones potencialmente peligrosas. La ansiedad mal adaptativa genera malestar y alteraciones funcionales.

La curva de Yerkes-Dodson muestra la relación entre el estímulo emocional (ansiedad) y la acción. Conforme aumenta la ansiedad se incrementa proporcionalmente la eficacia de la actividad, pero sólo hasta un nivel óptimo, más allá del cual la actividad ve reducida su utilidad, con el consiguiente aumento de la ansiedad. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otro tipo de alteración psicológica. No obstante, a menudo pasan desapercibidos y, por tanto, no se tratan adecuadamente, o simplemente, no se tratan.

CURVA DE YERKES-DODSON



La característica esencial del trastorno de ansiedad es la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un período superior a seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Aunque los individuos que padecen algún trastorno de ansiedad no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social.

■ Síntomas de la ansiedad

Los síntomas más comunes en un cuadro de ansiedad o aumento de la activación son: dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora, y otros.

Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático. De igual manera, estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos, otras sustancias, etc.) o a una enfermedad médica.

■ Trastornos de ansiedad con mayor incidencia

A continuación se describe los trastornos de ansiedad con mayor incidencia en la psicología clínica, de acuerdo a bibliografía consultada:

a) Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Trastorno caracterizado por la presencia de ideas, imágenes o impulsos recurrentes, indeseados e intrusivos con una cualidad de absurdo, extraño, sucio u horroroso (obsesiones), así como la urgencia por hacer algo que alivie el malestar debido a las obsesiones (compulsiones).

El trastorno obsesivo compulsivo se presenta con igual frecuencia en hombres y mujeres, afectando al 1,6% de la población durante un período dado de 6 meses.

▪ Causas

La conducta obsesivo-compulsiva es como una vía de escape ante una situación de ansiedad. Parece ser que esta forma de actuar mantiene controlada la ansiedad y provee de seguridad momentánea a la persona que padece de ansiedad.

▪ Síntomas

Conductas repetitivas y compulsivas que a menudo no tienen una razón de ser que las justifique (limpiar, lavarse las manos, caminar en un mismo sitio, ver el reloj, comer, etc.).

La mayoría de las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo son conscientes de que sus obsesiones no responden a riesgos reales y que su comportamiento, ya sea mental o físico, para aliviar la preocupación es irrealista y excesivo, hasta el punto de resultar extraño.

Entre las obsesiones más frecuentes se incluyen cuestiones ligadas a la contaminación, la duda, las pérdidas y la agresividad. Típicamente, la persona con un trastorno obsesivo-compulsivo se siente impulsada a realizar actos repetitivos, según reglas fijas, denominados rituales, con el objetivo de neutralizar sus obsesiones.

Tratamiento

Resulta eficaz la terapia de exposición, concretamente, a las situaciones o personas que estimulan las obsesiones, los rituales o el malestar. Con la exposición se logra ir retrasando o incluso evitar los rituales, pues la ansiedad que aquélla despierta va disminuyendo en un proceso de habituación y el paciente aprende que los rituales son innecesarios para disminuir el malestar.

La mejoría suele durar años, probablemente porque los pacientes que han logrado dominar este tipo de autoayuda siguen usándola sin demasiado esfuerzo como algo incluido en su vida diaria aún después de acabado formalmente el tratamiento. Muchos expertos opinan que el mejor tratamiento es una combinación de terapia conductual y farmacoterapia. (inhibidores de la recaptación de serotonina).

b) Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El trastorno por estrés postraumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo. En algunos casos, puede darse también debido a un profundo trauma psicológico o emocional y no necesariamente algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados.

- **Síntomas**

Los síntomas del estrés postraumático pueden ser clasificados en tres grandes grupos, a saber:

a) Reexperimentación del evento traumático:

- *Flashbacks*: Sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática

- Pesadillas .El evento u otras imágenes asociadas al mismo recurren frecuentemente en sueños.
- Reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática

b) Incremento de activación:

- Dificultades conciliar el sueño
- Hipervigilancia
- Problemas de concentración
- Irritabilidad / impulsividad / agresividad

c) Conductas de evitación y bloqueo emocional:

- Intensa evitación del sujeto a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático.
- Pérdida de interés
- Bloqueo emocional
- Aislamiento social

Los tres grupos de síntomas mencionados son los que en mayor medida se presentan en la población afectada por el trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, es común observar en la práctica clínica otros problemas asociados al mismo.

Entre los trastornos más comunmente asociados destacan:

- ✓ Ataques de pánico: Los individuos que han experimentado un trauma tienen posibilidades de experimentar ataques de pánico cuando son expuestos a situaciones relacionadas con el evento traumático. Estos ataques incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas como taquicardias, sudoración, náuseas, temblores, etc.

- ✓ Depresión: Muchas personas sufren episodios depresivos posteriores, pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad ideaciones suicidas recurrentes. Estudios recientes muestran que aproximadamente el 50% de las víctimas de violación (que es un evento traumático) muestran ideas recurrentes de suicidio.
- ✓ Ira y agresividad: Se tratan de reacciones comunes y hasta cierto punto lógicas, entre las víctimas de un trauma. Sin embargo cuando alcanzan límites desproporcionados interfiere de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico así como en el funcionamiento diario del sujeto.
- ✓ Abuso de drogas: Es frecuente el recurso a drogas como el alcohol para tratar de huir/esconder el dolor asociado. En ocasiones esta estrategia de huida aleja al sujeto de recibir la ayuda adecuada y no hace más que prolongar la situación de sufrimiento.
- ✓ Conductas extremas de miedo/evitación: La huida/evitación de todo aquello relacionado con la situación traumática es un signo común en la mayoría de los casos. No obstante, en ocasiones este intenso miedo y evitación se generaliza a otras situaciones, en principio no directamente asociadas con la situación traumática lo que interfiere de forma muy significativa con el funcionamiento diario del sujeto. Estos y otros síntomas, en la mayoría de los casos, disminuyen de manera significativa durante el tratamiento. Sin embargo en ocasiones, y dada su gravedad, pueden requerir intervenciones adicionales específicas.

- Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos descritos en el DSM-IV-TR para el estrés postraumático, son:

1. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha presentado lo siguiente:
 - ✓ la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

- ✓ la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante comportamientos desestructurados o agitados
2. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:
- ✓ recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 - ✓ sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 - ✓ el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y *flashbacks*. Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
 - ✓ malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - ✓ respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
3. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:
- ✓ esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 - ✓ esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 - ✓ incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 - ✓ reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 - ✓ sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 - ✓ restricción de la vida afectiva
 - ✓ sensación de un futuro desolador, pesimismo

4. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- ✓ insomnio de conciliación o de mantenimiento
- ✓ irritabilidad
- ✓ dificultades para concentrarse
- ✓ hipervigilancia y sobresaltos

El tiempo mínimo de evolución de los síntomas de es un mes. Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El trastorno es agudo si los síntomas persisten menos de tres meses. Su prolongación hará que se considere crónico. En los casos en los cuales los síntomas se inician después de seis meses de padecido el evento traumático, se considerará de inicio demorado.

• Tratamiento

Los objetivos del tratamiento del TEPT, van dirigidos a disminuir los síntomas, prevenir complicaciones crónicas, y a la rehabilitación social y ocupacional. El tratamiento incluye diversas modalidades psicoterapéuticas individuales, entre las cuales podemos destacar la cognitivo-conductual, terapia de grupo y de familia, y los grupos de autoayuda. Las técnicas sugeridas son las siguientes: tratamiento de exposición, entrenamiento en inoculación del estrés, desensibilización sistemática, y reprocesamiento por movimientos oculares

c) Trastorno de ansiedad generalizada

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente, que llegan incluso a aislar a la persona por el mismo sentimiento de temor y angustia. Existe un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente respecto de una variedad de eventos o actividades. Los síntomas deben extenderse al menos por 6 meses para poder efectuar el diagnóstico.

Las mujeres tienen el doble de probabilidades de sufrirlo que los hombres. Este trastorno a menudo se inicia en la infancia o la adolescencia, aunque puede empezar a cualquier edad.

➤ Síntomas

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada son: preocupación crónica y exagerada, agitación, tensión e irritabilidad, aparentemente sin causa alguna, o más intensas de lo que sería razonable en esa situación en particular. La gente que la padece también puede tener problemas de concentración y dificultades para conciliar el sueño (siendo el primero que se afecta en cualquier trastorno).

Con frecuencia suelen aparecer signos físicos, como temblores, dolor de cabeza, mareos, agitación, tensión muscular, dolores o molestias, molestias abdominales y sudoración. La evolución suele ser fluctuante y crónica, con empeoramiento durante los períodos de estrés.

➤ Causas

El trastorno de ansiedad generalizada se causado por una combinación de factores biológicos y de circunstancias vitales. Muchas de las personas que la padecen también experimentan otros trastornos médicos, como depresión y/o pánico, que al parecer implican cambios en los procesos químicos cerebrales, en particular anomalías en los niveles de la serotonina. Existe la posibilidad de una personalidad premórbida a este trastorno, aunque no se ha establecido con certeza.

➤ Tratamiento

Los beneficios de la terapia conductual son limitados, ya que los estímulos específicos que despiertan ansiedad en el paciente son difíciles de determinar. La relajación y el *biofeedback* (retroalimentación) pueden ser de cierta ayuda, pero hay pocos estudios que documenten su eficacia. No se ha estudiado sistemáticamente la utilidad de la psicoterapia orientada al insight aplicada a este trastorno. El uso de antidepresivos y ansiolíticos está indicado, pero deberán ser prescritos por un profesional de la medicina o psiquiatría.

d) Fobias

Una es un trastorno de salud emocional que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas. También se suele catalogar como fobia un sentimiento de odio o rechazo hacia algo que, si bien no es un trastorno de salud emocional, sí genera muchos problemas emocionales, sociales y políticos. Discriminando edad y género, se ha encontrado que las fobias representan la enfermedad mental más común entre mujeres en todos los grupos etarios, y la segunda más común psicopatía en hombres mayores de 25.

▮ Tratamiento

Las terapias psicológicas que pueden ser beneficiosas para las personas que padecen fobia son: la técnica de "inmersión" o las terapias graduadas de exposición, entre las que se encuentra la desensibilización sistemática. Todas estas técnicas se enmarcan en el enfoque de la terapia cognitivo-conductual. En algunos casos, también pueden ser de ayuda los medicamentos ansiolíticos.

La mayoría de las personas que tienen fobias entienden que están sufriendo de un miedo irracional o desproporcionado, aunque este reconocimiento no impide que sigan manifestando esa intensa reacción emocional ante el estímulo fóbico. La exposición graduada y la terapia cognitivo-conductual trabajan con la meta de desensibilizar a la persona y de cambiar los patrones de pensamiento que están contribuyendo a su miedo. Las técnicas basadas en esta terapia son a menudo eficaces, siempre y cuando la persona con este problema esté dispuesta a someterse a un tratamiento que puede durar algunos meses (en ocasiones semanas). Hay otras orientaciones terapéuticas, como el psicoanálisis o la programación neurolingüística (PNL) que abordan estos problemas clínicamente, pero sus resultados no se han verificado científicamente.

Casos especiales de fobia no psicológica

El término "fobia" puede significar casos específicos no vinculados con el temor. Por ejemplo, la hidrofobia es el temor al agua, pero también lo puede ser la incapacidad de beber agua debido a una enfermedad, o también puede describir un compuesto químico que repele el agua. Por su parte,

la fobia no significa única y necesariamente un temor a la luz: puede ser un problema físico en los ojos o una aversión a la luz que puede inflamarlos o dilatar la pupila.

Tipos de fobias

La fobia, como consecuencia de un miedo más o menos consciente acompañado de un componente ansioso, puede expresarse de muchos modos. Existen tantas fobias como personas, ya que cada individuo puede desarrollar una fobia a cualquier cosa, aunque se describen con frecuencia algunos tipos más habituales, como los específicamente clasificados en el DSM-IV-TR:

- ❖ **Agorafobia:** Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- ❖ **Fobia específica:** Es caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- ❖ **Fobia social:** Esta es caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- ❖ **Agorafobia sin historia de trastorno de angustia:** Se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

■ Clasificación de otros trastornos de ansiedad, según el DSM-IV-TR

A continuación se describen otros trastornos de ansiedad clasificados en el DSM-IV-TR, a los cuales se les hace una breve descripción de las características más específicas que se toman como criterios de diagnóstico especificados en dicho manual.

Es de hacer notar que en el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, aunque no es un criterio que necesariamente se observe en todos ellos. Los cuadros en mención son:

- ❖ Crisis de angustia (*panic attack*): Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a enloquecer o perder el control.
- ❖ Trastornos de angustia sin agorafobia: Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
- ❖ Trastorno de angustia con agorafobia: Es caracterizado por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- ❖ Trastorno por estrés agudo: Este trastorno se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático, los cuales aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- ❖ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: Es caracterizado por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- ❖ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: Este es caracterizado por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- ❖ Trastorno de ansiedad no especificado: Este cuadro fue creado con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).
- ❖ Trastorno de ansiedad por separación: El DSM-IV-TR lo clasifica dentro de los Trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia, debido a que la crisis de angustia y miedo se desarrolla a partir de la separación de las figuras paterna y materna.

Consiste en una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo, concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. Se presenta regularmente en la edad escolar (4 años en adelante).

2.3.1.2 Trastornos alimenticios

Son alteraciones en la alimentación, que conllevan una serie de consecuencias físicas, fisiológicas y psicológicas que alteran el desarrollo del individuo, en todos los aspectos que integran el mismo. En este tipo de trastornos, tiene una influencia muy fuerte el factor social y cultural que impone una figura delgada como la “normal y aceptada” en cuanto a estética se refiere. Esto va ejerciendo control psicológico en la persona (principalmente en las mujeres), llevándola a perder el control en cuanto a su autoimagen, la cual por lo general, siempre está distorsionada.

Por el lado contrario, existen factores como el estrés, la depresión y la ansiedad, que provocan la ingesta de alimentos excesiva y sin control, lo cual ocasiona otro trastorno que induce al sobrepeso en la persona. Dentro de estos trastornos podemos mencionar los más comunes:

- a) Anorexia Nerviosa
- b) Bulimia Nerviosa
- c) La obesidad (si es precedida de un cuadro depresivo mayor)
- d) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
- e) Vigorexia

■ Anorexia nerviosa

Trastorno caracterizado por una alteración del sentimiento de la propia imagen, un temor morboso a la obesidad, rechazo a mantener un peso corporal normal y, en las mujeres, amenorrea. Aproximadamente el 95% de las personas que padecen este tipo de trastorno son mujeres. El comienzo suele ser en la adolescencia, a veces antes y con mucha menos frecuencia durante la vida adulta. Muchas pacientes pertenecen a un estrato socioeconómico medio o alto. La tasa de mortalidad registrada oscila entre el 10 y el 20%.

- **Causas:** La más influyente es el factor cultural y social, que impone una figura delgada como la más aceptable, y la obesidad como algo despreciable. Así mismo, algunas personas probablemente tienen una predisposición de tipo psicológico, genético o metabólico.
- **Síntomas:** La anorexia nerviosa puede ser leve y transitoria o grave y de larga duración. Muchas de las personas que desarrollan este trastorno son meticulosas, compulsivas e inteligentes, capaces y con cualidades para obtener éxitos.

El primer signo indicador del trastorno es la preocupación por el peso corporal (incluso entre pacientes delgadas, como son la mayoría) y la restricción en la ingesta de alimentos. La preocupación y la ansiedad por el peso van en aumento e incluso se puede producir emaciación (adelgazamiento morboso). Una de las características más llamativas del trastorno es la negación de su existencia, de forma que las pacientes no se quejan de padecer anorexia o perder peso, y suelen resistirse al tratamiento.

■ **Tratamiento:** El tratamiento consta de dos fases: intervención médica inmediata para salvar la vida y recuperar el peso corporal, y tratamiento psicológico a largo plazo para mejorar el funcionamiento psíquico y evitar las recaídas. El tratamiento psicológico a largo plazo, debe vencer la resistencia de éste a ganar peso, así como su negación de la enfermedad y la conducta manipuladora.

La psicoterapia individual, de orientación conductista, cognitiva o psicodinámica, resulta útil, así como la psicoterapia de familia en el caso de los pacientes más jóvenes.

■ **Bulimia nerviosa**

Trastorno caracterizado por episodios recurrentes (al menos dos por semana) de atracones de comida, durante los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos y se siente incapaz de parar; luego siguen intentos compensatorios para evitar el aumento de peso, como vómitos autoprovocados, utilización de laxantes o diuréticos, ejercicio exagerado o ayuno.

La bulimia, igual que la anorexia nerviosa, afecta sobre todo a mujeres jóvenes, que están siempre preocupadas por su peso y apariencia corporal. Al contrario que las pacientes con anorexia nerviosa, las bulímicas suelen tener un peso normal. La incidencia del trastorno es del 1 al 3% entre mujeres jóvenes; otro porcentaje similar padece variantes de este trastorno.

- **Causas:** Preocupación excesiva por el aumento de peso y fluctuaciones muy evidentes de éste.
- **Síntomas:** La mayoría de las complicaciones físicas se deben al hecho de purgarse: los vómitos provocados producen erosión del esmalte dental de los dientes frontales e hinchazón indolora de las glándulas salivares. En ocasiones hay graves trastornos hidroelectrolíticos (deshidratación).
- **Tratamiento:** Se desarrolla desde dos formas de abordaje: la psicoterapia (cognitivo-conductual o interpersonal) y los fármacos antidepresivos. La psicoterapia suele desarrollarse a lo largo de 15 a 20 sesiones individuales durante 4 a 6 meses; los resultados parecen ser buenos a corto y largo plazo.

Los medicamentos antidepresivos son de ayuda, aun en ausencia de depresión, pero la psicoterapia es mejor y todavía lo es más la combinación de ambas formas terapéuticas. De ser necesario el tratamiento apoyado en fármacos, éstos deberán ser prescritos por un facultativo de la medicina, con experiencia y cualificación profesional.

■ **Obesidad**

Es la presencia de sobrepeso en la persona, el cual no es el adecuado para su composición corporal, que depende de la talla, el sexo y la edad. La masa corporal es excesiva y puede causar problemas a nivel físico, fisiológico y psicológico. La tasa de obesidad se ha incrementado durante la última década, en más del 50% entre las personas jóvenes.

Este es un problema es particularmente serio, ya que los niños y adolescentes obesos tienen mayor probabilidad de convertirse en adultos con sobre peso, quienes están en mayor riesgo de sufrir enfermedades serias como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes y apnea del sueño. La obesidad puede ser el factor principal para una muerte prematura si no se controla adecuadamente. Pueden desarrollarse complicaciones cardiovasculares, respiratorias, hepatobiliares, del aparato locomotor, etc. También añade riesgo a otras situaciones: cáncer, cirugía, problemas psicológicos y sociales etc.

Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

- Causas: Existen muchos factores que interactúan para que se dé un cuadro de obesidad; entre ellos están:
 - El factor biológico
 - El sedentarismo
 - Malos hábitos alimenticios
 - Problemas de estrés, ansiedad, depresión, etc.
 - La ingesta de “comida chatarra” y su alto contenido en grasas nocivas (saturadas)

- Síntomas: Es difícil determinar cuándo empieza la persona a perder conciencia de la ingesta de comida inadecuada, con la consabida consecuencia del sobrepeso. Sin embargo, existen ciertos síntomas que se deben tomar en cuenta:
 - ✓ Pérdida de control en la ingesta de comida
 - ✓ Insaciabilidad
 - ✓ Ansiedad y estrés mal manejados
 - ✓ Pérdida de conciencia en cuanto a la autoimagen se refiere

- Tratamiento: La psicoterapia cognitivo-conductual, así como la psicoterapia de grupo son altamente beneficiosas. Sin embargo, deberá establecerse un tratamiento médico-nutricionista rígido, que controle el metabolismo de la persona. Así mismo, el ejercicio físico adecuadamente controlado, resultará de gran ayuda, aunque los resultados pueden ser lentos.

■ Vigorexia

La vigorexia, no está reconocida como enfermedad, por la comunidad médica internacional, pero se trata de un trastorno o desorden emocional donde las características físicas se perciben de manera distorsionada, al igual de lo que sucede cuando se padece de anorexia, pero a la inversa. Una persona que se ve siempre con falta de tonicidad y musculatura, lo cual la lleva a realizar ejercicio físico de manera obsesiva compulsiva y pesa cada día de manera continuada, padece de vigorexia, en la mayoría de los casos su cuerpo se desproporciona, adquiriendo una masa muscular poco acorde con su talla y contextura física.

Este trastorno o desorden psíquico asocia belleza con aumento de masa muscular. La mayor parte de las horas del día están dedicadas a realizar ejercicio físico y a pensar en poder llevar a cabo una dieta rica en alimentos proteicos para así aumentar la musculatura del cuerpo. Este cuadro se ve agravado cuando todo se une al consumo de anabolizantes o esteroides que faciliten o mejoren ese aumento de proporciones corporales. Entonces, y como consecuencia, aumenta el riesgo de padecer enfermedades, lesiones hepáticas, cardíacas, disfunción eréctil, problemas de fertilidad y cáncer de próstata, entre otras.

Con todo lo señalado anteriormente el perfil de una persona que presenta este trastorno incluye puntualmente:

- Obsesión por un cuerpo musculoso, pero al extremo, ya que aunque ya lo haya conseguido, su visión está tan distorsionada, que frente al espejo sigue viéndose débil.
- Distorsión de la imagen corporal
- Baja autoestima

- Entrenamiento con dedicación compulsiva y casi exclusiva, dejando de lado otros asuntos y eventos de orden social, laboral y cultural.
- Adicción a la báscula
- Tendencia a la automedicación
- Dieta muy alta en proteínas, en la mayoría de los casos la dieta va complementada con productos anabólicos y esteroides.

Al igual que la anorexia la vigorexia se presenta por una distorsión de la imagen corporal. Afecta tanto a mujeres como hombres, pero al contrario que la anorexia, es más un trastorno masculino. Existe un aislamiento social y laboral, ya que este trastorno emocional, puede llegar a evolucionar en un cuadro obsesivo compulsivo, a lo que se le suma una alteración nutricional, metabólica y deformación corporal.

Todas estas son características comunes a la anorexia, pero también existen otras diferencias muy marcadas: Podemos puntuar que la auto-imagen en la anorexia es de obesidad, mientras que en la vigorexia la auto-imagen es de debilidad y falta de tonicidad muscular. En las mujeres es más frecuente la anorexia y por el contrario la vigorexia es más padecida por personas de sexo masculino. En lo que al uso de medicación se refiere, cuando existe anorexia se usan laxantes y diuréticos y ante la vigorexia, anabólicos.

No cabe duda que los factores socioculturales, como el culto al cuerpo y los modernos cánones de belleza, son decisivos en el desarrollo de estos trastornos emocionales y de alimentación. Pero también hay ciertas alteraciones bioquímicas en los neurotransmisores a nivel cerebral relacionados con este tipo de patologías. Fundamentalmente el tratamiento debe ser del tipo psicológico, ya que se debe intentar modificar la conducta de la persona afectada, su autoestima y su pánico a un posible fracaso.

Ante estos trastornos, la prevención es la mejor solución. La anorexia, bulimia y vigorexia son trastornos de alimentación que están todos íntimamente relacionados entre sí: La obsesión por una aceptación del entorno social y por una imagen corporal perfecta.

Es muy importante saber diferenciar vigorexia con la práctica habitual de cualquier deporte, ya que el deporte nos beneficia mucho física y mentalmente, aportando innumerables ventajas a nuestra salud y calidad de vida. Por lo tanto nuestro mejor consejo es que no se debe caer ante modelos de belleza estereotipados por nuestra sociedad actual, sino que debemos aceptarnos como somos, con un cuerpo y mente en equilibrio.

2.3.1.3 Trastornos de personalidad

Consisten en la presencia de rasgos de personalidad estables, rígidos y penetrantes, desviados de las normas culturales y que causan angustia o afectan al funcionamiento de la persona.

Los rasgos de personalidad son pautas de pensamiento, percepción, reacción y modo de relación relativamente estables a lo largo del tiempo y en situaciones diversas. Los trastornos de personalidad tienen lugar cuando dichos rasgos son tan rígidos e inadaptados que afectan al modo de desenvolverse una persona social o laboralmente. Estas características y sus posibles consecuencias sobre la adaptación suelen ser evidentes desde una edad adulta temprana y persisten a lo largo de gran parte de la vida del individuo.

Los mecanismos de defensa (mecanismos mentales para afrontar las situaciones) son utilizados inconscientemente por todo el mundo. Sin embargo, en personas con trastornos de personalidad esos mecanismos tienden a ser inmaduros y poco adaptados. Para que el individuo se dé cuenta de la inadecuación de sus mecanismos defensivos es necesaria una confrontación reiterada en un contexto psicoterapéutico prolongado o en las relaciones con otras personas.

Sin la frustración que les aporta el entorno, los sujetos con trastornos de personalidad pueden estar insatisfechos consigo mismos o no. Quizá busquen ayuda debido a la presencia de síntomas (ansiedad y depresión) o de un comportamiento mal adaptado (abuso en el consumo de sustancias, vengatividad, agresividad, etc.) consecutivo a su trastorno.

A menudo no ven la necesidad de la terapia y son sus familiares, amigos o alguna persona de una institución social quienes les aconsejan hacerla, porque su conducta causa dificultades en las relaciones con los demás. Como estos pacientes suelen percibir sus propios conflictos como leves

y ajenos a sí mismos, los profesionales de salud mental encuentran difícil hacerles ver que el problema radica realmente en ellos y en su manera de ser.

Las personas con trastornos de personalidad graves presentan alto riesgo de hipocondría y consumo abusivo de alcohol u otras drogas, así como de comportamientos violentos o autodestructivos. Estas personas pueden desarrollar un estilo parental incoherente, desapegado, hiperemocional, de maltrato o irresponsable, lo que conduce a sus hijos a padecer problemas psiquiátricos o médicos.

Los pacientes con trastorno de la personalidad a menudo resultan muy frustrantes para las personas de su entorno, incluidos los médicos, psiquiatras y psicólogos que tienen que vérselas con los temores irrealistas, las excesivas demandas, el sentimiento de tener derecho, las deudas impagadas, el incumplimiento y la tendencia a difamar de estas personas.

El diagnóstico de los trastornos de personalidad, se basa en la observación de una pauta reiterada de comportamiento o una forma de percepción que produce malestar y altera el funcionamiento social, aun cuando el paciente no tiene conciencia de aquélla y a menudo se resiste al cambio. El (DSM-IV-TR), divide los trastornos de personalidad en tres categorías:

- a) Grupo A: Raro-excéntrico
- b) Grupo B: Dramático-emocional
- c) Grupo C: Ansioso-temeroso

Tratamiento

El tratamiento varía conforme al tipo de personalidad, pero hay algunos principios generales que se aplican a todos. Los miembros de la familia pueden actuar de forma que refuercen o disminuyan la conflictividad de la conducta o el pensamiento del paciente, de manera que es útil involucrarlos y a menudo resulta esencial.

Como los trastornos de la personalidad son especialmente difíciles de tratar, es importante que el terapeuta tenga suficiente experiencia, entusiasmo y capacidad de comprensión de las previsibles zonas de sensibilidad emocional del paciente, así como de los mecanismos defensivos habituales. La amabilidad y la guía no logran producir, aisladamente, cambios en estos trastornos.

Los fármacos tienen un efecto limitado; por otro lado, pueden emplearse mal o servir para reducir intentos de suicidio. Cuando el trastorno de la personalidad produce ansiedad o depresión los fármacos son sólo moderadamente eficaces.

Tratar un trastorno de personalidad lleva mucho tiempo. Rasgos de personalidad como los mecanismos de defensa, las creencias y los patrones de conducta necesitan muchos años para desarrollarse y cambian lentamente. Para facilitar los cambios, que suelen ajustarse a una secuencia previsible, se requieren diversas modalidades de tratamiento. Reducir el estrés ambiental puede aliviar rápidamente síntomas como la ansiedad o la depresión. Comportamientos como la imprudencia, el aislamiento social, la falta de afirmación o los estallidos de cólera pueden cambiarse en algunos meses.

La terapia de grupo y la modificación de conducta, en ocasiones en régimen de hospital de día o en una clínica, son eficaces. También puede ayudar a modificar comportamientos socialmente indeseables la participación en grupos de autoayuda o la terapia familiar. Los cambios conductuales revisten especial importancia en pacientes con trastorno de la personalidad límite, antisocial o evitativa.

Los conflictos interpersonales, como la dependencia, la desconfianza, la arrogancia o la tendencia a la manipulación, suelen necesitar más de un año para modificarse. La piedra angular para conseguir cambios interpersonales es la psicoterapia individual, que ayuda al paciente a comprender las fuentes de sus problemas interpersonales en el contexto de una relación médico-paciente íntima, cooperativa y no explotadora.

Todo terapeuta debe subrayar continuamente las consecuencias indeseables de las pautas de pensamiento y conducta del paciente y algunas veces debe poner límites a tales comportamientos. Este abordaje terapéutico resulta esencial en pacientes con trastornos de personalidad histriónica,

dependiente o pasivo-agresiva. En el caso de personas cuyo trastorno de personalidad implica la forma en que se organizan mentalmente las actitudes, expectativas y creencias (p. ej., los tipos narcisista u obsesivo-compulsivo) se recomienda el psicoanálisis, generalmente durante 3 años o más.

Diferentes trastornos de personalidad

- ◆ **Personalidad Paranoide:** Las personas con este tipo de trastorno de personalidad suelen ser frías y distantes en las relaciones personales o bien controladoras y celosas si llegan a establecer vínculos. Tienden a reaccionar con suspicacia ante los cambios de situación y a encontrar motivaciones hostiles y malévolas tras los actos triviales, inocentes e incluso positivos de los demás. Con frecuencia, esas actitudes hostiles son la proyección de su propia agresividad. Las tendencias paranoides pueden desarrollarse entre personas que se sienten particularmente segregadas a causa de un defecto o una minusvalía. Así, por ejemplo, una persona con sordera crónica puede creer erróneamente que hablan o se ríen de ella.
- ◆ **Personalidad esquizoide:** Las personas con este trastorno de personalidad son introvertidas, retraídas, solitarias, emocionalmente frías y distantes. La mayor parte del tiempo están absorbidas en sus propios pensamientos y sentimientos y temen la cercanía y la intimidad con los demás. Son reticentes, proclives a las ensoñaciones diurnas y prefieren la especulación teórica a la actividad práctica.
- ◆ **Personalidad esquizotípica:** Como los esquizoides, quienes padecen este trastorno de personalidad están socialmente aislados y emocionalmente desvinculados, pero además muestran rarezas cognitivas, de percepción y comunicación, tales como pensamiento mágico, clarividencia, ideas de referencia o ideación paranoide. Estas rarezas sugieren esquizofrenia, pero nunca son lo bastante graves para cumplir los criterios diagnósticos de dicho cuadro. No obstante, se cree que estas personas tienen una mutación en la expresión fenotípica (espectro variable) de los genes causantes de esquizofrenia.
- ◆ **Personalidad límite (*borderline*):** Las personas con este trastorno de personalidad, predominantemente mujeres, presentan inestabilidad de su propia imagen, estado de ánimo,

conducta y relaciones interpersonales. El trastorno se hace evidente al comienzo de la edad adulta, pero tiende a disminuir o estabilizarse con el paso del tiempo. Estas personas se sintieron privadas de los cuidados adecuados durante su infancia y en consecuencia se sienten vacías, con ira y con derecho a exigir atención. Debido a ello son unas incansables buscadoras de afecto. Este tipo de personalidad es, con mucho, el que se ve con más frecuencia en los departamentos de asistencia psiquiátrica y otros tipos de servicios sanitarios.

Para inducir la piedad ajena, las personas con personalidad límite se comportan como desposeídos solitarios en busca de ayuda por depresión, dependencia de drogas, trastorno de la conducta alimentaria o antiguos tratamientos equivocados; pero cuando temen perder la atención de la persona que los cuida, su humor vira bruscamente, mostrándose entonces intensa e inadecuadamente furiosos. Este giro de su actitud se acompaña de cambios extremos en su punto de vista sobre el mundo, ellos mismos y los demás; pasan del negro al blanco, del odio al amor o viceversa; en ningún caso tienen una perspectiva neutral sobre las cosas.

Cuando estas personas se sienten abandonadas (es decir, completamente solas) hacen una disociación o se tornan desesperadamente impulsivas. A veces su concepción de la realidad es tan pobre que pasan por breves episodios de pensamiento psicótico, como ideas paranoides y alucinaciones.

Este tipo de personas mantienen relaciones interpersonales más intensas y dramáticas que las pertenecientes al grupo A de los trastornos de personalidad. Presentan mayores distorsiones del pensamiento que los pacientes con personalidad antisocial y vuelven contra sí mismas la agresividad con más frecuencia que aquéllos. Son personas más coléricas, impulsivas y confusas sobre su identidad que las de personalidad histriónica.

Al principio tienden a despertar en las personas que los cuidan intensas respuestas de mimos y atención, pero tras reiteradas crisis, repetidas quejas, vagas e infundadas, y sucesivos fracasos en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, las personas que los asisten, incluido el médico, se sienten muy frustradas y empiezan a contemplarlos como pacientes quejosos que rechazan la ayuda. Los mecanismos de defensa más frecuentes en estos casos son la escisión, el *acting-out*, la hipocondría y la proyección.

- ◆ **Personalidad antisocial:** Anteriormente era denominada psicopática o sociopática. Las personas con este trastorno de personalidad no tienen en cuenta los derechos y sentimientos de los demás, mostrándose desconsiderados con ellos y explotándolos para su propia ganancia material o gratificación personal (al revés que las personas narcisistas, que explotan a los otros porque piensan que su propia superioridad lo justifica). Lo característico es que expresen sus conflictos de forma impulsiva e irresponsable, a veces con hostilidad y violencia intensas.

Son personas que toleran muy mal la frustración. A menudo son incapaces de prever las consecuencias negativas de su comportamiento antisocial, que, por otro lado, no les produce ningún remordimiento ni sentimiento de culpa. Muchas de estas personas tienen una capacidad suficientemente desarrollada para racionalizar con mucha labia su conducta o para echar la culpa a otros. El fraude y el engaño impregnan sus relaciones personales. El castigo raramente modifica su comportamiento ni mejora su juicio o su previsión sobre las cosas; por el contrario, les confirma en su áspera visión de un mundo sin sentimientos.

El trastorno de personalidad antisocial a menudo se asocia a alcoholismo, drogadicción, infidelidad, promiscuidad, fracaso laboral, frecuentes cambios de domicilio y encarcelamiento. En las sociedades occidentales son más los hombres que las mujeres con este trastorno de personalidad, mientras que la personalidad *borderline* es más frecuente entre mujeres. En las familias de pacientes con ambos patrones de personalidad es alta la prevalencia de parientes antisociales, con dependencia de drogas, divorcios y maltrato a niños. Frecuentemente, los padres del paciente mantienen una relación pobre y aquél sufrió una grave privación emocional durante los años formativos de la infancia.

La expectativa de vida está disminuida en este grupo de pacientes, pero entre los supervivientes el trastorno tiende a amortiguarse o estabilizarse con la edad.

- ◆ **Personalidad narcisista:** Las personas con este trastorno de personalidad se sienten grandiosas, es decir, tienen un exagerado sentimiento de superioridad sobre los demás. Sus relaciones personales se caracterizan por la necesidad de ser admirados, siendo extremadamente susceptibles ante las críticas, los fracasos o las frustraciones. De hecho, al verse enfrentados a situaciones que no se ajusten a su elevada opinión de sí mismos, pueden tomarse furiosos o

gravemente deprimidos. Como creen que son superiores, a menudo piensan que los demás les envidian y sienten como un derecho que se atiendan sus necesidades de forma inmediata. En ese contexto, pueden justificar su explotación de los otros, cuyas necesidades u opiniones consideran menos importantes.

Estas características suelen resultar ofensivas para las personas de su entorno, incluidos los médicos. Este trastorno de personalidad se da entre personas con muchos logros, pero puede también observarse en otras con menos éxito.

- ◆ **Personalidad histriónica:** Las personas con este tipo de trastorno de la personalidad buscan llamar la atención de forma notoria, están conscientes de su aspecto y se muestran con un aire dramático. La expresión de sus emociones a menudo parece exagerada, infantil y superficial y, como en otras conductas similares, a menudo provoca en los demás una respuesta erótica o cordial. De esa manera, con frecuencia logran establecer relaciones fácilmente, pero éstas tienden a ser superficiales o transitorias.

Estas personas pueden combinar la provocación sexual o la sexualización de relaciones no sexuales con una inesperada inhibición e insatisfacción en ese terreno. Detrás de su conducta sexualmente seductora y de la tendencia a exagerar los problemas somáticos (es decir, la hipocondría) subyacen deseos más básicos de dependencia y protección.

- ◆ **Personalidad dependiente:** Las personas con este trastorno delegan la responsabilidad de áreas fundamentales de su vida en manos de otros y permiten que las necesidades de aquellos de quienes dependen suplanten a las suyas propias. Carecen de confianza en sí mismas y están sumamente inseguras respecto a su propia capacidad para cuidarse. Frecuentemente se quejan de no poder tomar una decisión y de no saber qué quieren hacer o cómo hacerlo.

Esta actitud se debe, en parte, a la creencia en que los demás son más capaces y, por otro lado, a la renuncia a expresar sus opiniones, por miedo a ofender a las personas que necesitan con su agresividad (esto es, una forma de agresión contra sí mismo). La dependencia también se da en otros trastornos de personalidad, donde puede estar oculta por problemas de conducta obvios;

así, por ejemplo, el comportamiento histriónico o borderline enmascara una dependencia subyacente.

- ◆ **Personalidad evitativa:** Las personas con este trastorno de personalidad son hipersensibles al rechazo y temen iniciar una relación o cualquier cosa nueva por si fracasan o sufren una decepción. Este trastorno es una variante dentro del espectro de la fobia social generalizada.. Debido a su intenso deseo consciente de afecto y aceptación, las personas con personalidad evitativa, al revés que las que tienen un trastorno de personalidad esquizoide, están francamente angustiadas por su aislamiento e incapacidad para relacionarse cómodamente con los demás.

A diferencia de quienes presentan un trastorno de personalidad borderline, responden al rechazo con retraimiento y no con un comportamiento irascible. Este tipo de personalidad responde de forma incompleta o débil a los fármacos ansiolíticos.

- ◆ **Personalidad obsesivo-compulsiva:** Las personas con este trastorno de personalidad son concienzudas, ordenadas y confiables, pero su inflexibilidad les hace incapaces de adaptarse a los cambios. Como son cautelosos y sopesan todos los aspectos de un problema, acaban teniendo dificultades para tomar decisiones. Se toman en serio sus responsabilidades, pero como odian los errores y las cosas sin acabar, pueden enredarse en los detalles y olvidar el propósito fundamental o tener problemas para dar por terminada su tarea. A consecuencia de todo ello, las responsabilidades les causan mucha ansiedad y raramente obtienen satisfacción de sus logros.

La mayoría de los rasgos obsesivo-compulsivos son adaptativos y en tanto que no sean muy acentuados, las personas que los presentan a menudo tienen éxito, especialmente en el campo de las ciencias y otras actividades académicas en que el orden, el perfeccionismo y la perseverancia resultan deseables. No obstante, estas personas pueden sentirse incómodas en el terreno de los sentimientos, las relaciones personales y las situaciones que escapan a su control o bien cuando deben delegar en otros o se producen acontecimientos imprevisibles.

2.3.1.4 Trastornos sexuales

La etiología de los trastornos sexuales es compleja y muy variable; probablemente en ella desempeñan un papel sutiles factores constitucionales y hereditarios. Los trastornos psicosexuales incluyen los trastornos de identidad de género, las parafilias y las disfunciones sexuales. Estas últimas son la categoría que con mayor frecuencia se observa en la práctica médica general.

Las normas de conducta sexual y las actitudes frente a ellas varían ampliamente de unas culturas a otras y dentro de un mismo contexto cultural. Un psicólogo bien informado puede ofrecer consejo sobre temas sexuales con sensibilidad y coherencia, así como prestar ayuda útil al respecto, siempre que tenga en mente que las prácticas sexuales varían de una cultura a otra, igual que la intensidad del impulso sexual, las necesidades individuales y la frecuencia de los contactos sexuales.

También tiene importancia la actitud de los padres hacia la conducta sexual. Por ejemplo, el rechazo, las prohibiciones y el puritanismo en materia sexual, incluyendo el simple contacto físico, por parte de los padres genera culpabilidad y vergüenza en el niño e inhibe su capacidad de disfrutar del sexo y establecer relaciones saludables ya en la vida adulta. La relación con los padres puede verse perjudicada por una excesiva distancia emocional, un comportamiento punitivo o, por el contrario, una actitud seductora y explotadora. Igualmente, los niños expuestos a actitudes de hostilidad, rechazo y crueldad es probable que acaben por padecer una mala adaptación sexual. El niño necesita sentirse aceptado y querido. De hecho, uno de los objetivos de la terapia consiste en lograr que la persona confíe en que merece ser amada por ser quien es.

Los conflictos en las relaciones paterno-filiales contribuyen a crear disfunciones sexuales, trastornos de identidad de género (transexualismo y transvestismo) o parafilias. La pauta de estímulo erótico está bastante bien desarrollada antes de la pubertad, de manera que las causas de un trastorno de identidad de género o de una parafilia.

Hay controversia respecto a si todo desarrollo transexual o parafilico es el resultado de estos procesos psicodinámicos. Hay que buscarlas en los años prepuberales. Hay controversia respecto a si todo desarrollo transexual o parafilico es el resultado de estos procesos psicodinámicos.

Las disfunciones sexuales pueden darse toda la vida (nunca hay ninguna respuesta eficaz, por lo general debido a conflictos intrapsíquicos) o ser adquiridas (tras un período de función normal), tener carácter generalizado o limitarse a ciertas situaciones o parejas, o bien ser totales o parciales. La mayoría de los pacientes se quejan de ansiedad, culpabilidad, vergüenza y frustración; muchos de ellos desarrollan síntomas físicos. La disfunción suele manifestarse durante la actividad sexual con una pareja, pero es útil preguntar al paciente por el funcionamiento durante la masturbación; si ésta no se encuentra alterada, la causa de la disfunción puede residir en conflictos interpersonales.

Tipos de trastornos sexuales

a) Parafilias: Son trastornos caracterizados por la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que engloban: objetos no humanos, sufrimiento o humillación real o imaginario de uno mismo o de la pareja o niños u otras personas que no consienten. El cuadro provoca malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Estas pautas de excitación se consideran desviadas bien porque a menudo son imprescindibles para el funcionamiento sexual (es decir, no hay erección ni orgasmo sin el estímulo en cuestión), bien porque involucran a una pareja inadecuada (por ejemplo, niños). En la mayoría de las culturas, las parafilias son mucho más frecuentes en hombres que en mujeres; quizá haya razones biológicas para esa distribución desigual, pero hasta la fecha no están bien definidas.

En términos de desarrollo, el hombre ha de transferir al padre la identificación infantil con su madre durante el período preescolar o edípico, entre los 3 a 6 años, mientras que la mujer no tiene que hacer ese proceso de transferencia. La necesidad de desidentificarse durante un período crítico del desarrollo psicosexual torna al hombre más vulnerable, lo que posiblemente conduce a una mayor incidencia de parafilias en el varón. Los delincuentes sexuales pueden presentar multitud de parafilias. Muchas de las parafilias descritas son bastante raras; las más corrientes son:

a) Fetichismo: Consiste en la utilización de un objeto inanimado (fetiche) como forma predilecta de estímulo sexual. Suele iniciarse en la adolescencia. Los fetiches más corrientes son delantales,

zapatos, artículos de cuero o látex y ropa interior de mujer. El fetiche puede sustituir a la actividad sexual con una pareja o formar parte del juego erótico con una persona que consiente en ello como forma de excitación.

La conducta fetichista de menor grado, incluida dentro de la actividad sexual consensuada, no se considera un trastorno psiquiátrico ya que no provoca malestar ni deterioro o disfunción clínicas. Por el contrario, cuando el comportamiento fetichista es intenso y supone un requisito obligatorio para lograr la excitación pueden surgir graves problemas de relación. Cuando el fetiche pasa a ser el único objeto de deseo sexual, a menudo la persona evita las relaciones sexuales.

En los casos en que un varón siente excitación sexual vistiendo ropa de mujer, generalmente interior, y no acariciándola simplemente, el diagnóstico más preciso es el de fetichismo transvestista.

b) **Pedofilia:** Preferencia por la actividad sexual con niños prepúberes. De forma arbitraria, la edad de la persona que padece este trastorno se ha fijado en 16 años o más y ha de ser por lo menos 5 años mayor que el niño. El niño generalmente tiene 13 o menos años de edad. Los pedófilos prefieren niños del sexo opuesto en lugar de los del propio. El pedófilo exclusivo solamente siente atracción por niños (o niñas), mientras que al tipo no exclusivo también le atraen otros adultos.

Los individuos pueden limitar sus actividades a sus propios hijos o a los familiares cercanos (incesto) o pueden hacer víctimas a niños de otras familias. La evolución de la pedofilia es hacia la cronicidad; puede complicarse con consumo abusivo o dependencia de drogas, depresión, conflictos conyugales o trastorno de personalidad antisocial.

c) **Exhibicionismo:** Exposición de los propios genitales a una persona extraña para conseguir excitarse sexualmente. El individuo puede ser consciente del deseo de sorprender o asustar al observador involuntario. La víctima casi siempre es una mujer adulta o un niño. Generalmente no existe ningún intento de actividad sexual real con la otra persona. La edad de comienzo de este trastorno suele situarse a mitad de la veintena; es raro que el primer acto exhibicionista tenga lugar en la preadolescencia o a mediana edad. La mayor parte de los exhibicionistas son personas

casadas, cuyo matrimonio sufre alteraciones por la mala adaptación social y la frecuente existencia de disfunciones sexuales.

d) **Voyeurismo:** Trastorno consistente en observar ocultamente a personas, por lo general desconocidas, cuando están desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual. El acto de mirar se efectúa para obtener una excitación sexual. El inicio del comportamiento voyeurístico suele tener lugar en la adolescencia o al comienzo de la vida adulta. El voyeurismo de los adolescentes se contempla con mayor indulgencia y pocos de ellos son detenidos por su conducta. La característica esencial del trastorno es la de gastar un tiempo considerable, de forma reiterada, en buscar oportunidades de mirar. El individuo suele alcanzar el orgasmo masturbándose durante o después de la actividad voyeurística.

e) **Masoquismo sexual:** Consiste en prestarse voluntariamente, con el fin de lograr excitación sexual, a actividades en que se es humillado, golpeado, atado o violado. Las fantasías masoquistas suelen iniciarse durante la infancia, pero los actos reales con parejas tienen lugar al comienzo de la vida adulta. Tanto las fantasías como el comportamiento sadomasoquista de carácter sexual, con pleno consentimiento, son muy corrientes entre adultos. La actividad masoquista tiende a ritualizarse y a adoptar una evolución crónica, y puede llegar a ser tan extrema, que logre causar la muerte accidental.

f) **Sadismo sexual:** La característica esencial del sadismo sexual implica actos en los que el sufrimiento físico o psicológico (incluyendo la humillación y el terror) de la víctima es sexualmente excitante y conduce al orgasmo. Este trastorno suele iniciarse al principio de la vida adulta, aunque ya durante la infancia puede haber fantasías sádicas. Generalmente la persona tiene fantasías insistentes y recurrentes en que se produce excitación sexual haciendo sufrir a la pareja. El diagnóstico está justificado al margen de que el compañero sexual consienta o no.

En ocasiones hay que distinguir el sadismo sexual de la violación, aunque puede terminar en una acción de tal magnitud. El sadismo sexual tiende a ser crónico. Cuando la persona lo ejerce sin el consentimiento de las víctimas constituye una obvia actividad criminal, que probablemente continuará hasta la detención del sádico. El sadismo sexual es particularmente peligroso cuando se asocia a un trastorno de personalidad antisocial.

Tratamiento

En el tratamiento de los diversos trastornos psicosexuales, suele ser necesaria la psicoterapia individual o de grupo por tiempo prolongado, que resulta especialmente útil cuando forma parte de un tratamiento plural, que incluya entrenamiento en habilidades sociales, tratamiento de las enfermedades físicas y psiquiátricas concomitantes (como trastornos convulsivos, trastorno por déficit de atención, depresión).

De igual forma, la terapia hormonal, así como con fármacos antiandrógenos o inhibidores de la recaptación de serotonina, prescritos por un profesional de la medicina o psiquiatría, resultan ser de gran beneficio en la resolución de problemas de tipo psicosexual.

El tratamiento es menos eficaz cuando se aplica por orden judicial, aunque algunos delincuentes sexuales sí han obtenido beneficios con el tratamiento en mención. En cualquier caso, los fármacos son más eficaces cuando están incluidos en un programa de tratamiento pluridisciplinar (conjuntamente con la psicoterapia adecuada) y por el tiempo que sea necesario.

El profesional de la psicología bien informado puede ofrecer consejo y ayuda sobre temas sexuales con sensibilidad y coherencia, así como prestar apoyo útil al respecto, siempre que tenga en mente que las prácticas sexuales varían de una cultura a otra, igual que la intensidad del impulso sexual, las necesidades individuales y la frecuencia de los contactos sexuales.

2.3.1.5 Trastornos del estado de ánimo

La tristeza y la alegría son parte de la vida cotidiana, que conviene diferenciar de la depresión y del júbilo morboso. La tristeza y la depresión normales son respuestas humanas universales ante la frustración, la decepción y otras situaciones adversas.

Actualmente, en el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo se hace énfasis en la depresión, la tristeza, la melancolía y la exaltación como elementos nucleares del humor, pero la ansiedad y la irritabilidad son igualmente frecuentes, lo que explica que siga siendo muy popular la expresión más amplia de "trastornos afectivos", antigua denominación oficial.

Los trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, típicamente recurrentes, donde se incluyen el trastorno unipolar (depresivo) y el bipolar (maníaco-depresivo). Consisten en alteraciones del humor con carácter infiltrativo, que se acompañan de disfunción psicomotriz y síntomas vegetativos.

● Trastorno bipolar

Es llamado también enfermedad maníaco-depresiva. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: manía y depresión.

Entre episodios, los pacientes con trastorno bipolar muestran un estado de ánimo depresivo y, a veces, actividad con un alto grado de energía; por otro lado, el bloqueo del funcionamiento de la persona a nivel social y de desarrollo es más corriente que en el trastorno unipolar. En el trastorno bipolar los episodios son más cortos (de 3 a 6 meses), la edad de comienzo más temprana, la forma de inicio de los episodios más abrupta y los ciclos (período de tiempo desde el comienzo de un episodio hasta el siguiente) son más cortos que en el trastorno unipolar

Causas

El trastorno bipolar tiende a aparecer en miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman.

Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio, así como un evento traumático en la vida de la persona.

Síntomas

Este trastorno presenta fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía.

Tratamiento

Debe realizarse un examen médico, pues algunas enfermedades o bien algunos fármacos pueden producir este tipo de depresión. La psicoterapia individual puede ayudar a los pacientes a enfrentar mejor los problemas de la vida cotidiana y adaptarse a su nueva situación.

Recabar el apoyo de un miembro de la familia es crucial para prevenir episodios graves. Conviene ver al paciente y a sus allegados en terapia de grupo, donde se les informa sobre el trastorno bipolar, sus secuelas sociales y el papel central de los fármacos estabilizadores del estado de ánimo en el tratamiento.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar el trastorno bipolar.

● Trastorno depresivo

Trastorno mental unipolar, caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente.

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

En psicopatología se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión: la depresión simple, y los trastornos bipolar y la maníaco-depresivo.

Causas

Puede influir el factor genético y una personalidad premórbida, así como diversas causas orgánicas, o situaciones de orden social y emocional.

Síntomas

En el trastorno depresivo el estado de ánimo típico es deprimido, melancólico, irritable y/o ansioso. El paciente puede mostrar un aspecto patético, con el ceño fruncido, las comisuras de los labios hacia abajo, postura alicaída, evitando mirar a los ojos y hablando con monosílabos o callado.

El estado de ánimo enfermizo se acompaña de preocupaciones con culpa, ideas de autodenigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio; también son frecuentes las alteraciones del sueño.

En algunos casos, la profundidad del estado de ánimo alterado es tal que el paciente no puede llorar y se queja de imposibilidad para expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido, desvitalizado y mortecino. Para estos pacientes, ser capaz de volver a llorar representa un signo de mejoría.

Tratamiento

La terapia de apoyo y la información psicoeducativa, en forma de psicoterapias específicamente dirigidas a la depresión, suelen bastar para mejorar el tratamiento farmacológico. En las formas leves de depresión, son eficaces la psicoterapia individual breve (centrada en lo interpersonal) o la terapia cognitivo-conductual (individual o de grupo) sola.

Estas terapias son más útiles una vez que ya se ha logrado controlar los signos de melancolía con fármacos antidepresivos; el objetivo es mejorar los recursos para desenvolverse y aumentar la mejoría conseguida con la medicación, mediante el apoyo y la guía, la supresión de distorsiones

cognitivas que impiden la adaptación y alentando al paciente a reanudar gradualmente sus actividades sociales y laborales.

La terapia de pareja contribuye a disminuir las tensiones y la falta de armonía conyugales. La psicoterapia prolongada es innecesaria, salvo en pacientes con conflictos interpersonales de larga duración en muchas áreas de funcionamiento o que no responden a la terapia breve.

El tratamiento de elección para la depresión de moderada a grave es la farmacoterapia, incluida en el contexto de la terapia de apoyo y la psicoeducación ; las depresiones más leves pueden tratarse con psicoterapia. Uso de antidepresivos y ansiolíticos e inhibidores de la MAO (monoaminooxidasa).

2.3.1.6 Trastornos por conversión

Son síntomas físicos causados por un conflicto psicológico, inconscientemente convertido en un cuadro similar a un trastorno neurológico. El trastorno de conversión tiende a desarrollarse durante la adolescencia o al principio de la edad adulta, aunque puede presentarse a cualquier edad. Parece ser algo más frecuente entre mujeres. En la práctica médica no psiquiátrica es habitual encontrar *síntomas* de conversión aislados que no cumplen completamente los criterios de un *trastorno* de conversión ni de un trastorno de somatización.

Los síntomas se desarrollan inconscientemente y se limitan a los que sugieren un cuadro neurológico: por lo general, una afectación de la coordinación o el equilibrio, debilidad o parálisis de un brazo o una pierna o pérdida de sensibilidad en alguna parte del cuerpo. Otros síntomas posibles son: convulsiones simuladas, pérdida de algún sentido en particular, como la vista (ceguera, visión doble) o el oído (sordera), afonía, dificultad para tragar, sensación de tener un nudo en la garganta y retención urinaria.

Generalmente, el comienzo de los síntomas se asocia a algún acontecimiento social o psicológicamente estresante. El síntoma debe ser clínicamente significativo por el malestar que provoca y suficientemente invalidante como para deteriorar la vida social o laboral del paciente o

de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. Pueden darse un único episodio o episodios reiterados esporádicamente; por lo general siempre son breves.

Tratamiento

Son diversos los tratamientos que se han ensayado, aunque ninguno tiene siempre la misma eficacia en todos los casos. En la hipnoterapia se detectan y exploran, con el paciente en estado de hipnosis, los aspectos psicológicos posiblemente vinculados con la etiología; luego, fuera ya del estado hipnótico, con el paciente completamente despierto, se siguen trabajando esos temas. La terapia de modificación de conducta, que incluye el entrenamiento para la relajación, resulta eficaz con algunos pacientes.

Es esencial conseguir una relación basada en la confianza. Una vez que el médico ha descartado una enfermedad física, tranquilizar al paciente haciéndole saber que sus síntomas no indican ningún problema subyacente grave suele ayudarle a sentirse mejor y contribuye a que los síntomas empiecen a ceder. La psicoterapia puede ser eficaz en aquellos casos en los que el comienzo de los síntomas estuvo precedido por una situación psicológicamente estresante.

En la hipnoterapia se detectan y exploran, con el paciente en estado de hipnosis, los aspectos psicológicos posiblemente vinculados con la etiología; luego, fuera ya del estado hipnótico, con el paciente completamente despierto, se siguen trabajando esos temas.

La terapia de modificación de conducta, que incluye el entrenamiento para la relajación, resulta eficaz con algunos pacientes.

Diferentes trastornos por conversión

- Trastorno por dolor (dolor psicógeno): Trastorno en que el dolor, localizado en una o más zonas del organismo, se debe exclusiva o predominantemente a factores psicológicos, constituye el principal foco de atención del paciente y produce un malestar significativo y deterioro de las actividades del sujeto. El trastorno por dolor es relativamente frecuente. Se ignora la incidencia exacta, pero de acuerdo a estudios realizados en relación a este, sólo el

dolor psicógeno de la espalda es una de las causas más comunes que provocan algún tipo de incapacidad laboral en los adultos.

El dolor asociado a factores psicológicos es común en muchos procesos psiquiátricos, especialmente los trastornos del humor y de ansiedad, pero en el trastorno por dolor éste es el síntoma fundamental. Puede verse afectada cualquier parte del cuerpo, pero las ubicaciones más frecuentes son cuello, cabeza, abdomen y tórax. El dolor puede ser agudo o crónico (más de 6 meses).

- **Trastorno dismórfico corporal:** Preocupación por padecer algún defecto en el aspecto físico que causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. El defecto es imaginario o, si existe, la preocupación del paciente es claramente excesiva. Este trastorno aparece a raíz de una situación imaginaria, que sólo la persona percibe. Suele iniciarse en la adolescencia; parece ocurrir con igual frecuencia en hombres y mujeres. Los síntomas, de intensidad variable, pueden surgir abruptamente o de forma gradual. El trastorno suele cursar con pocos intervalos libres de síntomas.

Las preocupaciones suelen hacer referencia a la cara o la cabeza, aunque pueden extenderse a cualquier parte del cuerpo, incluso varias a la vez, y pueden ir cambiando de una parte a otra. Esta conducta da lugar a aislamiento social. El malestar y la discapacidad asociada a este trastorno pueden ocasionar reiteradas hospitalizaciones y abocar a una conducta suicida.

2.3.1.7 Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño involucran cualquier tipo de dificultad relacionada con el hecho de dormir, incluyendo dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño. Se han identificado más de cien trastornos diferentes de sueño y de vigilia que se pueden agrupar en cuatro categorías principales:

- Problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido (insomnio)

- Problemas para permanecer despierto (hipersomnias y narcolepsia)
- Problemas para mantener un horario regular de sueño (problema con el ritmo del sueño)
- Comportamientos inusuales durante el sueño (conductas que interrumpen el sueño)

Tanto el insomnio como la hipersomnias y la narcolepsia conforman los trastornos más frecuentes; en tal sentido, a continuación se describen las particularidades de ambos cuadros:

► Insomnio

Dificultad para conciliar o mantener el sueño o alteración del patrón normal del sueño que conduce a la sensación de que éste es insuficiente. Con la edad, el tiempo total de sueño tiende a disminuir. El estadio 4 (sueño profundo) puede desaparecer y el sueño se interrumpe con frecuencia.

Estos cambios, aunque son normales, pueden ser agotadores y conducir a la petición de tratamiento, aunque no existe evidencia de que interfieran con el estado de salud. Puede ser primario (con relación a fenómenos somáticos o psíquicos), o secundario a problemas emocionales, dolor, trastornos físicos y uso o deprivación de fármacos.

Causas

Las causas más comunes por las que el individuo padece de insomnio, pueden ser:

- Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias tóxicas (drogas)
- Abuso en el uso de sedantes
- Trabajo nocturno (cansancio)
- Depresión
- Trastornos de ansiedad y
- Angustia
- Problemas (financieros, familiares, de trabajo, etc.)
- Edad avanzada
- Problemas a nivel neurológico o cerebral

Síntomas

Alteraciones en el sueño (falta total o parcial del mismo, intranquilidad, sueño insuficiente, etc.)

Tratamiento

Se debe determinar la causa médica que provoca el insomnio. Posterior a ello, pueden suministrarse fármacos que induzcan al sueño, como:

- Tranquilizantes menores
- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Hipnóticos

Debe tomarse en cuenta que este tipo de tratamiento debe ser suministrado únicamente por un médico. La ayuda psicológica consistirá entonces, en terapias de relajación, de liberación del estrés, reeducativas en cuanto a hábitos se refiere, etc.

➤ Hipersomnia y narcolepsia

Aumento patológico de las horas absolutas de sueño en más de un 25%. En la narcolepsia se ve afectada la actividad motora.

Causas

- Depresión
- Uso excesivo de fármacos tranquilizantes o estimulantes de la actividad cerebral
- Consumo de drogas ilegales
- Alcoholismo
- Trastorno de ansiedad

Síntomas

Los síntomas comienzan generalmente en la adolescencia o el comienzo de la vida adulta, sin antecedentes de enfermedad previa, y persisten durante toda la vida. El sueño aparece en cualquier momento. Los episodios de sueño a lo largo del día varían en número y cada uno puede durar desde minutos a varias horas. El paciente sólo puede resistir el deseo de dormir temporalmente.

El sueño tiende a aparecer en situaciones de monotonía. El paciente puede sentirse fresco al despertar pero dormirse de nuevo en pocos minutos. El comienzo de la fase REM es casi instantáneo. El sueño nocturno puede no ser satisfactorio y estar interrumpido por ensoñaciones vívidas de terror.

Tratamiento

Se deberá determinar la causa médica que ocasiona el trastorno, así como los antecedentes familiares. Posteriormente, se tratará con fármacos específicos para el mismo. En el área psicológica, se puede dar apoyo a través de técnicas de estimulación motora (ejercicios, danza, incremento de la actividad física).

2.3.1.8 Trastornos y alteraciones del pensamiento

Dentro de las alteraciones psicológicas que afectan a la persona en la integridad de sus componentes fisiológicos, se encuentran los trastornos que afectan directamente el pensamiento en todos sus bloques: ideas, conceptos, imágenes, etc. Este tipo de perturbaciones alteran drásticamente la vida del individuo y en consecuencia, su conducta.

En el pensamiento se ven afectados los diferentes elementos que lo integran, tal es el caso del contenido, el curso y el ritmo en el mismo. Cada uno de ellos conforma un grupo diferente de alteraciones que cambian el curso en el pensamiento del sujeto.

◆ El pensamiento

Para conocer más a fondo los trastornos del pensamiento, se hace necesario conceptualizar tal elemento. Morris y Maisto nos dicen que “*se refiere a los procesos mediante los cuales adquirimos y usamos la información*” (Psicología, 2005:259). Dentro de los procesos cognitivos se encuentran la percepción, el aprendizaje y la memoria. Cuando una persona piensa está utilizando todos estos procesos por separado, o bien en conjunto, y lograr tener un pensamiento concreto, el cual puede serle útil para resolver problemas y tomar decisiones.

Es necesario hacer notar que el pensamiento y el lenguaje están íntimamente entrelazados, dado que este es un sistema flexible de comunicación que permite comunicar las ideas, pensamientos y sentimientos. El lenguaje usa sonidos, reglas, gestos o símbolos para transmitir aquello que se desee. El lenguaje humano es semántico, es decir, con significado. De ahí la estrecha relación con el pensamiento.

El pensamiento está constituido por tres bloques que lo construyen: el lenguaje, las imágenes y los conceptos (Morris y Maisto, 2005:290). Las imágenes son representaciones mentales no verbales. Un concepto es una categoría mental para clasificar a personas, cosas o eventos. Es clara entonces, la relación estrecha entre estos elementos que conforman el pensamiento, dado que uno da paso al otro, y todos permiten que se dé el resultado final: un pensamiento.

◆ Trastornos del pensamiento

Generalmente los trastornos del pensamiento afectan estrechamente el lenguaje, por la intrínseca relación que existe entre ambos elementos, como lo antes descrito. Así mismo, el juicio se ve afectado ante un trastorno o perturbación del pensamiento. La idea directriz marca el rumbo del pensamiento y lo organiza coherentemente. Es previa o va apareciendo a medida que se van hilando los juicios en razonamientos.

En el pensamiento podemos distinguir varios aspectos:

◆ El contenido, que es conformado por las ideas

- El curso, que es la intención
- El ritmo, que es la aceleración con que se piensa

◆ Alteraciones en el contenido del pensamiento

Es en este aspecto en donde más comunmente se presentan alteraciones, por lo cual es importante conocer las diferentes formas de alteración que el pensamiento presenta dentro de su curso.

- ◆ Ideas patológicas: Pueden ser fijas o sobrevaloradas, obsesivas, y delirantes
- ◆ Ideas fijas o sobrevaloradas: Es una constante preocupación en el pensamiento. Se concentra el contenido del pensamiento sobre una idea particular, asociado con un intenso tono afectivo.
- ◆ Ideas obsesivas: Es la persistencia patológica de un pensamiento, sentimiento o impulso irresistible que no puede eliminarse de la conciencia por un esfuerzo lógico.
- ◆ Ideas delirantes: La idea delirante es una idea generalmente falsa, que choca con la realidad, que esta dotada de convicción, que es necesariamente irreductible y que cuenta con un potencial afectivo que orienta la conducta de quien lo padece. El delirio implica un juicio desviado por la afectividad.

Para que haya delirio en la idea se deben presentar ciertos criterios. Entre ellos:

- Falsedad
- Convicción
- Irreductibilidad
- Afectividad

Dentro de las ideas delirantes se pueden distinguir varios tipos:

- Delirio de Grandeza.
- Delirio de persecución
- Delirio de referencia
- Delirio de autoacusación

- Delirio de Control
 - Delirio de infidelidad
 - Delirios paranoides
- Dentro del contenido del pensamiento, se pueden distinguir otro tipo de alteraciones que cursan ya dentro de las psicopatologías:

- Hipocondría: Es la presencia de una exagerada preocupación por la propia salud, que no se basa en una patología orgánica.
- Fobia: Temor exagerado e invariablemente patológico, dirigido a un tipo específico de estímulo o situación.

◆ Alteraciones en el curso del pensamiento

La alteración en el curso del pensamiento es un criterio típico en los cuadros de esquizofrenia. Implica una falla en la idea directriz, que es la que generalmente marca el rumbo, la finalidad del pensamiento. Aquí se distinguen las siguientes formas de alteración del pensamiento:

- Interceptaciones del pensamiento: Es una interrupción brusca del curso del pensamiento sin que exista continuidad al retomar el discurso. Este rasgo es el verdaderamente típico dentro de un diagnóstico de esquizofrenia.
- Interceptaciones motoras: Consiste en la interrupción en la acción del pensamiento; este permanece de cierta forma, estático.
- Disgregación del pensamiento: Es un criterio primario en la esquizofrenia. En este tipo de alteración, el sujeto no puede mantener la progresión del pensamiento y su lógica. Tiene grados diferentes niveles en la gravedad del cuadro, donde el punto álgido es la perturbación asociativa (las palabras brotan dispersas, sin formar juicios, y constituye la última y más grave etapa de la esquizofrenia).
- Jergafasia: Conocida también como ensalada de palabras. En esta alteración las palabras se enuncian sin un orden lógico, presentando una total desorganización en las ideas.

◆ Alteraciones del pensamiento asociadas al lenguaje

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, el pensamiento y el lenguaje están íntimamente ligados. En consecuencia, es muy frecuente que se den alteraciones del pensamiento que estén relacionadas con el lenguaje. Dentro de este tipo de alteraciones se pueden mencionar:

- Neologismos: Son palabras inventadas por el paciente por razones psicológicas, dándoles el mismo significado, o como en el caso de la esquizofrenia, no tienen un significado preciso.
- Para-respuestas (respuesta desatinada): El individuo dice haber comprendido la pregunta, pero su respuesta no concuerda con ella.
- Perseveración: Repetición de una palabra o frase, en respuesta a preguntas diferentes.

◆ Alteraciones en el ritmo del pensamiento

El ritmo del pensamiento es otro aspecto que se puede ver severamente afectado por alguna alteración en el mismo. Dentro de las alteraciones más comunes se pueden enumerar las siguientes:

- La taquipsiquia: Es la aceleración de todos los procesos psíquicos que conlleva el pensamiento. Las ideas se presentan de forma acelerada y excitada.

Dentro de las alteraciones por la velocidad de las asociaciones en el pensamiento, se distinguen las siguientes:

- Fuga de ideas: Verbalizaciones rápidas de modo que existe un salto de una idea a otra.
- Asociaciones por asonancia: Se asocian palabras parecidas en sonido, pero no en significado. Sugieren nuevos pensamientos.
- Bloqueo: Es la interrupción del curso del pensamiento, de origen inconsciente.
- Lenguaje torrencial: Se presenta el lenguaje voluble y que es difícil de interrumpir.
- Logorrea: Consiste en un lenguaje prolijo, lento, coherente y lógico, pero engorroso.

- La Bradipsiquia: Consiste en el retardo en el ritmo del pensamiento. El individuo presenta dificultad para pensar, y es típico de la melancolía, donde el humor es triste. Aparecen ideas de autoreproche, ruina y suicidio.

Dentro de este tipo de alteraciones por el retardo en el pensamiento, se pueden distinguir las siguientes:

- ◆ Prolijidad: Es la dificultad para diferenciar lo fundamental de lo accesorio.
 - ◆ Viscosidad: Consiste en que el pensamiento gire entrono a una misma idea sin tener una síntesis exacta de la misma.
 - ◆ Rigidez: Es la adhesión patológica a una idea.
-
- ◆ Alteraciones por afasias

Una afasia consiste en la pérdida o trastorno de la capacidad del habla debida a una lesión en las áreas del lenguaje de la corteza cerebral. El término afasia proviene de “a” (falta) y “*phasia*” (palabra), y significa falta de comunicación por el lenguaje.

La afasia es la dificultad o pérdida de la facultad de expresarse por la palabra, escritura u otros signos, o de entender el lenguaje hablado o escrito. Se pierde también, la comprensión del lenguaje de los otros y de la organización semántica de su propio discurso. No es suficiente la aptitud para trazar las letras y las palabras; es preciso que la escritura permita exteriorizar el pensamiento y la voluntad e indique pleno entendimiento de lo que se escribe. La afasia es un trastorno complejo de la actividad articularia que trasciende a toda la vida psíquica del individuo. Surge al producirse la destrucción de entidades morfológicas del cerebro y afecta a distintos niveles de la estructura del lenguaje. Es un trastorno en que se ha perdido el componente simbólico de la palabra.

También se define la afasia de forma simple como una alteración adquirida del lenguaje debida a una lesión cerebral focal. Este concepto, al ser muy simple, no cubre todo el criterio clínico necesario, por lo que se debe hablar de "afasias", ya que éstas se manifiestan a través de distintos

tipos de alteraciones del lenguaje oral (con variantes de expresión y comprensión), de la lectura y de la escritura.

En este tipo de perturbación del lenguaje se caracteriza la pérdida de la memoria de los signos por medio de los cuales el hombre civilizado cambia ideas con sus semejantes. El afásico es el individuo que, sin presentar algún cuadro de demencia, parálisis, ceguera, o sordomudez, es incapaz de expresarse por medio de la palabra o de la escritura, o bien de comprender la palabra y la escritura.

Las afasias son producidas, generalmente, por accidentes cerebrovasculares (ACV), que en la actualidad constituyen el 75% de los casos, y que por embolias o trombosis dan origen a lesiones circunscriptas (tumores cerebrales, traumatismos craneales, aneurismas, etc.), que pueden clasificarse en dos categorías: fracturas abiertas y contusiones cerebrales más o menos difusas; causas degenerativas demenciales (Alzheimer, Pick, etcétera), e infecciones como la meningoencefalitis. Dentro de las diferentes formas de las afasias, podemos mencionar las siguientes:

- Afasia Motora: Trastorno del lenguaje debido a una enfermedad orgánica cerebral, en el que se conserva la comprensión pero se pierde la capacidad para hablar.
- Afasia Sensorial: Pérdida de la capacidad para comprender el significado de las palabras o el uso de los objetos.
- Afasia nominal: Dificultad de encontrar el nombre correcto de un objeto.
- Afasia sintáctica: Incapacidad de coordinar palabras en una secuencia adecuada.

◆ Alteraciones en la forma del pensamiento

Son comunmente, criterios primarios de la esquizofrenia. Se distinguen básicamente, dos tipos:

- Desrealismo: Es la actividad Mental que no concuerda con la lógica o la experiencia.
- Pensamiento Autista: Aquí se da el tipo de pensamiento que gratifica deseos insatisfechos, pero que no tiene en cuenta la realidad.

Los trastornos del pensamiento son afecciones que alteran drásticamente la vida del individuo, de forma integral, pues el pensar se ve involucrado en la total actividad del mismo. Es muy importante que se sepa identificar el elemento del pensamiento que está siendo afectado, para poder asistir tanto médica, como psicológicamente, al paciente afectado. Así mismo, es fundamental distinguir si la afección del pensamiento se debe a algún cuadro patológico mayor, para determinar el plan terapéutico y médico que se haga necesario para tratar dicha alteración y lograr una intervención acertada. Los cuadros de alteración del pensamiento a nivel mental son difíciles de intervenir, aunque se puede llegar a tener un aceptable nivel mejoría en el paciente.

2.4 Métodos de psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico es el método en el cual se apoya el psicólogo para determinar el problema psicológico que afecta o perturba a una persona. Consiste en pruebas de medición del aspecto psicológico del individuo, permitiendo al profesional determinar el por qué de la conducta diferente que ha adoptado esa persona y que, en consecuencia, ha llegado a cambiar su forma de vida.

El Psicodiagnóstico, sumado a la escucha activa, el tiempo de juego (en el caso de los niños) y el juicio clínico objetivo del profesional, llegan a conformar el diagnóstico en el cual se apoyará para el tratamiento adecuado. El psicodiagnóstico puede ser aplicado a niños, adolescentes y adultos.

La forma de aplicación y el método utilizado, será en relación a la edad y situación por la cual un paciente acude al psicólogo. Adicionalmente a lo anterior, se deberá tomar siempre en cuenta la situación puntual por la que está atravesando la persona que será evaluada.

2.4.1 Finalidad del psicodiagnóstico

El Psicodiagnóstico es el apoyo del psicólogo para emitir su juicio clínico final, ante el problema de un paciente. La formulación de un psicodiagnóstico conduce al profesional a la descripción y comprensión del padecimiento que presenta un paciente. Además, brinda la información para

establecer la necesidad y conveniencia de aplicar un tratamiento, el nivel y el tipo de aplicación. Así mismo, induce a determinar las técnicas más aplicables para utilizar.

De igual manera, el psicodiagnóstico permite establecer el desarrollo posterior de la condición del individuo al que se le aplica.

2.4.2 Instrumentos utilizados en psicodiagnóstico

Para desarrollar el psicodiagnóstico existen diferentes instrumentos aplicables al paciente. Entre ellos se pueden mencionar las pruebas psicológicas, los manuales de clasificación de trastornos psicológicos, y la entrevista.

Estos instrumentos constituyen una medida objetiva de una muestra de la conducta observada. Las observaciones se realizan sobre una muestra pequeña, pero cuidadosamente escogida, de la conducta del paciente. La labor del psicólogo es la de investigar, observar y registrar datos mediante las pruebas psicológicas en las que se apoya para dar su juicio clínico final.

2.4.2.1 Las pruebas psicológicas

Las pruebas psicológicas constituyen el instrumento de medición con que cuenta la psicología para obtener datos válidos y confiables, respecto de ciertos aspectos que son necesarios conocer más a fondo para su evaluación, comprensión, diagnóstico y tratamiento.

Sin embargo, este tipo de pruebas no son utilizadas únicamente con fines clínicos, sino también como un medio de apoyo en la selección del personal idóneo en el ámbito laboral. De igual manera, en el campo educativo aportan una gran ayuda para la adecuación de procedimientos pedagógicos aplicables a los educandos tomando en cuenta sus diferencias individuales.

Éstas últimas (las diferencias individuales) constituyen una base fundamental para la aplicación de las pruebas psicológicas, pues son los aspectos que se hace necesario conocer para potencializar el desempeño de las personas, independientemente del campo en el que se apliquen, para obtener mejores resultados.

Este tipo de herramientas pueden ser aplicadas de forma correcta o incorrecta; depende de varios factores que es imprescindible tomar en cuenta para trabajar con las pruebas psicológicas. Se requiere de conocimientos básicos sobre los instrumentos de medición, de quiénes los aplican, del motivo para su aplicación y de la interpretación y manejo ético de los resultados obtenidos.

A través de las pruebas psicológicas que conforman el psicodiagnóstico, se precisan los conflictos emocionales y se establece una línea de ayuda que favorezca el fortalecimiento y la pronta solución de los problemas que se detectan como los causantes del desequilibrio interno o externo del paciente.

Las pruebas psicológicas son test mentales que permiten conocer la condición emocional y psicológica de un paciente. Estas pueden ser:

- a) Pruebas proyectivas: Proyectan elementos propios de su historia y de su situación emocional actual.
- b) Pruebas psicométricas: Miden la capacidad intelectual, habilidades y destrezas de una persona. Permiten conocer el coeficiente mental (CI) del individuo.

❖ Confiabilidad

Consiste en determinar su confiabilidad y validez en situaciones específicas en las que se aplica la prueba psicológica. La opinión subjetiva, corazonadas o sesgos personales del examinador, pueden conducir a resultados inválidos y no confiables.

Para comprobar la confiabilidad se comparan puntuaciones obtenidas por las mismas personas en diversos momentos, con diferentes reactivos, examinadores y calificadores. Así mismo, hay que informar del número y la clase de personas con las que se hizo la verificación.

Por medio de las pruebas es posible evaluar, con un margen de error determinable, el nivel actual de la persona en las habilidades requeridas, sus conocimientos, así como otras características pertinentes. Entre mayor sea la validez y la confiabilidad de la prueba, menos será el margen de error.

❖ Validez

La validez proporciona una comprobación directa de qué tan bien cumple una prueba su función. Se requiere de ciertos criterios independientes y externos de lo que la prueba intenta medir. Se debe tomar muy en cuenta el ámbito para el cual se desea desarrollar la prueba, el contexto, el nivel educativo, cultural, social, etc., de la persona o muestra seleccionada.

El coeficiente de validez nos permite determinar qué tan bien se predice el desempeño que se toma como criterio a partir de las puntuaciones de la prueba. Previo a usar la prueba de forma profesional, es necesario establecer su validez con una muestra representativa de personas cuyas calificaciones no se emplean con propósitos operativos, sino sólo en el proceso de comprobación del instrumento.

❖ Clasificación de los test psicológicos

Existen numerosas posibilidades de clasificar los test en función de diversos criterios que al respecto se pueden adoptar. Vale la pena resaltar que “criterio es el patrón que permite juzgar las pruebas”. Es una característica o cualidad mediante la cual se agrupan varias pruebas, formando una categoría.

La clasificación de las pruebas psicológicas se realiza en base a los siguientes criterios:

- Según el método de administración: En base a la forma en que se administra un test, se puede hacer la siguiente clasificación:

- ✓ **Individuales:** Es el que exige la presencia de una persona (examinando) para administrar el test. Se establece un contacto directo con el sujeto examinado, logrando su máxima cooperación. El examinador puede hacer observaciones más finas y precisas sobre la forma de responder del sujeto, la actitud y reacciones emocionales de éste, etc.
- ✓ **Autoadministrativos:** Se los administra el propio examinando, bajo la observación de un profesional. Tienen instrucciones breves y sencillas, que pueden ser dadas verbalmente por el examinador, o bien estar impresas en la prueba.

Este tipo de test permite su aplicación en forma colectiva. Se utilizan en selección de personal. Ahorran costos y tiempo.

- Según el modo de expresión

- ✓ **Test verbales:** Son aquellos en que el sujeto expresa verbalmente sus respuestas. El material del test no es de tipo perceptivo-visual, o manipulativo.
- ✓ **Test impresos:** Se denominan “test de papel-lápiz”. El sujeto responde por escrito a los ítems que el cuestionario plantea; éstos pueden ser de naturaleza muy diversa.
- ✓ **Test gráficos:** Son aquellos en que el sujeto tiene que realizar algún trazado, grafismo o dibujo.
- ✓ **Test manipulativos:** Se denominan de “*performance*”. Requieren la manipulación de algún material.

- Según el sector que explore: Con respecto a este criterio, los test pueden clasificarse así:

1. **Test de Eficiencia:** Estudian los aspectos intelectivos y cognoscitivos de la personalidad.

Según el aspecto que abordan, se pueden subdividir en:

- a) **Test de inteligencia y de aptitudes:** Miden aspectos del funcionamiento del intelecto en su mayor parte independiente, de sus adquisiciones culturales.

- b) **Test de conocimiento y aprovechamiento:** Miden las adquisiciones culturales del sujeto, en determinadas áreas o materias.

2. Test de personalidad: Son los que miden las características de la personalidad o comportamientos habituales del sujeto propiamente dichas, como por ejemplo, la estabilidad emocional, la sociabilidad, los intereses, las actitudes, etc.

Existe una diferencia esencial entre los test de eficiencia y los de personalidad. En los primeros existe un criterio para evaluar, como buena o mala respuesta. En los segundos las respuestas no son ni buenas, ni malas; se pone de manifiesto el criterio de introversión o extroversión, adquiriendo un verdadero significado, mismo que deberá ser adecuadamente interpretado por un profesional de la Psicología. La respuesta deberá interpretarse de acuerdo a los fines para los que se aplique el test.

Cabe hacer mención que existen otros métodos como la observación directa de la conducta, el psicoanálisis, el estudio biográfico, la entrevista e incluso muchas técnicas proyectivas que, aunque tengan menor rigor científico que los test, pueden aportar datos valiosísimos y a menudo imprescindibles en el estudio de la personalidad.

De igual forma, aporta información acertada en cuanto a detección de posibles patologías y conflictos, lo cual conducirá a la elaboración acertada y adecuada de un psicodiagnóstico.

● Según el tipo de muestra de aplicación

Las pruebas psicológicas también se pueden clasificar según la población a que se aplique, la muestra escogida o la cultura a la que van dirigidas. En tal sentido, se pueden clasificar en:

1. Específicas:

Susceptibles de ser aplicadas a una muestra de población determinada (masculina, clase media, adultos, área rural, etc.). Se dirige a poblaciones específicas.

2. Transculturales o libres de influencia cultural:

En las pruebas de esta índole, el material es aplicable a cualquier grupo humano.

Según el contenido del test

Este aspecto se refiere básicamente, a la clase de ítems que forman la prueba. En este sentido se pueden clasificar:

- a) Homogéneas: Si los ítems son iguales en cuanto a su forma.
- b) Heterogéneas: Si los ítems son diferentes.

● Según el tiempo de aplicación

Las pruebas pueden ser aplicadas en un tiempo establecido, o bien libre. Dentro de este contexto se pueden clasificar en:

- a) Pruebas de velocidad: Si especifican un tiempo límite.
- b) Pruebas de poder o potencia: Si no especifican o incluyen un tiempo límite. Terminan cuando el examinando lo crea conveniente.

➤ Fines para la aplicación de los test

Los test se aplican con diversas finalidades; entre ellas se pueden mencionar:

- a) Con la finalidad de formular pronósticos o diagnósticos
- b) Como herramientas de investigación
- c) Para verificar hipótesis acerca de la relación existente entre ciertos tipos de conducta

2.4.2.2 Manuales utilizados en psicodiagnóstico

a) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)

El DSM-IV-TR (*Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, IV Edition, Text Revision*, de acuerdo a sus siglas en inglés), es el manual utilizado por los profesionales de la salud mental, y se utiliza con la finalidad de facilitar y estandarizar el diagnóstico de los desórdenes

mentales. Es un texto descriptivo y teórico (dirigido específicamente al conocimiento), no causal.

El DSM-IV-TR es apoyado por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos; 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.

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 adscribe a una teoría o corriente específica dentro de 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.

❖ Historia

El DSM, en su primera versión (DSM-I), al igual que el CIE, surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo respecto a qué contenidos debería incluir y, también, respecto al método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Algunos eventos importantes para la creación del DSM fueron los siguientes:

- La necesidad de recolectar datos de tipo estadístico en relación con los trastornos mentales, para el censo de 1840 en los Estados Unidos.
- El trabajo conjunto de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) y la Academia de Medicina de Nueva York para la elaboración de una nomenclatura o listado aceptable para todo el país (para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas).
- El ejército de los Estados Unidos, por su parte, confeccionó a la par del DSM, una nomenclatura más amplia, que permitiera incluir enfermos de la segunda guerra mundial.
- Por primera vez en el CIE-6 se incluyó un apartado sobre trastornos mentales.

Fue en 1952 cuando surge la primera edición, el DSM-I, el cual era una variante del CIE-6. Sin embargo, surgieron ciertos desacuerdos que fueron generando nuevas versiones de cada uno. Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV-TR, y el CIE utiliza la versión CIE-10.

La creación del DSM-IV estuvo a cargo de trece grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por cinco o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de una amplia gama de perspectivas y experiencias en el campo de los trastornos mentales y médicos). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros respecto de los avances obtenidos, así como de las conclusiones a las que se llegaban.

Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer que se generara la mayor compatibilidad posible entre ambos documentos. De esta manera, todos los profesionistas que utilizaran ambos manuales estarían bajo un mismo lineamiento para la diagnosis.

❖ Evaluación Multiaxial: Ejes que trabaja el DSM-IV-TR

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de la Evaluación Multiaxial, la cual implica una evaluación en varios ejes. Cada uno de ellos corresponde a un área distinta de información de la persona, que ayuda al profesional en la obtención de un diagnóstico adecuado, así como en la elaboración del plan terapéutico y predicción de resultados.

Los cinco ejes sobre los cuales se apoya el DSM-IV-TR, son los siguientes:

✓ **Eje I:** Trastornos Clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:

Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno (trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias,

esquizofrenia, fobias específicas, etc.). Se exceptúan los trastornos de la personalidad y el retraso mental, los cuales conforman el siguiente eje.

✓ **Eje II:** Trastornos de la Personalidad y Retraso Mental:

Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base, (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, etc.). También se utiliza para hacer constar los mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad.

Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, lo cual es relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase “diagnóstico principal” o “motivo de consulta”, tras el diagnóstico del Eje II.

✓ **Eje III:** Enfermedades Médicas:

Este Eje incluye enfermedades médicas actuales, que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. El DSM-IV-TR distingue enfermedades médicas con la finalidad de llevar al profesional a un estudio minucioso de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionistas de la salud mental.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse estrechamente con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos, es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este sentido son fisiológicos. Para establecer con mayor certeza este eje, es necesario llevar a cabo un estudio multidisciplinario (apoyo con otros profesionales indicados).

✓ **Eje IV:** Problemas Psicosociales y Ambientales:

Se describen problemas o situaciones de índole psicosocial que puedan influir en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.), o bien que tengan relevancia especial en su vida. Un problema psicosocial o ambiental puede actuar en determinadas ocasiones, como el factor desencadenante de un trastorno mental en la persona, o bien en una psicopatología. Por esta razón, deben tomarse en cuenta en el momento de la evaluación que lleve al diagnóstico final, así como para el plan terapéutico que se ponga en marcha con el paciente. Entre las situaciones que deben tomarse en cuenta en este apartado, se mencionan las siguientes:

- ✓ Problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia)
- ✓ Problemas relativos al ambiente social
- ✓ Problemas relativos a la enseñanza
- ✓ Problemas laborales
- ✓ Problemas de vivienda
- ✓ Problemas económicos
- ✓ Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- ✓ Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
- ✓ Otros problemas psicosociales o ambientales (desastres naturales, guerras, cuidadores no familiares, etc.)

➔ **Eje V:** Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG):

Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), en base al criterio clínico del profesional que evalúa. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución del caso. Para desarrollar este eje, existe la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la cual está dividida en diez niveles de actividad. La valoración mediante la escala EEAG implica la selección de un único valor que refleje del mejor modo posible, el nivel global de la actividad del individuo. Cada nivel (de diez puntos cada uno) presenta dos componentes:

- El primero se refiere a la gravedad de los síntomas
- El segundo a la actividad del individuo

La puntuación en esta escala se mide de diez en diez, en forma descendente, de acuerdo al nivel de gravedad de los síntomas. La evaluación debe referirse al período actual (es decir, el nivel de actividad en el momento de la evaluación), ya que es así como se refleja generalmente, la necesidad de determinado tratamiento o intervención. A continuación, se detalla la Escala de Evaluación de la Actividad Global:

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL -EEAG-

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades
90 81	Síntomas ausentes o mínimos
80 71	Sí existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales
70 61	Algunos síntomas leves, o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar
60 51	Síntomas moderados, o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar
50 41	Síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad, o de la comunicación, o alteración importante en varias áreas de la vida
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones, o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo, alteración de la comunicación
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo, actividad suicida grave, expectativa manifiesta de muerte

El uso de la evaluación multiaxial facilita un panorama completo, objetivo y sistemático de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales, así como del nivel de actividad de la persona evaluada. Dichos aspectos podrían pasar desapercibidos sin el apoyo de la evaluación multiaxial del DSM-IV-TR.

❖ Uso y manejo del manual

El DSM-IV-TR establece un código específico para cada patología descrita. Aparecen dos códigos para cada cuadro. Esto se debe a que en Europa se utiliza el sistema de codificación de la CIE-10, dado que es el manual que más se utiliza en dicha área, mientras que en Estados Unidos y América Latina se usa el DSM-IV-TR. En consecuencia, se utiliza la codificación de dicho manual.

En tal sentido, se puede observar que los cuadros patológicos descritos en el DSM-IV-TR constan de dos códigos, los cuales se detallan a continuación:

■ Código al lado izquierdo: Corresponde a la codificación específica del DSM-IV-TR.
Ejemplo: **F98.3 Pica**

■ Código al lado derecho, entre corchetes: Corresponde a la codificación específica del CIE-10.
Ejemplo: **Pica [307.52]**

■ El cuadro patológico aparece en el DSM-IV-TR, así: **F98.3 Pica [307.52]**

Es importante saber que en el índice o clasificación de los trastornos que aparece en el DSM-IV-TR, se menciona el nombre de cada cuadro patológico, con el código específico a la izquierda, y a la derecha, entre paréntesis, el número de página en el que se encuentra la descripción de la patología.

Así mismo, existen ciertos cuadros patológicos que contienen un paréntesis en el que habrá de consignarse la enfermedad médica o trastorno mental específico.

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

Cabe mencionar que el uso del DSM-IV-TR es exclusivo para profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.), dado que se requiere del criterio clínico y la ética profesional como base para la elaboración del diagnóstico adecuado para cada caso.

❖ Patologías que abarca el DSM-IV-TR

El DSM-IV-TR describe los trastornos de acuerdo a la siguiente clasificación, estableciendo en cada apartado los trastornos que corresponden a dicho grupo:

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
2. *Delirium*, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
4. Trastornos relacionados con sustancias
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
6. Trastornos del estado de ánimo
7. Trastornos de ansiedad
8. Trastornos somatomorfos
9. Trastornos facticios
10. Trastornos disociativos
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual
12. Trastornos de la conducta alimentaria
13. Trastornos del sueño
14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
15. Trastornos adaptativos

16. Trastornos de la personalidad
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
18. Códigos adicionales

b) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10)

El CIE-10 es la décima versión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (en inglés ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) 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 tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

➤ Historia

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 CIE es la clasificación central de la *WHO Family of International Classifications (WHO-FIC)* (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

La 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. Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá publicó su

versión en el 2000, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

➤ Clasificación de enfermedades según el CIE-10

Con el fin de poder unificar criterios, se ha llegado a una Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, ICD en inglés), promovido por la OMS, hoy el CIE-10. Del mismo modo, la APA (American Psychiatric Association) ha promovido el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, hoy DSM-IV. La clasificación de la CIE-10 es la siguiente:

- F00-19 Demencia y otros trastornos mentales en la enfermedad de Alzheimer.
- F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F30-39 Trastornos del humor (afectivos)
- F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F70-79 Retraso mental.
- F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.
- F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- F99 Trastorno mental sin especificación.

c) 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. 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.

La GLADP no es 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 Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico es un intento de optimizar el uso y la utilización del Capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; World Health Organization [WHO], 1992a), por tanto comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y formulación diagnóstica, particularmente pertinente para Latinoamérica y que incluya ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas.

Representa los esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los nosólogos latinoamericanos y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

◆ ¿Por qué una Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico?

Con la publicación de la 10ª revisión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992a) y la 4ª edición de la adaptación norteamericana (APA, 1994) expertos de países altamente desarrollados y con importantes recursos humanos y materiales han producido clasificaciones diagnósticas oficiales propuestas como universales en la especialidad. Sin embargo, estos sistemas, pese a los enormes esfuerzos de sus creadores, parecieran no ser suficientes para reflejar las maneras idiosincrásicas de experimentar una enfermedad y las necesidades clínicas particulares de la población latinoamericana. Debe reconocerse que, aunque la investigación empírica en esta región está emergiendo recientemente, la experiencia diaria de sus clínicos es un recurso que no puede ser ignorado.

Las necesidades de América Latina en materia de nosología psiquiátrica son particulares ya sólo por el hecho innegable de que la manera de enfermar de su población está influida fuertemente por su cultura. También, las circunstancias socioeconómicas de amplios sectores de esta población obligan a enfatizar aspectos de prevención y promoción de la salud, que requieren un enfoque particular a la manera de organizar los trastornos que aquejan a estos pacientes.

Finalmente, se hace necesario proponer una manera apropiada de evaluar a los pacientes y de describir sus condiciones clínicas, de modo que el diagnóstico sirva a sus verdaderos propósitos de informar efectivamente el tratamiento, orientar los programas de prevención y facilitar los esfuerzos de promover la salud mental.

◆ Qué es y qué no es la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

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. Esto debería 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.

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.

La GLADP no es 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.

◆ Formato de GLADP

Múltiples alternativas fueron discutidas para constituir el formato definitivo de la GLADP. Finalmente, el grupo de trabajo aceptó la estructura propuesta por el comité ejecutivo de la GLADP y que consiste en cuatro partes que incluyen:

A. Parte I: Marco histórico y cultural de la psiquiatría latinoamericana.

B. Parte II: Proceso y formulación diagnóstica integral.

C. Parte III: Nosología psiquiátrica:

- Clases mayores de la CIE-10.
- Síndromes culturales latinoamericanos.

D. Parte IV: Apéndices:

- Glosario lexicológico
- Conceptos y propuestas para estudios futuros
- Bibliografía
- Participantes

Puesto que la meta fundamental de la Guía es avanzar en el campo del diagnóstico en la región, se concedió especial importancia a la elaboración de su formulación diagnóstica, la cual tiene tres componentes:

a) Una parte estandarizada, conteniendo:

- Cuatro ejes
- Varios sub-ejes (donde sea necesario)

b) Una parte ideográfica: Planteada de una manera discursiva con lenguaje natural que incluye lo que es más idiosincrásico para el paciente en particular y que incluiría:

- Los problemas clínicos y su contextualización
- Factores positivos del paciente
- Expectativas sobre restauración y promoción de la salud

c) Un formato para la codificación y formulación práctica del diagnóstico.

La Nosología Psiquiátrica fue objeto de la mayor atención y luego de extensas discusiones de las diferentes alternativas, se acordó mantener la estructura y arquitectura de la CIE-10 e identificar claramente las anotaciones de los participantes latinoamericanos, como comentarios dirigidos a incrementar la aplicabilidad de los conceptos planteados por ese sistema en la realidad de América Latina y a corregir inconsistencias importantes del texto original. Todos estos comentarios están enmarcados claramente y encabezados por el título, “Anotación latinoamericana”. Tales anotaciones poseen las siguientes características:

1. Se incluye aquí todos los comentarios, perspectivas o consideraciones, pertinentes a las secciones, categorías y criterios diagnósticos correspondientes dentro de la CIE-10, que sean útiles para su adaptación en América Latina.
2. Estas anotaciones deben tener un fundamento científico en la región o en población latinoamericana.
3. La anotación latinoamericana se inserta al final de cada párrafo importante de la CIE-10, ya sea al final de la introducción a una sección, al final de la descripción de una categoría diagnóstica principal, o de cada categoría específica.
4. Cada párrafo de la anotación latinoamericana contiene lo más sustantivo y pertinente, de modo que se facilite el uso de la clasificación internacional en América Latina.
5. Los comentarios pueden ser conceptuales, taxonómicos y lexicológicos. Ej. Para la expresión “hacer novillos”, que aparece en la versión española de la CIE-10, se formula, en el glosario lexicológico, que aparece en los apéndices de la GLADP, los términos con que se conoce en diversos países de América Latina.

Este documento que deberá ahora servir de base para que los usuarios 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 el mundo entero.

2.4.2.3 La entrevista psiquiátrica

La entrevista psiquiátrica, es, principalmente, una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, mas o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio.

Carácter oral de la entrevista: La entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal, no solamente comunicación verbal. Es estando alerta de la importancia de estas cosas como señales o indicaciones de significado, que la entrevista psiquiátrica se torna práctica en una razonable sección del curso de la vida de uno. La mayor parte de las guías referentes a lo que la gente quiere decir en realidad llega por vía de los oídos.

Las variaciones tonales en la voz, son con frecuencia guías seguras en la situación comunicativa. En la entrevista psiquiátrica, una gran parte de la experiencia que se va conquistando lentamente, se manifiesta en una demostración de ligero interés en el punto en el cual se registra una diferencia tonal. La entrevista psiquiátrica es una cuestión de comunicación vocal y sería un error muy grave presumir que la comunicación es primordialmente verbal. Los complementos de sonido sugieren lo que se debe de decir de las proposiciones verbales expresadas.

El grupo de dos: El punto siguiente es que esta comunicación pertenece a un grupo de dos, y en esa sugerencia hay, ciertamente, una ligera medida de ironía, dos a tres veces en el transcurso de una hora, o más puede hallarse presente también en el campo verdaderas series de esas personas imaginarias.

Integración voluntaria de los participantes: Los psiquiatras están acostumbrados a tratar con personas que acusan de distintos grados de disposición, desde aquellas que muestran extremadamente reacias a entrevistarse con el psiquiatra, a los que se muestran seriamente interesados en obtener los beneficios que brinda la psiquiatría moderna. Esas personas desean que

les sea posible hablar sobre sus cosas francamente con alguien, pero llevan consigo determinaciones incluidas que les obstaculizan toda discusión libre.

Existen datos que sugieren un hecho: Cuando más complicado es el campo al cual se tiene que atender, más rápidamente se siente la fatiga; sin embargo, el hecho de que el psiquiatra se muestre indiferente a su trabajo resulta fatal. La actitud más sensata de un psiquiatra en una entrevista psiquiátrica es, probablemente, limitarse a alcanzar la muy seria comprensión de que se está ganando la vida y que, para eso, tiene que trabajar intensamente.

Las relaciones entre el profesional y el cliente: El experto en psiquiatría, debe poseer la capacidad, de comprender el campo de las relaciones interpersonales, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su sujeto o paciente, el psiquiatra está particularmente inhibido de buscar satisfacciones personales o prestigio, busca únicamente los datos que necesita para beneficiar al paciente, y espera que este le pague sus servicios.

De esta manera el psiquiatra tiene que estar siempre muy tanto de este aspecto especial del papel del experto, que concierne en particular y principalmente a la información, la información correcta, que le impide utilizar sus conocimientos expertos para proporcionarle una satisfacción personal, solo si se da cuenta de esto, puede el experto consolidar rápidamente y con razonable facilidad las relaciones entre él y el cliente.

Las normas características de vida del paciente: La entrevista psiquiátrica va dirigida al propósito de dilucidar normas características de vida. De esta manera, no existe lo que se llama enterarse de lo que sufre, una persona por su modo de vida. En otras palabras, si han de comprenderse correctamente los problemas del paciente, se tiene que comprender con sus principales características referentes a su trato con los demás.

En la entrevista psiquiátrica, es una excelente idea saber todo lo que se pueda sobre el paciente, resulta fácil la terapéutica si el paciente se ha dado cuenta de que usted está interesado en comprender algo en lo que él cree que le sucede, y también qué clase de persona considera sus amigos que es él. Así el propósito de la entrevista psiquiátrica es dilucidar las normas características de vida, algunas de las cuales crean dificultades para el paciente, muchas personas

que consultan al psiquiatra se consideran como víctimas de una enfermedad o defecto hereditario, no piensan en sus dificultades, como importantes, pero no especialmente distinguidas partes de su conducta general de vivir, en un mundo civilizado, con otras personas.

La entrevista psiquiátrica está destinada principalmente a descubrir las dificultades oscuras de vivir, que el paciente no entiende claramente: en otras palabras todo aquello que por razones culturales, ve nebuloso que le confunde crónicamente, o confunde a los demás, tales dificultades se destacan más claramente y con mayor significado, cuando el psiquiatra se da cuenta de qué clase de persona es él, qué hace esa persona y por qué.

La esperanza de beneficio del paciente: El paciente tiene por lo menos alguna esperanza de mejoramiento o de obtener algún beneficio personal como consecuencia de la entrevista. Por el contrario, se trata de un interrogatorio unilateral. Las preguntas son formuladas y las respuestas recibidas por una persona que no muestra la menor atención a la ansiedad o la sensación de inseguridad del informante, y que no ofrece pista alguna para el significado de la información obtenida.

En una entrevista bastante corta se pueden alcanzar ciertos objetivos limitados. El entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo de la entrevista, que sus esperanzas de mejorarse, de obtener un empleo mejor, o de alcanzar lo que le haya impulsado a buscar y obtener la entrevista, sean alentadas.

El *quid pro quo* que lleva a la mejor entrevista psiquiátrica, es que la persona entrevistada se da cuenta desde casi el mismo comienzo de la entrevista, que va aprender algo que le resultará útil, sobre la manera en que vive. Que la persona se retire de la entrevista psiquiátrica con una cierta medida de claridad sobre sí misma y su modo de vivir con sus semejantes es el objeto esencial de dicha entrevista.

Las cosas que tienen qué ver con la pasada experiencia del psiquiatra con las prescripciones de la cultura y demás que eran comunes en su hogar; las actividades que le son asignadas como personas interesadas en su realización, y a las actividades que uno responde como si fuese la persona principal, directa o simplemente interesada en ellas, constituye los datos de la psiquiatría.

El psiquiatra no debe olvidar jamás el hecho de que todos los procesos del paciente van dirigidos a él con mayor o menor exactitud, y de que todo cuanto ofrece, va dirigido más o menos exactamente a su paciente, lo cual da como resultado una forma de juego interrelacionado.

El concepto de la distorsión paratáctica

La gran complejidad que caracteriza a la entrevista psiquiátrica es el producto de la sustitución del psiquiatra por el entrevistador, una persona o personas que son notablemente distintas, en la mayor parte de los sentidos significativos del psiquiatra. El entrevistado dirige su comportamiento hacia esa persona ficticia que temporalmente tiene un ascendiente sobre la realidad del psiquiatra, e interpreta las observaciones que formula éste, así como su comportamiento, sobre la base de esa misma persona ficticia.

La distorsión paratáctica es, así mismo, una forma en que la personalidad despliega ante otra alguno de sus más graves problemas. En otras palabras, la distorsión paratáctica puede ser, en realidad, un oscuro intento de comunicar algo que verdaderamente necesita ser comprendido por el terapeuta, y posiblemente comprendido de igual forma por el paciente.

El papel cultural del psiquiatra como experto

La definición social o cultural es muy importante, en las primeras etapas de una relación interpersonal, puesto que el psiquiatra es un experto en relaciones interpersonales, no tiene nada de extraño que el paciente llegue ante él esperando que conduzca las cosas de tal modo que materialice los propósitos que lo han llevado al consultorio es decir, que sus ventajas y desventajas en la vida sean correctamente apreciadas y que sus dificultades serán suavizadas a fin de que puedan convertirse en elementos remediabiles y significativos de su pasado, o que será aconsejado.

El experto en psiquiatría es considerado presuntamente, por la definición cultural de un experto y por los rumores generales y creencias sobre la psiquiatría, perfectamente capaz de conducir con éxito una entrevista psiquiátrica. El psiquiatra tiene la obligación de demostrar a su paciente, en

términos de los rumores y creencias que prevalecen en el peldaño social particular al cual pertenece el paciente, que él, el experto, el psiquiatra, es, por lo menos, algo de lo que se espera de lo que él sea.

El respeto hacia la otra persona y hacia su sentimiento de seguridad, es el primer elemento de la pericia en las relaciones interpersonales, que todo cliente buscará en un entrevistador que está empeñando en una tarea psiquiátrica o casi psiquiátrica. Datos pertinentes y fuera de lugar:

Tanto la cultura como el orden social, pueden servir de apoyo al psiquiatra al decir que, como experto, tiene derecho a ciertos datos pertinentes y significativos referentes a la persona que consulta, el experto tiene derecho a que se le suministren los datos pertinentes y significativos, y por lo tanto se empeña a conseguirlos. En una entrevista psiquiátrica no hay tiempo que perder, si el psiquiatra ve que el paciente está repitiendo cosas que ya ha dicho anteriormente, puede, pero sin brusquedad, desalentar tales movimientos, tolerando únicamente un mínimo de tiempo perdido, puesto que sabe perfectamente que hay mucho pero mucho que hacer. El psiquiatra se priva así mismo de la satisfacción de cualquier curiosidad respecto a las cuestiones de las cuales no existe razón alguna para investigar.

Trivialidades psiquiátricas: Otra cosa que el entrevistador deberá evitar, es que todo comentario carente de sentido y todo cuando signifique oscurecer los problemas, evitar dar su tácito conocimiento, por medio de la ausencia de todo comentario. Muchas singularidades de la cultura y trivialidades psiquiátricas son expresadas con suma facilidad, los psiquiatras tratan de evitar los comentarios sin sentido y las trivialidades psiquiátricas que obstaculizan tanto la obtención de información por el psiquiatra como por el paciente, y se limita a dar a este último una vaga sensación.

Los obstáculos culturales en la labor del psiquiatra

Algunas de las dificultades extraordinarias que el psiquiatra encuentra en ser un experto, tiene su origen en lo que se pueden llamar los elementos antipsiquiátricos. En ellos se generalizan algunas de las que hostigan constantemente al experto, aqueja notablemente el hecho de que todos los seres

humanos se les enseña que no deberían necesitar ayuda, por lo cual se avergüenzan cada vez que lo necesitan.

En segundo término se tiene la creencia de que las personas deben conocerse a sí mismas, distinguir entre lo correcto y lo erróneo y lo bueno y lo malo. Y en tercer lugar, se le enseña a la gente que debe ser regida por la lógica, o tener sentido común y buena intuición, los cuales deberá gobernar cuando se trata de elegir la manera correcta de obrar y pensar en sí mismos y en los demás.

El empleo del procedimiento metódico para superar los obstáculos

El psiquiatra tropieza con extraordinarias dificultades para ser un experto, debido a actitudes antipsiquiátricas de la cultura debido a informaciones técnicas inadecuadas que recibe, eso resulta inevitable por la sencilla razón de que todavía no comprendemos bastante los procesos que integran las relaciones interpersonales, surgen en el transcurso del intento de llegar a ser psiquiatras.

Siguiendo moderadamente este método de procedimiento, el psiquiatra ahorra tiempo a la vez que demuestra su habilidad. La entrevista psiquiátrica puede ser considerada como compuesta por una serie de etapas que, si bien son realmente hipotéticas, novelescas, abstractas y artificiales, pueden resultar de suma utilidad para que el psiquiatra, si las tiene ordenadas en la mente, para disponer su tiempo con el paciente. Estas etapas son el comienzo formal; el conocimiento; la investigación o interrogatorio detallado; y cuarta, la terminación.

a) El comienzo: Incluye la recepción formal de la persona que viene a ser entrevistada y un interrogatorio o referencias de la circunstancias de su vida. Debe incluir una breve pero estudiada referencia por el psiquiatra a cualquier información que ya obre en su poder, es importante para promover una sensación de confianza en el paciente, por medio de la franqueza para proporcionar una oportunidad al paciente de corregir cualquier información presuntiva en el psiquiatra pudiera haber recogido de otra fuente, si ello fuese necesario. Debe establecer un motivo, así como lograr una justificación adecuada para el empleo de su capacidad.

Durante toda esta etapa de la entrevista, el psiquiatra debe recordar que la persona que va a consultarlo es una extraña, no conoce absolutamente nada de sus antecedentes. Por lo tanto, el psiquiatra tiene que estar muy alerta para enterarse de algo de la impresión de que él y algunos de sus actos provocan, y al mismo tiempo alerta también para saber qué forma él mismo es afectado por ciertas cosas que el paciente debe decir o hacer.

b) El reconocimiento: Debe iniciarse naturalmente; consiste en obtener un bosquejo a grandes trazos de la historia social o personal del paciente, el entrevistador se preocupa de lograr alguna noción de la identidad de la persona: quién es, cómo ha sido que se convirtió en la persona que ha venido a consultarle, formula preguntas convencionales sobre la edad, el orden de los hermanos, fecha del casamiento y así sucesivamente. Se trata de orientar respecto a ciertas probabilidades básicas, el tiempo que se invertirá para alcanzar el propósito de la entrevista, o serie de entrevistas, puede depender de la concisa exactitud con que se obtiene la mencionada historia.

c) El interrogatorio detallado: Se compone de sobre algunos de los detalles que componen la casi ilimitada variedad de sutilezas y complejidades de esa prolongada extensión de indagación en la vida de otra persona y sus problemas.

d) La terminación o la interrupción: Al decir terminación, el entrevistador no espera volver a ver a su cliente, ha terminado. Y por interrupción, el entrevistador ha visto ha su cliente todo el tiempo que va a atenderlo ese día, y se le verá de nuevo al siguiente, o en una fecha cercana cualquiera.

Algunas consideraciones técnicas sobre la entrevista

➤ Tipos de entrevistas psiquiátricas

El entrevistador está regido por el primordial propósito de la entrevista; sin embargo, no ha cambiado y el intento del entrevistador de ser de alguna utilidad a la persona no puede sucumbir, pues esta es la razón por la cual la persona revela lo que el entrevistador desea saber.

➤ Propósitos ostensibles en las entrevistas psiquiátricas

La consulta realizada con propósito de diagnóstico, es decir, el psiquiatra trata de determinar el carácter de las dificultades personales en la vida del entrevistado, y aconsejarle con quién y de qué manera podrá obtener un tratamiento o beneficio. Otro tipo es la entrevista que es la conferencia inicial sobre psicoterapia; es decir, que el entrevistador se aboca a la vez al diagnóstico y al establecimiento de un conocimiento profesional, con vistas a realizar él mismo.

Por otra parte, cuando es conclusión predeterminada que ese entrevistador particular no realizará milagros, sino que se limitará a decir al paciente a dónde ir, y por qué se facilita notablemente la obtención de las informaciones necesarias.

El tipo siguiente de entrevista, es realizada también con el propósito de diagnosticar una dificultad de vivir, pero con un acento especial en influir el ambiente más que el paciente. En tales casos, se supone que el psiquiatra producirá el beneficio, en lo que concierne a la situación dada, a través de algún efecto, sobre y por intermedio de otras personas o instituciones, de ayudar también a la persona que acude a la entrevista si el entrevistador ha de obtener realmente los datos que necesita. Esto no prohíbe que se haga algo a favor de esa persona, para ayudarla a vivir.

El propósito ostensible de la entrevista tiene mucho que ver con el procedimiento exacto, pero sin embargo es de fundamental importancia que el entrevistador transmita al entrevistado una mayor sensación de capacidad, de adaptación para seguir viviendo, y de hacer las cosas mejor, quizá como resultado de la entrevista.

➤ Las transiciones en la entrevista

Las transiciones en las entrevistas constituyen uno de los más importantes detalles técnicos que siempre deben suscitar considerable atención, y que requieren una especie de serena y continua vigilancia en todo el trabajo del psiquiatra en su trato con extraños, de manera seria íntima.

Estas pueden ser: La transición suave que se utiliza para pasar poco a poco a otro tópico; la transición acentuada ahorra tiempo y aclara la situación; y la transición abrupta es utilizada, por lo común, ya sea para evitar una ansiedad peligrosa, o para provocar ansiedad cuando se observa que de otra manera no es posible llegar a la que se busca.

▀ Las anotaciones durante la entrevista

El entrevistador psiquiátrico realiza tres cosas; estudia lo que puede querer decir el paciente con lo que expresa; estudia la mejor manera en que él mismo puede exponer lo que desea comunicar al paciente; y, al mismo tiempo, observa el tipo general de los hechos que se le comunica o que se están discutiendo. Además tomar notas que tengan un valor más que evocativo, o llegue siquiera aproximadamente a constituir una constancia *verbatim* (palabra por palabra). De esta manera se obtienen los datos sociales generales de una persona.

Estas son ventajas que rara vez poseen las personas que se dedican a la entrevista psiquiátrica; aun cuando en sus mejores momentos se sienten perfectamente capaces de hablar el idioma, la entrevista psiquiátrica es una situación de considerable esfuerzo, durante el cual los entrevistadores pueden sentirse en desventaja, y la idea de que se está grabando no hace sin aumentar todavía más esa desventaja.

▀ La integración interpersonal del entrevistador y el entrevistado

La psiquiatría estudia las relaciones interpersonales, y situaciones que involucran algo más que la simple presencia de dos personas en algún lugar, se refiere a dos personas que están relacionadas una con la otra, y a eso nosotros le llamamos integración. Uno puede decir que la situación-entrevista, está integrada por motivos coincidentes y recíprocos del entrevistado y el entrevistador.

Una entrevista tiene que prometer utilidad o beneficio para el entrevistado, él se siente con derecho a una cierta medida de beneficio derivado de ella, y debe obtener ese beneficio. El entrevistador tiene que darse cuenta de que su beneficio de la entrevista tiene que ser algo más que imaginario.

Debe tener un motivo suficiente para proseguir la misma; de lo contrario, aunque parezca que está respondiendo realmente a las preguntas que le formula el entrevistador, en realidad estará haciendo algo totalmente distinto. El entrevistador tiene la tarea de influir de tal modo la entrevista que el curso, estrechamente observado, de su participación revele los obstáculos principales y las mayores ventajas en el vivir que constituyan características relativamente duraderas del entrevistado.

Son los hechos interpersonales y la norma de su curso, los que generan las informaciones o datos de la entrevista; es decir, que el entrevistador experimenta la manera en que los hechos interpersonales se siguen uno a otro, qué relación o relaciones aparentes tiene uno con otro, qué inconsistencias notables se producen, y así sucesivamente.

De este modo los datos de la entrevista pueden proceder, no tanto de las respuestas a preguntas, sino de la oportunidad y esfuerzo de lo que se ha dicho, los ligeros malos entendidos que surgen aquí y allí, las ocasiones en que el entrevistado se desvió del tema, etc.

El campo de procesos secretos en la conducta humana es muchísimo más amplio que cualquier cosa que haya descubierto el hombre, por medio de la introspección. Toda vez que la vigilancia de uno es una función de procesos secretos, resulta de utilidad, en el adiestramiento para la tarea de entrevistar, eso puede calificarse como saber lo que se está buscando.

No hay datos psiquiátricos que puedan ser observados desde una posición aislada por una persona que no esté comprometida en la operación. Todo tiene su origen en la participación en la situación que se está observando, en otras palabras; por medio de la observación participante. Así en lugar de saber lo que se está buscando, se debe permanecer alerta a las posibilidades del futuro inmediato de la relación en la cual uno está comprendido.

El psiquiatra, hasta donde es posible, concentra su atención en los procesos que se producen entre él y la otra persona o que las comprendan a ambos.

Las primeras etapas de la entrevista

El comienzo formal: Esto incluye desde la recepción y el saludo al entrevistado es bueno darle un apretón de mano y darle un lugar donde sentarse. La forma en que es recibido el entrevistado puede acelerar notablemente el logro de resultados que se desea, o puede hacer que dicho resultado puede ser inalcanzable. Al entrevistado debe hacerse sentir como en casa, el saludo para el debe ser igual como para todos, posiblemente sea un paciente nuevo, pero de igual forma debe saludársele como a los otros que ya son conocidos.

Después del saludo, llega el momento de conversar con el paciente, y debe hacerse de una forma en que el vea al psiquiatra, está dispuesto a escucharlo y ayudarlo, en la conversación debe mostrarse confianza y hacerle preguntas para que él pueda contar lo que lo está afectando. En algunos casos el paciente llega acompañado de un familiar amigo, que anticipadamente le dan información al entrevistador, para formarse una idea de la situación en estos casos es bueno escucharlos. Ante esta situación, no se debe formar una idea del entrevistado, sin escuchar lo que el dice, porque algunas veces las personas se forman su propia opinión de la otra, o por problemas familiares quieren dar referencias falsas del paciente.

La información colateral no debe ser rechazada sin alguna razón poderosa, Sin embargo cuando alguien oscuramente relacionado con el paciente, u hostil a el, ofrece voluntariamente información, uno debe descubrir el motivo de esa intervención tan útil antes de aceptarla. La información que se obtenga del paciente debe ser confidencial, porque una persona que consulta acerca de sus problemas y establece confianza con el psiquiatra ya ha superado inhibiciones bastantes serias fijadas por la cultura.

Existen entrevistadores sin experiencia, sin la mera conciencia del hecho, comunican a sus entrevistados un disgusto a versión para cierto tipo de datos, y sus constancias de las entrevistas se destacan por el hecho de que las personas quienes ven o parecen a ver vivido en las zonas particulares contaminadas por aquella aversión. Se hace necesario hacer preguntas acerca de su vida, para conocer la biografía del paciente y entender su situación por ejemplo. Como fue su familia, la relación con sus padres y actual familia, estudios, su trabajo y otros.

■ Asociación libre

Durante el reconocimiento es posible que el entrevistador oiga hablar de algunas situaciones de un momento perteneciente de al pasado del paciente, que parece significativo, pero que no se presenta clara, cuando el entrevistador formula preguntas complementarias, puede llegar al punto en cual algo que el quiere saber no es posible para el entrevistado porque no lo puede recordar.

Debe dejar que el paciente fluya en la información que se quiere obtener y no interrumpirlo, también hay que aclararle que es necesario que exprese todo lo que le ha pasado, porque existen pacientes que quieren ocultar parte de su vida, porque piensan que no es conveniente hablarlo y que otros se enteren de dicha situación.

Cuando finalizan las sesiones el entrevistador debe de tener su punto de vista un resumen de todo lo que se ha trabajado para que el paciente pueda ver el reflejo de lo que ha sido de su vida y que lo ha dado a conocer con el psiquiatra.

La investigación detallada: La puesta en escena teórica

Durante las primeras etapas de la entrevista el entrevistador habrá recibido una buena cantidad de impresiones respecto al paciente. La etapa del interrogatorio detallado en la entrevista psiquiátrica es una cuestión de mejorar las primeras impresiones de comprensión, proceso por la cual puede producirse un cambio, realmente revolucionario en las impresiones de uno.

El trabajo de un entrevistador esta principalmente interesado en la apreciación de tales declaraciones: excusa por un fracaso, extravagantes exageraciones de los éxitos, y estudiada minimización de los errores. Así, la parte detallada de la entrevista psiquiátrica, para que sea significativa, tiene que estar lejos de una conversación compuesta de simples de correctas respuestas a preguntas claras. Algunos pacientes no quieren decirle la verdad al entrevistador, por temor a crear una mala imagen y piensan que el entrevistador también puede leer la mente de las personas.

El concepto de la ansiedad es central en todo este sistema de enfoque, dicho en otras palabras, uno podría asegurar que la ansiedad es el concepto explicativo general para el intento del entrevistado crear una impresión favorable de si mismo. La mayor comprensión general posible sobre aquellos movimientos realizados por el paciente que le engañan, ya se encuentren esos movimientos en las declaraciones formuladas por el informante, de transición brusca y acentuadas durante la entrevista, las transiciones hace posible que el psiquiatra modifique tendencias comunicativas, o restrinja y aumente el desarrollo de ansiedad en el entrevistado.

■ El desarrollo del sistema del yo en la personalidad

Un niño aprende habilidades estando al alado de su madre, pero también tiene prohibiciones. Este vasto sistema de operaciones, preocupaciones, vigilancias y demás podría ser denominado con perfecta propiedad el sistema del yo, esa parte de la personalidad que nace de la influencia de otras personas significativas sobre la sensación de bienestar de la persona.

Cuando se piensa en los años más adultos de la existencia, resulta mas informativo, más ilustrativo, considerar el funcionamiento del yo en término de operaciones a proteger la propia estimación y toda disminución del nivel de la propia estimación es experimentada como ansiedad.

El entrevistador tiene que aprender a reconocer la ansiedad que subyace en las operaciones de seguridad en el entrevistado. De lo contrario no conseguirá que tenga mucho sentido tratar de desarrollar la sensibilidad bastante sutil que hace posible operar en el campo de la ansiedad recurrente con resultado sostenido y crecimiento útil en la comunicación.

La entrevista como proceso

La entrevista es un proceso o sistema de procesos, y la palabra proceso presupone, naturalmente, un cambio. Una clase de cambio que puede producirse en una situación – entrevista es un cambio en la actitud del entrevistador. Estos cambios en cierto modo más recónditos son cambios en la actitud del entrevistador, reflejados por el entrevistado.

Parte del desarrollo de su habilidad procede de la observación automática. La impresión del entrevistado puede estar, naturalmente, muy lejos de lo que el entrevistador calificaría como exacta. Las operaciones del entrevistado proporcionan guías referentes a lo que está experimentando.

En las primeras etapas de la entrevista, el entrevistado puede parecer que se muestra:

Reservado, cauteloso, desconfiado, hostil o despreciativo. Y su actitud puede parecerse: altanera, superior, conciliatoria, diferencial o apologeticamente inferior. Hay dos situaciones:

- Informante insolente: En ciertos tipos de labor de entrevistado, el informante puede ser insolente en grado sumo, y es bueno ciertamente cuando eso cambia.
- Informante evasivo: Algo que es mucho más común en el trabajo psiquiátrico.

El interés del entrevistador debe situarse en observar los cambios que se presentan en tales juegos de actitudes. La entrevista psiquiátrica se utiliza para muchas cosas además de encontrar la curación. Si a entrevista es dura por cualquier motivo conviene que el entrevistado tenga alguna idea sobre qué operaciones suyas son responsables del fracaso en lo que respecta a producir algún cambio.

■ La situación de la comunicación deteriorante

Cuando las cosas parecen ir de mal empuje, es aconsejable que el terapeuta controle su ansiedad por el momento si le es posible, y trate de estudiar el deterioro de la relación, por medio de una revisión retrospectiva, puesto que de esta manera puede ganarse muchísimo. El entrevistado puede comenzar su estudio con un intento de determinar el instante en el que el deterioro pareció caracterizar a la relación por primera vez.

El entrevistador puede darse cuenta de que el comienzo de la entrevista se caracterizó por una cierta disposición y consideración mutuas por parte de él y del paciente. Las cosas no tienen que ser hermosas para que una entrevista sea exitosa; algunas entrevistas muy desagradables pueden producir al entrevistador una impresión bastante buena respecto a lo que aqueja al entrevistado.

Se deberá advertir si la situación comenzó a ir mal en peor insidiosamente o con relativa brusquedad. Primero le conviene revisar la base de los hechos de que la situación es mala, eso si significa algo, un cambio ligeramente favorable, puesto que la comunicación ha mejorado. Seguidamente para enterarse si ha ocurrido algo desalentador respecto al resultado de la entrevista. Finalmente, observar que relación tiene la situación actual como su propia actitud hacia ese entrevistado.

2.5 La psicoterapia

La palabra psicoterapia proviene de los vocablos griegos *psico* que significa “alma” o “actividad mental” y la palabra “terapia” proviene del griego “*therapeia*” que significa “atender y curar”. La psicoterapia se define entonces, como la atención y cura de problemas del alma.

La psicoterapia es el tratamiento de las enfermedades mentales por procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, así como en otros comportamientos simbólicos. Se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra en, al menos, dos aspectos: el primero, en que la controla un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello; el segundo es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias. Precisamente porque la comunicación es fundamental en la mayoría de las formas de psicoterapia, la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente es mucho más importante que en otras relaciones médicas. La personalidad del terapeuta influye en el paciente y puede ser utilizada de modo deliberado para conseguir determinados objetivos terapéuticos.

2.5.1 Definición de psicoterapia

Dentro del contexto anterior, se puede ver que la psicoterapia no está solamente enfocada en curar a las personas que están enfermas en el aspecto psicológico, sino que se interesa básicamente en atender a personas con una conducta normal, pero que enfrentan situaciones internas que de alguna manera han alterado su equilibrio emocional o psicológico (conflictos internos), y que no han podido superar. A través de la psicoterapia, el profesional de la Psicología ayuda a su paciente a

entenderse a sí mismo, descubrir el origen de su problema, encontrar por sí mismo la solución más adecuada, y a que desenvolverse de una manera más plena y satisfactoria en la vida diaria.

Se puede definir entonces la psicoterapia, como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. Estas generalmente utilizan la interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de los diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada desequilibrada para el individuo. Este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios y que poseen el entrenamiento y la experiencia para la aplicación de tales técnicas.

La psicoterapia consiste en el tratamiento psicológico a través del cual una persona especializada – el terapeuta-, entabla una relación con una persona que presenta una necesidad psicológica – paciente-. Dicha relación se establece con la finalidad de modificar o reorientar los patrones conductuales que se presentan, tratando de encontrar una alternativa que permita desarrollar el crecimiento de la persona en todo aspecto, para poder alcanzar un estado mental y emocional equilibrado, que le permita una vida plena y satisfactoria consigo mismo y con su contexto general.

Así mismo, puede definirse como el procedimiento diseñado para modificar o eliminar los desórdenes psicológicos por medio del establecimiento de una relación entre un profesional entrenado y un paciente. Es importante aclarar que una psicoterapia no solo es tomada por alguien que padezca un desorden psicológico grave, sino que en esta relación de confianza y cargada de emoción que se establece, también se puede buscar el desarrollar capacidades y, en general, promover el desarrollo personal.

Sin embargo, dependiendo de la situación, el terapeuta considerará la ayuda adecuada para cada caso en particular, derivándose de ello la asignación de determinada forma de brindar psicoterapia, de acuerdo a las corrientes psicológicas existentes. Así mismo, se considerará el traslado del paciente a un profesional de la Psiquiatría para que sea tratado con el apoyo de psicofármacos indicados para cada caso.

2.5.2 La relación terapéutica

Establecer una buena relación terapéutica es sumamente importante, porque de ello dependen la aceptación, cooperación y confianza entre el terapeuta y el paciente. Se debe tratar de empezar la relación dentro de un marco de cortesía, amabilidad, armonía y orientada a inspirar confianza y comprensión hacia el paciente. Así mismo, se le debe informar sobre todos los pasos que se seguirán durante el proceso y el objetivo de los mismos.

La psicoterapia en todas sus dimensiones, se basa en los principios de brindar ayuda, soporte, apoyo, guía, orientación, reducción de culpa y esperanza para el paciente atendido. Se busca primordialmente, que éste consiga conocerse a sí mismo, identificar su propio problema interno, y encontrar las posibles alternativas de ayuda que le permitan superar por sí mismo en algunos casos, el conflicto o trastorno detectado.

Esto solo se puede dar si el profesional entrenado posee actitudes que promuevan la efectividad en el diagnóstico del paciente y su correcta evolución durante el tratamiento como: esforzarse por crear una atmósfera terapéutica en la que se promueva la calidez y la empatía, conocer los orígenes históricos y presentes determinantes en los problemas psicológicos, poseer una actitud objetiva frente al paciente y además debe concebir una estrategia para cambiar la dirección de los patrones de conducta, emociones y creencias desajustadas en la que pueda suministrar un ejemplo de actitudes y funcionamiento deseable.

La relación terapéutica (terapeuta-paciente) debe cubrir algunas características que son comunes en la psicoterapia, independientemente de la corriente que se trabaje. Estas son:

1. Siempre debe existir un contacto directo y personal entre el terapeuta y su paciente.
2. Se desarrolla a través del diálogo y la comunicación abierta.
3. Interviene positivamente la capacidad de escucha del profesional, así como el cuidado en no desarrollar juicios de valor, o bien el sesgo personal del psicólogo.
4. El secreto profesional que debe prevalecer en todo momento, independientemente del caso que se trate o del impacto que provoque.

5. La confidencialidad de la información intercambiada, prevaleciendo la ética profesional.

2.5.2.1 Desarrollo del *rapport*

El *rapport* es el sentimiento de armonía y confianza que deberá existir entre el paciente y el terapeuta. Al poco tiempo de haber iniciado la entrevista, el paciente debería estar cómodo, relajado y dispuesto a hablar libremente, proporcionando así la información necesaria. La confianza y confidencialidad que el terapeuta empieza a desarrollar en la primera sesión, puede aumentar su habilidad para manejar el curso de la terapia.

El *rapport* se desarrolla de manera gradual, pero hay ciertas conductas del terapeuta que aceleran su desarrollo, tales como una apariencia relajada, interesada y comprensiva. Es probable que el paciente se sienta seguro y cómodo y que continúe con el tratamiento.

2.5.3 Competencias de la psicoterapia

Las competencias de la psicoterapia dependen de la valoración que se haga del paciente (o cliente, o sujeto), tomando como referencia la disciplina psicológica de la que surge dicha intervención, así se pueden diferenciar:

- Terapia cognitiva: modificar los esquemas de pensamiento.
- Terapia de la conducta modificar la funcionalidad de la conducta.
- Terapia cognitivo-conductual: Mezcla ambos planteamientos, ya que en sus fundamentos no son del todo contradictorios y permiten complementarse.
- Modificación de conducta: De la perspectiva de conducta surge, por un lado, la terapia de conducta aplicado al ámbito clínico y, por otro, la modificación de conducta, como objetivo se centra en otros contextos además del clínico, pero aplicando todos los conocimientos científicos, muy especialmente de la perspectiva conductual. Por ejemplo, rediseñar el ambiente laboral para promoción de la salud o prevención.
- Terapia gestáltica: Conseguir un "ajuste creativo" en la interacción entre la persona y el resto del mundo, centrándose en la experiencia.

De igual forma, se pueden mencionar diferentes objetivos directos en el momento de desarrollar la terapia psicológica; estos dependerán primero de los deseos y problemas específicos del cliente, y luego del enfoque que el psicólogo desee darle al tratamiento para mejorar el modo de vida y las relaciones sociales que establece el paciente. Dichos objetivos son:

1. Ayudar al paciente a ganar esperanza
2. Promover la sensación de dominio y auto confianza del paciente
3. Animar al cliente a enfrentar sus ansiedades en lugar de evitarlas
4. Ayudar al paciente a ser más consciente de sus concepciones erróneas
5. Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida
6. Ayudar al paciente a descubrir sus propios recursos (personales, humanos, materiales, etc.) con que cuenta para superar la situación que le provoca desequilibrio.

2.5.4 El proceso terapéutico

El proceso terapéutico comienza cuando una persona se presenta delante del terapeuta en busca de ayuda por un problema concreto que le ocasiona un trastorno o malestar. A partir de este primer contacto con el paciente, si procede, inicia la relación terapéutica y la terapia.

En esta primera entrevista el terapeuta deberá tener la suficiente habilidad para:

- a) Obtener la mayor cantidad de información trascendente para evaluar, diagnosticar y utilizar en el más breve tiempo posible
- b) Crear y mantener una buena relación de trabajo con el paciente

De estos componentes resulta fundamental conseguir los datos básicos y establecer *rapport*.

El proceso terapéutico hace referencia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico y que abarca desde la primera consulta por parte del paciente, hasta la finalización del tratamiento. Los pasos a seguir en el proceso terapéutico, son:

- Establecimiento de una relación terapéutica y logro del *rapport*
- Evaluación conductual
- Análisis conductual
- Hipótesis explicativas
- Selección del área o áreas de intervención, así como de las conductas a modificar
- Elaboración de un plan de intervención, seleccionando las técnicas más adecuadas
- Aplicación de las técnicas seleccionadas
- Replanteamiento del plan de intervención, si fuera necesario de acuerdo a la respuesta del paciente
- Valoración de los resultados y seguimiento del paciente

2.5.5 Modelos de psicoterapia

La psicoterapia se desarrolla desde diferentes perspectivas y objetivos a lograr. Dichos enfoques son aplicables de acuerdo a las necesidades y diferencias individuales de cada paciente y su caso específico. En tal sentido, se pueden mencionar los siguientes modelos psicoterapéuticos:

2.5.5.1 Modelo Psicoanalítico

El psicoanálisis, propuesto aproximadamente hace un siglo por Sigmund Freud, fue el primer sistema estructurado de psicoterapia y, al igual que su teoría sobre la comprensión psicológica del hombre, éste también se basa en entender el inconsciente del paciente para así poder llegar a una catarsis y liberar lo que se tiene reprimido. En otras palabras, la terapia psicodinámica o psicoanálisis es aquella terapia basada en la suposición de que los desórdenes psicológicos surgen principalmente de conflictos internos ocultos con los impulsos reprimidos.

El famoso tratamiento de Freud tenía como objetivo principal el conocer los conflictos e impulsos internos a través del *insight*, comprenderlos por medio de la interpretación y así liberar las “fuerzas psíquicas” para luego lograr un bienestar. La terapia psicodinámica clásica de Freud, postula condiciones especiales donde sea propicia la sesión. La psicoterapia de Freud se desarrollaba en un ambiente medio oscuro, con el paciente recostado en un diván y sin tener contacto visual directo

con el psicólogo. No debía intervenir activamente en el proceso, en la mayoría de los casos debía mantener una “atención flotante”, que es tener una actitud pasiva y solo ser el guía de la conversación, llamada atención flotante.

Pero, ¿Cómo llegar al *insight*? ¿Cómo poder entender lo que la mente humana está tratando de ocultar? Freud propuso un procedimiento por el cual buscaba encontrar y descifrar lo que está oculto. Así, postula a la asociación libre como un proceso fundamental en la terapia psicoanalítica, que consiste en que los individuos reporten espontáneamente al terapeuta todos sus pensamientos y él, como profesional entrenado, interprete lo que éste dice por más trivial que parezca; solo así se puede comprender lo que el inconsciente oculta. Porque, según Freud, la asociación libre en realidad no lo era y que las ocurrencias estarían determinadas por material inconsciente.

En la psicoterapia psicoanalítica se pueden distinguir características particulares como el uso del hipnotismo, que consiste en llevar al paciente a un estado entre la conciencia y la inconsciencia para revivir un suceso traumático originario que no ha podido ser elaborado conscientemente y, de esta manera, se permite la desaparición del síntoma. La interpretación de sueños es también parte del análisis del inconsciente dado que Freud consideraba al sueño como la búsqueda de satisfacción disfrazada de un deseo reprimido.

La terapia psicodinámica ha evolucionado del psicoanálisis clásico al enfoque neo freudiano, al enfoque analítico del yo, al de las relaciones objetables, entre otros, donde ha ido adquiriendo aportes importantes de psicólogos como Adler o Ackerman que, basándose en los conceptos dictados por Freud, han aumentado y corregido aspectos del método freudiano clásico. Así, proponen cambios en los modos de llevar la terapia; sin embargo, el objetivo sigue siendo el mismo: “ayudar al cliente a obtener insight sobre sus motivos y conflictos ocultos”.

En el largo proceso del psicoanálisis, la terapia ha ido cambiando y actualmente solo podemos llamar psicoanálisis a las teorías formuladas por Freud, y a las terapias que tienen su origen en las proposiciones freudianas podemos denominarlas “psicoterapias de orientación psicoanalítica”. Las diferencias más claras en las terapias psicodinámicas:

● Terapia psicodinámica clásica:

- La frecuencia del tratamiento es diaria o de 4 a 5 veces por semana.
- El paciente es tratado en el diván
- El enfoque del tratamiento enfatiza un terapeuta neutro y no intruso
- Evita dar consejos y limita sus intervenciones a las interpretaciones
- La técnica enfatiza la libre asociación, la interpretación y el análisis de los sueños.

● Terapia psicodinámica moderna:

- La frecuencia típica es 1 o 2 veces por semana
- El paciente es tratado cara a cara
- El terapeuta asume una posición activa y directa
- Aconseja y refuerza aspectos no conflictivos del sujeto
- Se utiliza un amplio rango de intervenciones incluyendo técnicas interpretativas, educativas y de apoyo.

2.5.5.2 Modelo Conductual

Las terapias conductuales son formas de psicoterapia que se centran en modificar los patrones inadecuados de conducta mediante el uso de los principios básicos de aprendizaje, como el clásico y el operante.

Esta perspectiva de las terapias psicológicas postula que los desórdenes se deben a un aprendizaje fallido y, por tanto, pueden ser modificados usando los mismos métodos por los cuales fueron aprendidos.

En ese contexto, la tarea principal del terapeuta conductual se basa en tres puntos:

- Modificar la conducta actual.

- Proporcionar al cliente las habilidades que necesita o eliminar los patrones aprendidos de conducta que le están causando malestar.
- Ofrecer al individuo la capacidad del auto cuidado guiado, es decir, que la persona use estrategias que pueda aplicar para superar sus problemas cuando no se encuentra con el terapeuta.

2.5.5.3 Modelo Humanista

Las Terapias Humanistas son también llamadas existenciales, surgieron por el rechazo de algunos psicólogos terapeutas hacia la visión de la naturaleza humana básica que Freud tenía. Afirmaban que los impulsos iban más allá de los que la teoría freudiana defendía (agresivos y sexuales), pero que también difieren en el hecho de los términos de “paciente” y “cliente” porque ellos creen que los que acuden a este servicio deben ser tratados como cualquier otro solicitante de un servicio cualquiera y lo más normal posible, no como si fuera un enfermo más (porque ése es el miedo de sus clientes) sino como alguien que busca a un especialista y le paga para que le facilite la solución.

Pero aún así, las terapias humanistas han sido criticadas por no poseer una base teórica fundamentada y cohesionada, y por la vaguedad de lo que ocurre en la relación cliente-terapeuta.

Sin embargo, estas terapias psicológicas también son diferentes en procedimiento y propósito. Los humanistas creen que el éxito de una terapia es del cliente y no del terapeuta, que solo es un nexo para la llegada a ella, y convirtiéndose éste en el que le “enseñe el camino” pero no el que lo recorre a su lado. Se puede encontrar dos formas de terapias, las individuales y las grupales; de las primeras podemos dividir las en las centradas en el cliente y las gestálticas, y de las segundas están los grupos de encuentro y los de entrenamiento de la sensibilidad.

2.5.5.4 Modelo Sistémico

El modelo sistémico amplía la visión de los problemas humanos de la consideración individual a la de los contextos dónde se ubica la persona y a las influencias que recibe de estos contextos, sobre

todo el familiar en su dimensión horizontal (las relaciones actuales entre los diversos miembros y subsistemas) y vertical (relaciones en el tiempo a través de las diversas generaciones). Se tienen en cuenta no sólo las relaciones, sino también las vivencias que se generan por la transmisión de mitos y creencias, que inevitablemente se reflejarán en el modo cómo la persona se relaciona con los demás.

Este modelo se aplica para el tratamiento de trastornos y enfermedades psíquicas concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de un grupo social comprendido como un sistema. Inicialmente se basó en la interacción bidireccional de las relaciones humanas, con fenómenos de retroalimentación constantes que influyen en la conducta de los individuos, siendo el más afectado el llamado miembro sintomático que expresa la patología psiquiátrica y al cual muchas veces se le estigmatiza. Es por eso que en su origen, este modelo se desarrolló para las familias en cuyo seno había alguien que sufría una enfermedad psíquica grave.

La terapia sistémica se basa en un enfoque psicoterapéutico que, si bien tiene sus orígenes en la terapia familiar, ha venido cristalizando en el transcurso del último medio siglo en lo que hoy se prefiere denominar psicoterapia sistémica, para puntualizar el hecho de que no es imprescindible que sea una familia el foco de atención para que la mirada terapéutica sea sistémica.

Es así como los conceptos sistémicos, así como sus métodos y técnicas terapéuticas pueden igualmente aplicarse a la pareja, a los equipos de trabajo, a los contextos escolares y también a las personas individuales.

Lo que resulta decisivo es que el énfasis esté puesto en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y entre los subsistemas que lo componen. También en el caso de la terapia individual el enfoque se orientará principalmente al cambio en los procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica sistémica de ver a la persona en su entorno, es decir en el contexto del sistema o de los sistemas de los que forma parte.

2.5.6 Formas de psicoterapia

La psicoterapia debe estar enfocada hacia las necesidades individuales de cada paciente; es por ello que actualmente se cuenta con una amplia gama de enfoques psicoterapéuticos, dirigidos a superar gran diversidad de alteraciones psicológicas. Entre las psicoterapias más utilizadas se pueden mencionar las siguientes:

2.5.6.1 Psicoterapias psicoanalíticas

El objetivo de la psicoterapia psicodinámica es la modificación de la estructura de la personalidad y no sólo aliviar los síntomas. Desde un punto de vista teórico, los síntomas depresivos serían el resultado de un conflicto inconsciente. La clave para resolver esos conflictos sería el análisis de la relación (transferencial) entre el paciente y el terapeuta, ya que en ella se reproducirían, "en vivo y en directo" la mayor parte de esas perturbaciones inconscientes. El objetivo de la terapia sería la elaboración de esos conflictos, lo que secundariamente traerá el alivio de los síntomas.

El psicoanálisis

Sigmund Freud, médico vienés conocido como el "padre de la Psicología", fue el creador del psicoanálisis. El psicoanálisis es la forma de psicoterapia que se dirige al manejo del conflicto inconsciente subyacente y no a los síntomas, que pueden ser sustituidos sino se maneja el conflicto de fondo. Las técnicas del psicoanálisis y gran parte de la teoría psicoanalítica basada en su aplicación fueron desarrolladas por el neurólogo austriaco Sigmund Freud. Sus trabajos sobre la estructura y el funcionamiento de la mente humana tuvieron un gran alcance, tanto en el ámbito científico como en el de la práctica clínica.

Para el psicoanálisis, los conflictos tienen un origen en el inconsciente que no es observable por el paciente. Las palabras, las afecciones y los problemas relatados por el paciente constituyen tan sólo la parte aparente, o síntoma del conflicto. El método básico de psicoanálisis es la asociación libre. El paciente, en un ambiente a solas, relajado, es invitado a hablar sobre lo que le venga a la mente. Los sueños, los deseos, las esperanzas, las fantasías, así como los recuerdos de la infancia,

son de interés para el especialista en psicoanálisis, que escucha e interpreta para intervenir cuando cree oportuno insistir o replantear alguna parte del discurso del paciente.

El término asociación libre puede considerarse libre en la medida en que no está orientado y controlado por una intención selectiva. Se le pide al paciente que verbalice lo que le venga a la mente, sin importar cuán insignificante, trivial o desagradable pueda parecer la idea, pensamiento o imagen. Después de que se da la asociación el individuo reflexiona sobre lo que ha dicho. Los lapsus son actos erróneos para la conciencia, en los que se manifiesta una descarga del inconsciente. Para Freud, el lapsus expresa un motivo personal relevante. A menudo el lapsus no es obvio y se revela sólo después de una larga cadena de asociaciones.

Es importante conocer la definición de psicoanálisis que su creador Sigmund Freud, literalmente, concretizó: *“Psicoanálisis es el nombre de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas fundado en esa indagación y de una serie de intelecciones psicológicas ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica”* (Oblitas, L. 2008:72).

Bases del psicoanálisis

Sigmund Freud basó sus investigaciones en diversos conceptos que fue descubriendo en sus intensas investigaciones y análisis de pacientes. Dentro de los constructos que conforman el psicoanálisis, se mencionan los siguientes:

- ‡ Estructura del aparato psíquico: ello, yo, superyó
- ‡ Teoría topográfica del aparato psíquico: inconsciente, preconscious y consciente
- ‡ Fases del desarrollo psicológico: oral, anal, fálica, de latencia, genital
- ‡ La interpretación
- ‡ Las pulsiones (actos fallidos)
- ‡ Los sueños
- ‡ La transferencia
- ‡ Las fijaciones
- ‡ Mecanismos de defensa

Métodos del psicoanálisis

El psicoanalista utiliza para esto la asociación libre, la transferencia y la interpretación del discurso del paciente, poniendo especial énfasis en los sueños y los lapsus (actos fallidos). El psicoanálisis busca ser también:

- Un método de introspección y de exploración del inconsciente.
- Una técnica terapéutica para el tratamiento de las enfermedades mentales.
- Una técnica usada para formar psicoanalistas (es un requisito básico en la formación psicoanalítica someterse a un tratamiento psicoanalítico).
- Un método de análisis crítico aplicable a la historia y la cultura.
- Un movimiento que busca defender y asegurar la aceptación de la teoría y la técnica.

La relación entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica ha sido largamente discutida al cabo de décadas. Sin embargo, cuanto más profundizamos al respecto, más compleja se nos presenta la trama de mutuos elementos comunes que permiten que las diferencias teóricas y metodológicas se difuminen.

Objetivos

El objetivo primordial de la terapia es romper las resistencias para que el paciente acepte las motivaciones inconscientes del problema, logrando la abreacción que lleva a la cura.

Sin embargo, el proceso psicoterapéutico psicoanalítico busca transformar al paciente por medio del trabajo conjunto que implica la elaboración; este trabajo se impone al psiquismo mediante a diversas vías:

- a) Levantamiento de las represiones por medio de operar una ampliación del sistema preconsciente por revelamiento de aspectos inconscientes
- b) Deshacer los derroteros de los desplazamientos dentro del psiquismo intentando llegar a contenidos primarios de su constitución
- c) Superación de escisiones, disociaciones y clivajes propiciando una mayor cohesión e integración yoica, y a la vez del mundo interno.

- d) Generar ligaduras entre representaciones de cosa y representaciones de palabra amplificando la dimensión del proceso secundario por sobre el proceso primario
- e) Apuntar a un mayor espesor del principio de realidad por sobre el de placer
- f) Equilibrar mejor la interrelación ello-yo-superyó (aspecto económico de la meta psicología).

En términos generales la psicoterapia psicoanalítica permite una tensión diferente de los elementos del encuadre, con lo cual la referencia constante a la ética que debe subyacer al proceso es ineludible.

■ Terapia de grupo

En la terapia de grupo la interacción entre sus miembros se considera la principal fuente de mejora, y el trabajo del terapeuta consiste sobre todo en controlar y facilitar estas interacciones. Por exigir un número menor de terapeutas, la psicoterapia de grupo resulta menos costosa que la individual. Además, ofrece otras ventajas, como el demostrar a los pacientes que sus problemas no son únicos. En la terapia de grupo la interacción entre sus miembros se considera la principal fuente de mejora, y el trabajo del terapeuta consiste sobre todo en controlar y facilitar estas interacciones.

La terapia de grupo comenzó a principios del siglo XX. En Europa, el primero en emplearla fue el rumano Jacob Levy Moreno, psiquiatra de formación psicoanalítica que llevaba a sus pacientes a exteriorizar sus problemas para hacerles conscientes de ellos. Su psicodrama se extendió rápidamente a otras partes del mundo y hoy es utilizado en el tratamiento de pacientes neuróticos y psicóticos, así como para formar a los profesionales que trabajan con enfermos mentales.

En la actualidad se practican numerosas formas de psicoterapia de grupo y la mayoría de las corrientes teóricas que defienden métodos de psicoterapia individual tienen sus variantes grupales. Muchos terapeutas atienden a sus pacientes simultáneamente de forma individual y grupal.

La tendencia humanista en terapias ha sido la más propensa a llevar sus avances a los grupos terapéuticos por los potenciales resultados que se obtendrían. Las dos formas de terapia de grupo (grupal y familiar) tratan de llegar al mismo punto: crecimiento personal, mayor comprensión de la

conducta personal y más apertura a las relaciones personales. Aunque la diferencia entre los grupos de encuentro y los de entrenamiento de la sensibilidad es que los primeros tratan de ser llevados a una total desinhibición (son animados a expresar sus sentimientos más íntimos, llorar, gritar, etc.) y los segundos son algo menos extremistas.

Para lograr que entren en confianza los terapeutas utilizan varias formas de “calentamiento”, como por ejemplo el hecho de vendarles los ojos y que se paseen por la habitación sin hablar y solo comunicándose por el tacto. Estos procesos están diseñados para ayudar a sus miembros a darse cuenta de que en el grupo no hay restricciones ni reglas y, por consecuencia, van a su libre albedrío. Según participantes de estos grupos, generan cambios sustanciales para bien en las personas, es por ello que muchas personas siguen asistiendo a estos grupos sin pensarlo mucho.

Métodos

Este tipo de terapia está fundada en los principios del psicoanálisis, a saber, las asociaciones libres, la interpretación de los sueños y el análisis de los mecanismos de defensa. El trabajo grupal se dirige a la reorganización profunda de las tendencias instintivas y sus consecuencias en la vida de los participantes. La teoría y práctica de la terapia individual se lleva a la situación de grupo. Es quizás, la forma más frecuente de terapia grupal.

El terapeuta debe conseguir una atmósfera que favorezca la exploración verbal y la interacción. Esta interacción dentro de los integrantes del grupo, ayuda a investigar las conductas, sensaciones y pensamientos, la historia de su propio desarrollo y la psicodinámica de la personalidad de los miembros del grupo. La labor del analista de grupo es conseguir tal interacción que pueda diferenciar los contenidos y su significado en la alianza personal e interpersonal. El paciente encuentra en el grupo a otras personas con las cuales cualitativamente, va a interactuar de un modo benéfico.

Estructura de los grupos

En la terapia de grupo se distingue la siguiente estructura:

- a) **Objetivos:** El grupo de psicoterapia tiene como objetivo el ajuste individual de sus integrantes, reorganizando sus valores, percepciones y necesidades. Así mismo, el desarrollo de habilidades sociales, capacidad de trabajo, etc.
- b) **Contenido:** El grupo analiza las situaciones pasadas que interfieren en el presente de sus integrantes. En el grupo el contenido es el “aquí y ahora”, así como el significado actual que produce en ellos. Se deben considerar los factores homogeneidad y heterogeneidad. Los primeros consiguen los objetivos con mayor rapidez y efectividad.
- c) **Método:** Se utilizan métodos con la intención de llegar a los planos más profundos de la personalidad de sus integrantes.
- d) **Profundidad:** La meta es llegar a las partes profundas de la personalidad. El conseguir este nivel de profundidad es distinto de acuerdo a las variables del grupo: edad, inteligencia, nivel socioeconómico, etc.
- e) **Tiempo:** El tiempo varía según la técnica y estilo del terapeuta (puede oscilar entre una a cinco horas ininterrumpidas). Si el grupo no es de un número elevado, se conseguirán mejores resultados en menor tiempo.
- f) **Facilitador o terapeuta:** Es quien dirige al grupo con base a su preparación y experiencia. Dirige ejerciendo autonomía y procurando la aparición del líder espontáneo.
- g) **Participantes:** El grupo debe estar conformado por personas que actúan buscando soluciones a sus problemas de relación humana, y los laborales de toda índole. Generalmente la persona que se integra a un grupo terapéutico está más consciente de sus necesidades personales y tendrá menor resistencia al proceso terapéutico.

Los grupos terapéuticos deben ser estructurados por el terapeuta; a menudo provienen de sus propios pacientes y de otras personas que desean incorporarse. Previo a formar los grupos, el profesional debe haber pasado por los primeros pasos del proceso terapeuta (entrevista, inicio de historia clínica, detección del caso individual, diagnóstico, etc.).

Técnicas

Generalmente los encuentros grupales suelen darse en el consultorio del terapeuta, aunque también es válido desarrollarlos en un determinado, pero adecuado lugar para realizarlo. El ambiente debe

ser cálido, agradable, armonioso, limpio, ordenado, iluminado, ventilado y acogedor (hoteles, casas de retiro, colegios, locales especiales, etc.). Las reuniones pueden ser de una a tres veces por semana. La técnica debe incluir la intervención didáctica y la aclaración, sin desestimar los consejos entre los pacientes. Esto aumenta la fuerza de los grupos.

En el lugar donde se desarrollará la terapia, deberá haber siempre sillas, papel facial e higiénico, almohadas grandes, colchones pequeños como para descargar agresividad, espejos, agua pura, etc. Igualmente con fines de proyección de los conflictos a través de juegos o psicodramas, deberá tenerse diversos juguetes, batas, toallas, biberones, grabadoras, videos, y otros.

No es recomendable ingresar a un nuevo miembro sin saber si está o no en un tratamiento psicoterapéutico. Es necesario saber información específica de cada miembro, tal es el caso de hospitalizaciones por motivos psiquiátricos, grado de recuperación, involucramiento en procesos legales, etc. Así mismo, es muy recomendable conocer las cualidades individuales de los pacientes y del grupo en sí (si son deportistas, ejecutivos, padres o madres de familia, etc.).

En la práctica la dinámica grupal sirve para desarrollar las siguientes áreas: adiestramiento para la dirección, descubrimiento de nuevas técnicas, desarrollo cultural grupal, relaciones comunales y deber social.

La terapia grupal es muy eficaz para superar y resolver satisfactoriamente toda forma de conflicto humano. Sin embargo, en la práctica es importante señalar que unas técnicas grupales ayudarán más que otras y que, en otros casos, también pueden dañar si son mal aplicadas. El proceso grupal se mueve siempre con base a técnicas, mismas que constituyen el medio para llegar al fin y no se aplican en todas las situaciones, sino en algunas específicas.

2.5.6.2 Psicoterapias conductistas

Las terapias conductistas son formas de psicoterapia que se centran en modificar los patrones inadecuados de conducta mediante el uso de los principios básicos de aprendizaje, como el clásico y el operante. Esta perspectiva de las terapias psicológicas postula que los desórdenes se deben a un aprendizaje fallido y, por tanto, pueden ser modificados usando los mismos métodos por los

cuales fueron aprendidos. En ese contexto, la tarea principal del terapeuta conductual se basa en tres puntos:

- a. Modificar la conducta actual.
- b. Proporcionar al cliente las habilidades que necesita para eliminar los patrones aprendidos de conducta que le están causando malestar.
- c. Ofrecer al individuo la capacidad del auto-cuidado guiado, es decir, que la persona use estrategias que pueda aplicar para superar sus problemas cuando no se encuentra con el terapeuta.

Constructos de la terapia conductista

- Las conductas anormales se adquieren, mantienen y extinguen según las leyes generales que también rigen las demás conductas consideradas normales. Por la misma razón, pueden modificarse de idéntica forma que las normales. Deben considerarse los factores biológicos, constitucionales o de predisposición.
- La labor del terapeuta de conducta debe centrarse en el análisis, evaluación y tratamiento de conductas específicas y sus determinantes, y no en constructos internos o en causas subyacentes no objetivas ni operativas.
- Se debe subrayar la trascendencia de la conducta medible y se toma ésta como el objeto de referencia. No siempre lo medible es conducta manifiesta; se debe buscar y analizar la conducta latente que se centra en los constructos internos o respuestas encubiertas (ansiedad, procesos cognitivos, etc.).
- El proceso de diagnóstico consiste en la evaluación continua de las representaciones conductuales (alteradas y no alteradas) de la persona. Se deben tomar en cuenta las variables específicas o determinantes que controlan su aparición.
- El objetivo de la intervención será instalar una conducta que el sujeto no tiene, o bien sustituir o reorientar la que tiene, por otra más adecuada y aceptable. Se debe tratar de producir un cambio conductual en relación a lo motor, lo fisiológico y lo cognitivo.

- La intervención puede dirigirse no sólo a modificar de forma directa la conducta, sino el medio físico o social de la persona, como forma de cambiar la conducta observada.
- Es un enfoque centrado en el “aquí y ahora”; el énfasis se coloca en los determinantes actuales del comportamiento.
- El terapeuta debe adaptar su actuación a las características individuales del paciente y su medio, diseñando para cada caso un programa de intervención concreto para modificar la conducta específica o las condiciones del medio objeto de intervención. El propósito no es modificar al sujeto en sí, sino sus conductas.
- Los procedimientos de intervención deben evaluarse en forma experimental y comprobar su eficacia. es necesario establecer tanto la eficacia de técnicas o programas de intervención, como de cada uno de los componentes incluidos. Dicha eficacia se evaluará en función de los cambios objetivos producidos en la conducta.

Áreas de aplicación

La terapia conductiva puede ser de gran utilidad en diversas áreas de desenvolvimiento de la persona. Entre ellas están:

- Área clínica y de la salud
- Área laboral
- Psicología social y comunitaria
- Área del deporte
- Área escolar

Técnicas

Uno de los aspectos más destacados y destacables de la terapia conductual es el desarrollo de procedimientos de intervención sistematizados y breves. Actualmente se dispone de una amplia gama de técnicas de modificación de la conducta. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

- ☺ Técnicas de control de la activación: relajación diferencial o progresiva, entrenamiento autógeno, técnicas de control de la respiración, técnicas de *biofeedback*, hipnosis, terapia de autorregulación, hipnosis, meditación trascendental, yoga, y otras.

- ☺ Técnicas de exposición: desensibilización sistemática, inundación, exposición guiada y auto-exposición.
- ☺ Técnicas basadas en el condicionamiento operante: reforzamiento positivo y negativo, moldeado, encadenado, control estimular, desvanecimiento estimular, costo de respuesta, sobrecorrección, saciación, programa de economía de fichas y contratos conductuales.
- ☺ Técnicas aversivas: castigo, procedimientos de escape, procedimientos de evitación y condicionamiento clásico con estímulos aversivos.
- ☺ Técnicas de auto-control
- ☺ Técnicas de condicionamiento encubierto o imaginario
- ☺ Psicoterapias racionales: terapia racional emotiva y reestructuración cognitiva.
- ☺ Terapia cognitiva de Beck
- ☺ Ciencia personal
- ☺ Técnicas de afrontamiento: inoculación del estrés, manejo de la ansiedad, detención del pensamiento, administración de tiempo, auto-instrucción, intención paradójica, derreflexión.
- ☺ Técnicas de solución de problemas
- ☺ Terapia cognitivo-estructural
- ☺ Entrenamiento en habilidades sociales

Formas de terapia conductual más utilizadas

◆ Terapia cognitivo-conductual (TCC)

En un sentido literal, la terapia cognitivo-conductual es un término donde se engloban la terapia cognitiva compatible con la terapia de conducta, como aplicación clínica de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Dentro de la terapia cognitivo-conductual se ha adoptado un nivel de análisis y tratamiento donde se analiza la conducta observable, pensamientos verbales y respuestas fisiológicas, así como las relaciones entre sí y la "conducta problema". En este sentido, las estrategias "cognitivo-conductuales" que no están directamente inmersas en la terapia de conducta suelen ser criticadas por la necesidad de más fundamentación teórica, ya que la psicología cognitiva y la psicología conductual presentan algunos axiomas incompatibles entre sí.

La terapia cognitivo conductual se centra en modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente; se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. El énfasis de la TCC está más en el “qué tengo que hacer para cambiar”, que en el “por qué”.

Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente. Está centrada en los síntomas y su resolución.

Es generalmente, una terapia a corto plazo. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos, pues desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

Objetivos

El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. El lugar de promover un, se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia. Rechaza el principio de sustitución de síntomas.

La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio,

solicitando al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Este tipo de terapia desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se le confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, promoviendo el autocuestionamiento. Se centra en la resolución de problemas.

Técnica

Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato único para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. Desmitifica la terapia. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el velo de misterio que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia (apoyo en los libros). Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona

◆ Terapia racional emotiva (TRE)

La terapia racional emotiva (TRE) ES una forma de psicoterapia conductista creada por Albert Ellis en el año 1955. El modelo se basa en el concepto de mediación cognitiva, expresado originalmente con la frase: "No son los hechos, sino lo que pensamos sobre los hechos, lo que nos perturba". Su concepción del origen de la perturbación emocional se ilustra mediante el modelo A-B-C.

Las perturbaciones emocionales pueden ser causadas por creencias, valoraciones y demandas inflexibles (ideas irracionales y exigencias absolutistas sobre la persona misma, creadas por la persona misma). Además de que las creencias acerca de los acontecimientos pueden perturbar, está claro que la metacognición autorreferida ("me siento inquieto", "nunca seré feliz", "soy un inútil",

etc.) puede llevar a la persona a un proceso de círculo vicioso, donde la perturbación se incrementa a medida de que la idea errónea se arraigue en la cognición del individuo.

Ellis en algún momento enumeró una serie de creencias irracionales, es decir, aquellas creencias que perturban al sujeto y que no le dejan vivir de manera satisfactoria. Esta lista ha dejado de ser un punto de énfasis en la TRE actual, aunque no ha perdido su validez. Algunas de ellas son:

- Ser amado y aceptado por todos es una necesidad extrema.
- Sólo se puede considerar válido el ser humano si es competente, suficiente y capaz de lograr todo lo que se propone.
- Las personas que no actúan como "deberían" son viles y deben pagar por su maldad.
- La desgracia y el malestar humanos están provocados externamente y están fuera del control de una persona.
- Si existe algún peligro, debo sentirme bastante perturbado por ello.
- Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- Mi pasado ha de afectarme siempre.

Se ha definido lo irracional dentro de la TRE como el conjunto de aquellas creencias que no conforman con la lógica y al método empírico-analítico, que además no sea funcional para el individuo y sea autoderrotista.

Exigencias absolutistas

Además de creencias irracionales que pueda tener el individuo, las personas emocionalmente perturbadas se traban en demandas rígidas y absolutistas, que no pueden más que crear necesidades falsas y perturbantes. Estas exigencias versan sobre:

- Uno mismo: "Debo hacer las cosas bien" o "No debo hacer el ridículo".
- Los demás: "Las personas deben tratarme con amabilidad y ser siempre justos conmigo".
- El futuro: "El mundo debería ofrecerme una vida cómoda".

La persona no siempre se da cuenta de que las tiene de forma clara, y menos aún de que son irracionales. Por ejemplo, la exigencia de justicia siempre se enlaza con la creencia, sin fundamento, de que "mi concepto" de justicia, de moralidad y de relaciones humanas es la única en el mundo o única correcta, sin que la persona haya examinado si realmente las cosas son así. Si estas exigencias no se cumplen, surgen una serie de consecuencias, como son el tremendismo, la poca tolerancia a la frustración y condena (hacia los demás o uno mismo), ira, culpa, etc.

Dentro del amplio campo de las psicoterapias de orientación cognitiva conductual, las propuestas de Ellis han sido especialmente útiles en el abordaje de la ira, las frustraciones, la fobia social, la timidez y las disfunciones sexuales. La TRE define las emociones respecto a los objetivos y valores de los consultantes, distinguiendo entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas. Por otra parte, la TRE hace uso de técnicas de refuerzo operante, pero "es escéptica con respecto al refuerzo social. La gente hace muchas veces hace las cosas "correctas" por razones incorrectas". La terapia racional emotiva propone un cambio filosófico profundo que promueve la no-dependencia, favoreciendo los valores autónomos y no contingentes de las presiones de grupo, el refuerzo social.

◆ Terapias basadas en el Condicionamiento Clásico:

El Condicionamiento clásico es el aprendizaje que se da por asociación o también llamado "respondiente"; por lo tanto, lo que nos parece bonito o feo, lo que nos produce ansiedad o miedo, las conductas sexuales, el racismo, las fobias, etc., son conductas aprendidas mediante el condicionamiento clásico que, análogamente, presenta un estímulo determinado (condicionado y neutro) y una respuesta (incondicionada y condicionada). Como resultado de este tipo de aprendizaje, los individuos experimentan temores intensos en situaciones que en realidad no suponen una amenaza para su bienestar.

Es así como surgen tres tipos de técnicas en las terapias conductuales basadas en los principios del condicionamiento clásico, técnicas que tienen como objetivo principal la extinción de una determinada fobia o temor previamente condicionado:

▀ Inundación: Es la exposición continua a los estímulos temidos.

➤ **Desensibilización Sistemática:** Es muy efectiva para tratar fobias; primero, se pone al individuo en un estado de relajación total y luego son expuestos a los estímulos que le provocan ansiedad o simplemente son incitados a imaginar escenas en las cuales son actores de la escena a la que tanto temen (Desensibilización Cubierta).

➤ **Terapias de Aversión:** Mediante esta técnica, los estímulos que han sido asociados con sentimientos positivos, se asocian ahora con sentimientos negativos; por ejemplo, cierto hombre que se sentía altamente excitado al ver niños o niñas, recibía, en terapia, una descarga eléctrica mínima cada vez que su nivel de excitación aumentaba al estar observando unas diapositivas con fotografías de niños desnudos. Así se logró convertir aquella reacción “positiva” en una “negativa”.

◆ **Terapias basadas en el Condicionamiento Operante:**

El Condicionamiento Operante es una forma de aprendizaje por consecuencias o también llamado “Consecuente”, por lo tanto, la conducta es moldeada de acuerdo a las distintas consecuencias que ésta genera.

Los pasos básicos que se emplean siempre para aplicar esta forma de terapia son los siguientes:

- Identificación clara de las conductas indeseables o mal adaptativas que en la actualidad muestran los individuos.
- Identificación de los eventos que refuerzan y, en consecuencia, mantienen dichas conductas.
- Esfuerzos por cambiar el ambiente para que así esas conductas inadecuadas dejen de recibir reforzamiento.

Al igual que en las terapias basadas en el condicionamiento clásico, esta clase de terapias presenta también diversas técnicas:

- **Moldeamiento:** Pretende ayudar al individuo a adquirir respuestas deseables que no se encuentren en su repertorio, ofreciéndole reforzamiento por respuestas que se asemejen cada vez más a las respuestas deseables.
- **Economía de Fichas:** Los pacientes hospitalizados obtienen fichas que puedan cambiar por recompensas valiosas cuando se comportan adoptando nuevas conductas que el equipo del hospital considere deseables.
- **Modelamiento:** Este tipo de terapia tiene como objetivo cambiar la conducta del individuo por medio de la observación (Aprendizaje Vicario). El Modelamiento tiene mucho éxito en la modificación de la conducta de los niños y adolescentes muy agresivos, ya que éstos no saben cómo pedir lo que desean de manera no agresiva pues carecen de ciertas habilidades sociales básicas. Por ejemplo, un estudiante que habla durante clase con un amigo puede guardar silencio si se da cuenta de que todos en el salón están callados.
- **Terapias Conductuales de Grupo:** Se ha encontrado que esta terapia es especialmente exitosa para enseñar a los individuos las habilidades sociales básicas. Además para ayudarles a aprender la forma adecuada de defender sus propios derechos, entrenamiento de asertividad, practicar cómo expresar sus sentimientos y demostrar sus emociones.

2.5.6.3 Psicoterapias humanistas

Las Terapias Humanistas son también llamadas existenciales, surgieron por el rechazo de algunos psicólogos terapeutas hacia la visión de la naturaleza humana básica que Freud tenía. Afirmaban que nuestros impulsos iban más allá de los que la teoría freudiana defendía (agresivos y sexuales), pero que también difieren en el hecho de los términos de “paciente” y “cliente” porque ellos creen que los que acuden a este servicio deben ser tratados como cualquier otro solicitante de un servicio cualquiera y lo más normal posible. En concreto, no se debe tratar como un enfermo más (porque ése es el miedo de sus clientes), sino como alguien que busca a un especialista que lo ayude en la búsqueda de la solución a su problema.

Las terapias humanistas han sido criticadas por no poseer una base teórica fundamentada y cohesionada, y por la vaguedad de lo que ocurre en la relación cliente-terapeuta. Sin embargo,

estas terapias psicológicas también son diferentes en procedimiento y propósito. Los humanistas creen que el éxito de una terapia es del cliente y no del terapeuta, que solo es un nexo para la llegada a ella. Se puede encontrar dos formas de terapias, las individuales y las grupales; de las primeras podemos dividir las centradas en el cliente y las gestálticas, y de las segundas están los grupos de encuentro y los de entrenamiento de la sensibilidad.

- *Terapia de la Gestalt*

La terapia de la *Gestalt*, un enfoque humanista, fue desarrollada por el psicoanalista alemán Frederick Perls. Según Perls, la civilización moderna conduce de forma inevitable a la neurosis, ya que obliga a las personas a reprimir sus deseos naturales y, por tanto, los frustra en su tendencia innata a adaptarse biológica y psicológicamente a su entorno. En consecuencia, aparece la ansiedad neurótica.

Ajeno a la tradición psicoanalítica, Perls sostenía que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo es insuficiente para curar el trastorno, por lo que elaboró ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia de la persona sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas, a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente. La terapia *Gestalt* se lleva a cabo con individuos y con grupos, por lo general en sesiones semanales, durante dos años, aunque dependerá siempre de las necesidades de cada paciente o grupo específico.

La *Gestalt* es la escuela de psicología que se dedicó principalmente al estudio de la percepción. Frente al asociacionismo imperante, la escuela de la *Gestalt* postulaba que las imágenes son percibidas en su totalidad, como forma o configuración (del alemán, *Gestalt*), y no como mera suma de sus partes constitutivas. En las configuraciones perceptivas así consideradas, el contexto juega además un papel esencial. La escuela de la *Gestalt* intentó formular las leyes de estos procesos perceptivos.

Según el punto de vista de la teoría asociacionista, los estímulos se reciben primero aislados, como “sensaciones” que después se organizan en imágenes perceptivas más complejas. Los psicólogos gestaltistas descubrieron que la percepción es influida por el contexto y la configuración de los

elementos percibidos; las partes derivan de su naturaleza y su sentido global, y no pueden ser disociados del conjunto, ya que fuera de él pierden todo su significado.

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

Diversos métodos actuales de psicoterapia se autodenominan gestaltistas porque se llevan a cabo siguiendo ideas similares a las de esta antigua escuela de la percepción: los seres humanos son considerados como conjuntos que responden a la experiencia configurada de modo global, con lo que la separación cuerpo–alma sería artificial.

Según la terapia de la *Gestalt*, la percepción adecuada de las necesidades personales y del mundo exterior es vital para equilibrar la experiencia personal y conseguir una ‘*Gestalt* positiva’, mientras que apartarse de la conciencia rompe la respuesta global.

Los terapeutas de la *Gestalt* intentan restablecer el equilibrio armónico natural del individuo mediante un fortalecimiento de la conciencia. El énfasis se pone en la experiencia presente, más que en la indagación de las experiencias infantiles propias del psicoanálisis clásico. También se estimula el enfrentamiento directo con los propios miedos.

Perspectivas

La terapia de la *Gestalt* grupal es rica en contenido humanístico. Utiliza las capacidades creativas del ser humano, al mismo tiempo que restituye la salud personal por medio del mantenimiento de la autorregulación del organismo. Cada persona debe darse cuenta de que en el aquí y el ahora tiene la capacidad de orientar su propia vida y tener bajo control sus emociones. En la medida en que el individuo sea más neurótico, le será más difícil lograrlo a plenitud y tendrá que aprender a conseguirlo.

Otro constructo de la terapia gestáltica es que las carencias personales y los deseos psicológicos precipitan al ser humano hacia la desesperación por satisfacerlos; cada vez que se satisface un deseo, de inmediato aparecen otros nuevos en el mismo lugar.

Todo ser humano distingue en su vida lo que es figura y fondo. De acuerdo a los gestálticos, las personas neuróticas tienen dificultad para hacerlo, lo que significa que no llegan a satisfacer sus necesidades, ni a reemplazarlas por otras.

La gestáltica tiene la influencia de cinco corrientes humanistas: el psicoanálisis, el análisis del carácter, la filosofía existencial, la teoría psicológica de la *Gestalt*, y las religiones orientales, en especial del budismo zen. En el encuentro grupal el interés se centra en el cuerpo, por medio de su percepción total y, sobre todo, externa (sentidos, sentimientos, sensaciones, no existen elementos cognitivos ni imágenes).

Metodología

La terapia de la *Gestalt* tiene como finalidad el reconocimiento de la realidad interna y externa. Desde este punto de vista, es de poca importancia el reconocimiento de las experiencias infantiles en cada persona. El punto central de su acción está en la experiencia de los nuevos modelos de reacción, que ejercitan el “aquí y ahora”. Para poder conseguir la propia responsabilidad del paciente, se trabaja su tendencia a usar el “pero” a través del uso del “yo, yo no puedo, yo no quiero”.

Muy conocida es la técnica de “la silla vacía”, en la cual el paciente se sienta en una silla que está enfrente de otra vacía; debe proyectar imaginariamente a una persona significativa y le hablará sobre sus sensaciones, sentimientos, personas, objetos o situaciones.

En la gestáltica se tienen señales no verbales y paralingüísticas, tales como movimientos corporales, expresiones faciales, tono de la voz, velocidad de la expresión verbal y maneras de comunicarse con los demás.

■ Logoterapia

Dentro de las psicoterapias contemporáneas más efectivas, el psicólogo cuenta en la actualidad con el apoyo de la Logoterapia que, apoyándose en la importancia del vacío existencial que el hombre atraviesa por la separación de sí mismo, y la necesidad de pertenecer a las grandes masas, permite visualizar al ser humano como un ente capaz de desarrollar una enorme capacidad de respuesta positiva ante las diferentes situaciones que le son inherentes e inevitables como ser humano. En tal sentido, la Logoterapia abarca un enfoque de cambio de actitud ante dichas circunstancias que el hombre, tarde o temprano, debe afrontar y lo mejor es que lo haga dentro de un marco actitudinal de positivismo, aprendizaje y crecimiento espiritual, existencial y personal.

Está influida por el existencialismo que, al contrario del psicoanálisis, se centra en ayudar al paciente a través del análisis existencial. Fue desarrollada por Viktor Emil Frankl, quien valoró su importancia espiritual, al haber experimentado la vida en dos campos de concentración, así como la pérdida de su familia. Fue denominada ‘psicología de altura’ por su analogía con la psicología profunda. La conversación terapéutica debe incitar al paciente a cuestionar el significado existencial de su vida, basado en la premisa de que cada persona adapta su forma de hacer y de pensar a sus creencias individuales. Las respuestas deben propiciar un nuevo planteamiento del sentido de la vida y permitir una nueva valoración de las experiencias dolorosas vividas, sin por ello eliminar el dolor ni su causa.

Entre los objetivos de la logoterapia se encuentran el reforzar en el paciente “el valor para hacer frente al dolor”, reconocer y transformar el “vacío existencial”, y el aceptar su existencia como una tarea personal desarrollando la voluntad de darle sentido a la vida.

El significado de la vida

El ser humano necesita de un significado, pues al vivir sin él, sin metas, valores o ideales, puede llegar a provocarle serios trastornos que alteren el curso de su desarrollo de forma integral. De acuerdo a los fundamentos de la Logoterapia y a las experiencias de su creador Viktor Frankl, en muchos casos las personas que enfrentan a vivencias difíciles incluyendo a la muerte, pueden vivir

mejor su vida, con plenitud y entusiasmo, si están dotados de un propósito. Esto mismo hace que se le dé un sentido a la existencia.

El vacío existencial

De igual forma que el significado de la vida debe descubrirlo cada persona dentro de sí misma, el vacío existencial hace presencia cuando es la misma persona quien ha ido perdiendo dicha voluntad de darle tal significancia a su existencia. La abundancia o la carencia de los elementos que cubren las necesidades primarias del hombre, pueden llevarlo a vivir un vacío existencial, pues empieza a carecer de objetivos, de metas, de finalidades en la vida. Actualmente la tecnología y la ciencia se encuentran entre los factores que más influyen en el vacío existencial de la humanidad, pues le dan al hombre la sensación de poder y placer.

La tríada trágica:

Cuando Frankl habla de la “tragedia” del ser humano, se refiere a tres situaciones que le tocan vivir inevitablemente: el sufrimiento, la culpa y la muerte. Estas situaciones conforman la presencia de los valores de actitud ante la vida, puesto que se trata de circunstancias inevitables. Son las que le dan sentido a la vida en situaciones límite ante las que el hombre se confronta verdaderamente con él mismo, ya que son la dignificación del esfuerzo al margen de los resultados.

Estas situaciones son expresión de la capacidad de la dimensión espiritual. Por ser éticamente superiores, movilizan lo más valioso del ser humano en su crecimiento a través del dolor y sufrimiento que llevan consigo. Pueden tornarse en verdaderos motivos de sentido a la existencia, dependiendo de la actitud con que la persona los afronte.

La presencia ignorada de Dios

Dentro de las grandes propuestas de la Logoterapia, se menciona que, ante la neurosis de las masas que cada vez es mayor, la psicoterapia no puede excluir a la teología en confrontación. Esto entendido como el estudio de la espiritualidad, mas no visto como una religión en específico.

Frankl desarrolla la teoría de que se puede hablar de una presencia ignorada de Dios, cuando se comprueba que existe en el ser humano un tipo de fe inconsciente (como parte del inconsciente espiritual trascendental), que revelaría una orientación inconsciente, pero intencional hacia Dios.

Objetivos de la Logoterapia

Entre los objetivos de la logoterapia se encuentran el reforzar en el paciente el valor para hacer frente al dolor y el aceptar su existencia como una tarea personal. La Logoterapia ha dado buenos resultados especialmente en el tratamiento de las neurosis del miedo y de las depresiones neuróticas. La terapia de la elección es una logoterapia que se aplica cuando los conflictos del paciente están básicamente caracterizados por las contradicciones mentales, que llegan a cuestionar el sentido de su vida; por ejemplo, por el fracaso de una relación afectiva o del trabajo.

Otro de los objetivos más relevantes en la logoterapia es lograr que el hombre se haga consciente de su responsabilidad ante la vida, puesto que tiene una finalización con la muerte. Esto puede llegar a ser el detonante para que el hombre le encuentre un significado verdadero a su existencia.

Técnicas e instrumentos de la Logoterapia

La Logoterapia concede gran importancia la relación del paciente y el terapeuta. Víktor Frankl destaca que dicha relación es el aspecto más significativo del proceso terapéutico. Sin embargo, el terapeuta no debe guiarse por la simpatía o su deseo de ayudar al paciente, ni a la inversa. Debe reprimir su interés humano por la otra persona, reduciéndolo a una técnica de ayuda y apoyo para su paciente.

La logoterapia se apoya en varias técnicas, pero principalmente dos son las características de este enfoque. Estas son:

La intención paradójica

Se trata básicamente de la actitud del paciente (ignorar el problema) frente la neurosis y sus manifestaciones sintomáticas, entendiendo neurosis a la ansiedad que se produce ante algo que le provoca miedo. De no romperse el círculo vicioso de miedo y el reforzamiento creado por la situación temida, la neurosis persistirá por tiempo indeterminado.

La técnica de la intención paradójica es efectiva sobre todo en el tratamiento breve de fobias acompañadas de ansiedad anticipatoria. No es un método superficial, pues afecta la parte más profunda de la persona. Se trata de una reorientación existencial. La intención paradójica cambia la pasividad errónea, por una correcta pasividad.

La derreflexión

En las neurosis obsesivo-compulsivas los pacientes exhiben respuestas de actividad errónea en sus ideas, lo cual redundando en una respuesta inadecuada ante el esfuerzo máximo por ser competente en la actividad sexual. Las intenciones desbordadas hacen imposible el funcionamiento deseado. En estos casos, es recuente el exceso de atención y la observación compulsiva de la persona.

La derreflexión en sí misma, contiene aspectos positivos y negativos. El paciente ignorará su ansiedad anticipatoria, pero la cambiará por alguna otra cosa. Mediante la derreflexión el paciente es capaz de ignorar su neurosis y localizar su atención fuera de sí mismo. Se dirigirá hacia una vida llena de posibles significados y valores que tienen un especial atractivo para sus capacidades personales.

La neurosis

Toda neurosis tiene un aspecto existencial, aunque pueden existir conflictos existenciales sin neurosis. La neurosis está asentada en tres dimensiones básicas del ser humano: la física, la psíquica y la existencial o espiritual. La neurosis que se da aparece precisamente por la preponderancia de una de las tres dimensiones sobre las demás.

La Logoterapia se centra en la neurosis noogénica. Esta proviene del vocablo de noesis (visión intelectual y del pensamiento), y se refiere a la dimensión espiritual. No se produce por conflictos entre los instintos y los impulsos, sino por conflictos entre distintos valores (morales o espirituales). Cuando la frustración existencial, el vacío existencial o la frustración del deseo de significación van acompañados de una sintomatología neurótica, la Logoterapia contempla esta situación como una neurosis noogénica.

La logoterapia es un enfoque existencial que ayuda al individuo a solucionar problemas filosóficos o espirituales. Estos problemas se refieren al significado de la vida, de la muerte, del sufrimiento, del trabajo y del amor. El sentido de la vida no descubre el propósito de la existencia. Más bien, surge de las respuestas que el hombre da a la vida, a las situaciones y a las tareas con las que la vida lo enfrenta. La frustración existencial puede darse sin ir acompañada necesariamente de neurosis o psicosis. Sin embargo, puede crear una neurosis con los elementos existenciales que la conforman.

En todo caso, ante un problema de vacío existencial o frustración existencial, la logoterapia ofrece las herramientas, técnicas y formas más adecuadas para ayudar al hombre a hacerse responsable de su vida, y a transformar aquello que le resulta difícil, en algo con un propósito que le ofrezca una nueva perspectiva de su propia vida.

■ Terapia centrada en el cliente

La más clásica de las terapias humanistas es la psicoterapia centrada en el paciente. El psicólogo estadounidense Carl Rogers sostenía que los individuos, así como todos los seres vivos, están dirigidos por una tendencia innata a sobrevivir y reafirmarse que les lleva al desarrollo personal, a la madurez y al enriquecimiento vital. Cada persona tiene capacidad para el autoconocimiento y el cambio constructivo que la acción del terapeuta, que deberá reunir una serie de cualidades personales esenciales, ayudará a descubrir.

Rogers daba así más importancia a las actitudes del terapeuta que a su capacidad o a su preparación técnica. Utilizaba el término 'cliente' en vez de paciente para subrayar que su método

de tratamiento no era manipulador ni médico, sino que se basaba en la comprensión adecuada y sensible de sus experiencias y necesidades.

La segunda cualidad importante del psicoterapeuta es la aceptación incondicional positiva, que se abstiene de juzgar lo que el paciente dice o relata. La autenticidad o ausencia de simulación era la tercera cualidad que él consideraba esencial.

Describió el proceso del tratamiento como la reciprocidad entre las actitudes del cliente y del terapeuta. Precisamente porque el terapeuta escucha de forma incondicional, el cliente aprende a escuchar incluso los pensamientos que más teme, hasta alcanzar un estado de auto aceptación donde es posible el cambio y el desarrollo.

■ El análisis transaccional

El análisis transaccional, basado en los trabajos de Eric Berne se basa en la teoría de que una persona en interacción con los demás adopta el rol de adulto o de niño. En la terapia de grupo se les enseña a reconocer esta situación, a comprender cuándo el actuar como un padre autoritario o como un niño impulsivo puede ser apropiado y a comportarse como adulto el mayor tiempo posible.

El análisis transaccional es una técnica psicoterapéutica individual y grupal que fue creada por el psiquiatra canadiense Eric Berne. En dicho modelo, Berne dio a conocer el modelo estructural de la personalidad según su teoría, el cual comprende tres instancias: padre, adulto y niño (PAN).

Instrumentos

El análisis transaccional trabaja básicamente con diez instrumentos:

- a. El análisis estructural y funcional: La estructura de la personalidad está formada por tres instancias: padre-adulto-niño. Berne expuso que cada una de ellas es un sistema de emociones

y pensamientos, acompañados de un conjunto de patrones de conducta. La descripción de estos estados del yo es la siguiente:

1. Estado del yo padre: Es la parte de la personalidad que contiene y transmite los elementos culturales, las pautas sociales, morales y religiosas, así como las reglas de convivencia. Es el concepto aprendido de la vida.
2. Estado del yo adulto: Comienza a formarse a los dos años de edad y continúa su desarrollo toda la vida. A través de este estado, la persona procesa la realidad utilizando el razonamiento lógico y el pensamiento racional.
3. El estado del yo niño: Es la parte de la personalidad que siente, piensa y actúa como si estuviera en la niñez. Aquí se hallan las emociones, la intuición, la creatividad y la espontaneidad; en otras palabras, todo lo sentido en la vida.

El análisis funcional de la personalidad considera cinco estados funcionales del yo: padre crítico, padre nutritivo, adulto, niño libre y niño adaptado.

- b. Transacciones: Son intercambios de estímulos y respuestas entre estados específicos del yo de diferentes personas. Las transacciones pueden ser simples y complejas, complementarias y cruzadas, no ulteriores y ulteriores.
- c. Caricias: Es el estímulo intencional dirigido de una persona a otra, ya sea de orden físico, verbal, gestual o por escrito. Pueden ser positivas y negativas, agresivas y de lástima, condicionales e incondicionales.
- d. Posición existencial: Es la forma como el adulto del niño elige el modo de sentirse y sentir a los demás. Esta decisión se toma en cada ser humano antes de los ocho años y seguirá durante toda la vida.
- e. Emociones y rebusques: Las emociones auténticas son cinco: alegría o placer, afecto, tristeza, miedo y rabia. Todas corresponden al estado funcional del niño libre.

- f. Juegos psicológicos: Son series de transacciones ulteriores que progresan hacia un resultado previsible y bien definido. Tienen las siguientes características: cebo, flaqueza, respuesta, cambio y beneficio final.
- g. Estructura del tiempo: El ser humano posee una necesidad de programar el tiempo disponible. Existen seis formas de estructurar el tiempo: aislamiento, rituales, actividad, pasatiempos, juegos e intimidad.
- h. Argumento de vida: Es un plan preconsciente de vida, decidido en la infancia, bajo influencia parental y que dirige la conducta del individuo.
- i. Miniargumento: Es una secuencia de conductas observables, propias de cada persona, que se repiten con frecuencia y que pertenecen al sistema no *ok*.
- j. Estructura y dinámica de grupos: Grupo es cualquier agregación social con un límite externo y, por lo menos, un límite interno.

2.5.6.4 Psicoterapias sistémicas

La terapia sistémica se basa en un enfoque psicoterapéutico que, si bien tiene sus orígenes en la terapia familiar, se ha venido concretizando en lo que hoy se prefiere denominar terapia (o psicoterapia) sistémica, para puntualizar el hecho de que no es imprescindible que sea una familia el foco de atención para que la mirada terapéutica sea sistémica. Es así como los conceptos sistémicos, al igual que sus métodos y técnicas terapéuticas pueden igualmente aplicarse a la pareja, a los equipos de trabajo, a los contextos escolares y también a las personas individuales.

Lo que resulta decisivo es que el énfasis esté puesto en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y entre los subsistemas que lo componen. También en el caso de la terapia individual el enfoque se orientará principalmente al cambio en los procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica sistémica de ver a la persona en su entorno, es decir en el contexto del sistema o de los sistemas de los que forma parte.

■ Psicoterapia familiar sistémica

La terapia sistémica se basa en la interacción bidireccional de las relaciones humanas, con fenómenos de retroalimentación constantes que influyen en las conductas de los individuos, siendo el más afectado el llamado miembro sintomático que expresa la patología psiquiátrica y al cual muchas veces se le estigmatiza. Es por eso que en su origen, esta terapia se desarrolló para las familias en cuyo seno había alguien que sufría una enfermedad psíquica grave.

Sin embargo, al pasar de los años y con mayor desarrollo teórico, el concepto de "enfermedad" se evidenció como inadecuado para designar fenómenos psíquicos que se definían como producto de patrones comunicacionales y pautas de interacción alteradas. El "enfermo" resultaba ser más bien el portador de los síntomas de una dinámica disfuncional que ocurría en el sistema.

La terapia familiar sistémica se desarrolló a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, en diferentes direcciones que abarcan desde las concepciones estructurales clásicas de Salvador Minuchin, hasta enfoques sistémicos menos directivos, sin pretensiones de "objetividad" del terapeuta. Esta última idea está presente en la postura constructivista basada en los postulados epistemológicos de los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela.

Metodología

La frecuencia de las sesiones suele ser menor que la observada en terapias de otras orientaciones. Puede mediar bastante tiempo entre una sesión y la siguiente (de dos a seis semanas), mientras que el número total de sesiones, aunque básicamente dependa de los avances obtenidos en el proceso psicoterapéutico, se sitúa en un promedio de entre 10-14 sesiones.

El terapeuta debe centrarse en el aquí y el ahora, buscando hacerse una idea clara acerca de cuál es el problema y de cómo éste es un problema real para quien o quienes lo consultan. El terapeuta debe también clarificar qué entiende particularmente, sobre el problema específico mencionado por el paciente (mala comunicación, falta de afecto, no auto aceptación, etc.).

La forma en la que se etiqueta un dilema humano puede cristalizarlo y hacerlo crónico. Se deben formular preguntas concisas y centradas en averiguar al qué sucede, cómo, cuándo, dónde, con

quién; de esta manera las respuestas permitirán describir pautas de comportamiento, así como las secuencias repetidas de interacción en las que se insertan. El objetivo es reducir el tamaño o la dimensión del problema, haciéndolo parecer así mucho más manejable para el paciente.

Se debe recurrir a la técnica de la “externalización” propuesta por White, que insta a la persona a cosificar y a personificar el problema, de manera que una vez que la situación es puesta fuera como una entidad separada del sujeto, se puede hablar con facilidad de su relación con el mismo. Para ello, se hacen preguntas al paciente acerca de la influencia relativa del problema sobre su vida y sus relaciones; cómo lo ha afectado, así como sobre la influencia relativa que tienen él y otros con los que se relaciona en la persistencia del conflicto. El terapeuta deberá explorar sobre las “soluciones intentadas” por el paciente, para no redundar en intentos ineficaces ya intentados.

La terapia sistémica familiar está orientada a:

- a) Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática, buscando pautas de comportamiento nuevas o diferentes.
- b) Modificar la forma de ver la situación percibida como problemática, ofreciendo otros marcos de referencia.
- c) Evocar los recursos y capacidades de la persona, que se puedan aplicar a la situación percibida como problemática.

Aplicación

Los mejores resultados se obtienen en trastornos alimentarios, drogodependencias y conductas infantiles disfuncionales. En depresiones clínicas, la terapia sistémica de pareja ha resultado eficaz, aunque no tanto como en la corriente cognitivo-conductual.

■ Psicoterapia familiar

Concepto global de procesos sociales y psicoterapéuticos cuyo objetivo es tratar problemas de comunicación familiar y desajustes emocionales dentro de la familia. La comunicación

problemática dentro de la familia está considerada como una de las causas más frecuentes de problemas psíquicos y especialmente de desviación de conducta en los niños.

Al igual que en las demás terapias, en la de familia resulta decisivo para el éxito final establecer al comienzo un diagnóstico cuidadoso. El objetivo es mejorar la estructura de comunicación y el ambiente emocional. Los conflictos entre hermanos son uno de los principales problemas familiares y a menudo los padres no logran entender sus causas, por lo que no cabe esperar gran ayuda por su parte para la resolución. Al contrario, la situación familiar puede empeorar por reacciones inadecuadas frente a las rivalidades entre hermanos, dando lugar al agravamiento de los problemas e incluso a la aparición de conflictos entre los padres.

Por lo tanto, resulta fundamental analizar en primer lugar la situación de la familia. Es importante que todos sus miembros tengan la oportunidad de presentar sus expectativas a los demás, comentar sus experiencias emocionales conflictivas y expresar su concepto de convivencia positiva. Bajo la dirección experta del terapeuta familiar, éste puede intentar crear un ambiente familiar abierto desde el punto de vista de la comunicación y positivo desde el punto de vista emocional, en el que resulte posible entender y solucionar los posibles conflictos.

Actualmente la terapia de familia constituye un de los enfoques más empleados por muchos psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. No importa si su uso se inserta en un modelo psicodinámico, sistémico, conductual, feminista o cognoscitivo; cada vez hay más interés y curiosidad en entrelazar los aportes de dichas escuelas con un tipo de intervención que trascienda la postura clásica individual.

No existe una sola terapia de familia, sino una diversidad multifacética y heterogénea de terapias de familia. Cada una de ellas posee sus propios pioneros y premisas particulares, las cuales en muchas ocasiones, parecen provocar varias interpretaciones.

Desarrollo

Las distintas formas de terapia de familia se dirigen a cubrir dos enfoques de familia en particular: el enfoque estructural y el estratégico.

- a) Terapia de familia estructural: Su exponente principal es Minuchin. Uno de los presupuestos básicos es que un sinnúmero de psicopatologías y problemas familiares se deben a la manifestación disfuncional y desadaptativa del sistema familiar. Básicamente, los miembros del grupo familiar no pueden negociar y afrontar los cambios de ciclo de vida familiar, así como otros estresores internos. El terapeuta, al observar determinado problema en un integrante de la familia, no dirigirá su enfoque hacia él únicamente, sino al sistema familiar total.

- b) Terapia de familia estratégica: La premisa básica en la cual se engrana esta terapia familiar de corte sistémico, consiste en conceptualizar un síntoma como un acto de comunicación familiar, o como una secuencia de conductas que implican mantener la homeostasis del sistema. Lo que el terapeuta desea hacer es interrumpir y desbalancear la homeostasis patológica anterior, lo que le permitiría a la familia desarrollar y practicar nuevos estilos de comunicación.

Técnicas

Debido a las similitudes existentes entre los enfoques estructurales y estratégicos, es conveniente entrelazar las técnicas de ambos enfoques. Estas están siempre orientadas a obtener cambios en la homeostasis familiar patológica. En el modelo estructural se desea lograr cambios sustantivos en una estructura jerárquica, en donde existen triangulaciones o coaliciones entre hijos y padres que no son apropiadas. Para alcanzar este objetivo, es indispensable que el terapeuta lleve a cabo de manera exitosa las siguientes acciones:

- a) Unir a la familia en una posición de liderazgo
- b) Realizar un mapa de la estructura subyacente de dicha familia (coaliciones, triangulaciones, distanciamientos, enredos, fronteras, etc.)
- c) Intervenir en forma activa para transformar tal estructura

Si la intención es transformar la estructura del grupo familiar, entonces se hace necesario el uso de las técnicas que a continuación se detallan:

- ☺ Acomodo y unión
- ☺ Realineamiento de fronteras
- ☺ Reinterpretación del síntoma
- ☺ Creación de desbalances
- ☺ Intervenciones paradójicas
- ☺ Reenmarcamiento (*reframing*)
- ☺ Técnicas conductuales-cognoscitivas, tal es el caso de:
 - Psicoeducativa
 - Estrategias de condicionamiento operante
 - Contrato conductual
 - Entrenamiento en comunicación
 - Entrenamiento en solución de problemas
 - Utilización de técnicas cognoscitivas

Aplicaciones

Las terapias de familia de tipo estructural, han sido aplicadas con éxito en diversos trastornos psicosomáticos y alimenticios, como el asma y la anorexia nerviosa. En estos trastornos el terapeuta de familia intenta desenfocar el síntoma del paciente identificado, de la atención de la familia, y se dirige a reestructurar la familia creando nuevas fronteras. De esta manera se eliminan triangulaciones y coaliciones, y se reenmarca el problema del paciente identificado.

Psicoterapia de pareja

Consiste en un conjunto de métodos y técnicas cuya finalidad es mejorar las relaciones de una pareja y resolver sus conflictos bajo la dirección de un terapeuta. Forma parte del amplio mundo de la terapia de familia y, consecuentemente, existe un gran número de escuelas (conductista, psicoanalista, sistémica, estructural, humanista, entre otras) que tienen diferentes supuestos, lenguajes, criterios, técnicas y sistemas de tratamiento, así como distintas visiones de las necesidades de desarrollo del aprendizaje social y de las psicopatologías.

Todas estas corrientes coinciden en la importancia que representan la comunicación en la vida de una pareja y la necesidad de expresar adecuadamente los sentimientos para poder reconstruir una relación gratificante. Su intervención irá encaminada a mejorar las habilidades técnicas y estratégicas que se ponen en juego en la interacción social. Para su puesta en práctica es necesario el compromiso personal de los implicados, que pueden recibir el tratamiento de forma individual o en grupo.

2.5.6.5 Psicoterapias alternativas

También denominadas terapias complementarias, consisten en aproximaciones no convencionales a la curación y la salud, muchas de las cuales se consideran ahora complementos de la psicoterapia convencional. Algunas de estas técnicas han conseguido gran aceptación y aprobación tanto por psicólogos y médicos convencionales, como por el público general, pero otras se siguen viendo con recelo, y en ocasiones hostilidad, por parte de los profesionales en general.

Ofrecen al paciente la sensación de placer y alivio corporal-mental a corto plazo; así mismo, algunas de ellas pueden ser utilizadas como apoyo en las terapias cognitivo-conductuales, tal es el caso de la hipnosis. Algunas de estas formas de terapia más utilizadas son:

Hipnosis

Es una forma de conciencia alterada en donde una persona se torna muy sugestionable y no usa su capacidad de pensamiento crítico. El trance hipnótico es distinto al sueño, en este el sujeto se vuelve sumamente receptivo y sensible a ciertos estímulos internos y externos lo que provoca que centre su atención en un aspecto de la realidad e ignore el resto, de los estímulos.

Para inducir el trance el hipnotista convence al paciente para que se relaje y se olvide de las distracciones externas. El hipnotista no puede obligar al o la paciente a hacer algo que él no desea, se pretende que juntos traten de resolver un problema o conoce más a fondo como funciona la mente del paciente. A través de la hipnosis se logra aliviar el dolor, aumenta la confianza, reduce algunos malos hábitos, y relajación general.

Imaginación guiada: En esta técnica se le pide al paciente que se siente en un sillón cómodo mientras el terapeuta le ayuda con diversas técnicas a alcanzar la relajación profunda que le permite imaginar con libertad. La imaginación guiada crea confianza, aumenta la concentración y disminuye hasta desaparecer el miedo, fobias y pánico. También enseña a visualizar problemas de salud e imagina formas para eliminarlos”.

La hipnosis se aplica para:

- Aliviar el dolor en especial si afecta los nervios
- Para vencer temores y/o fobias
- Acabar con malos hábitos como dejar de fumar, bajar de peso o dejar el alcohol o drogas.
- Aliviar problemas relacionados con el estrés, como migraña, eczema y ansiedad.
- En ocasiones se puede utilizar en niños que mojan la cama.
- Ayuda a las embarazadas a que tengan un alumbramiento más rápido y con menos dolor.

Musicoterapia

También conocida como terapia musical, utiliza el sonido ritmo melodía, el movimiento y los instrumentos con el fin de elaborar un vínculo entre el paciente y la terapia musical. A través de la música podemos obtener algunas respuestas como cambios en el ritmo cardiaco, circulación sanguínea en la respiración.

Para el efecto, se prepara el salón de musicoterapia, se requiere que el paciente intente comunicarse a través de los sonidos de los diferentes instrumentos. El terapeuta observa con atención al paciente registra la información obtenida cuando se retira. La música proporciona buenos resultados en:

- ✓ Elevación del nivel de autoestima
- ✓ Eliminación de la agresividad
- ✓ Reducción de la tensión y la ansiedad
- ✓ Permite la socialización y desarrollo de la atención.

También ayuda en problemáticas psicosomáticas como:

- ✓ Dolores de cabeza
- ✓ Migrañas
- ✓ Se ha obtenido efectos positivos en personas que sufren: Mal de parkinson, Alzheimer, Daño Cerebral.

Aromaterapia

La aromaterapia, es el uso de aceites aromáticos de olor agradable que se extraen de plantas por medio de la destilación. Se utiliza para tratar problemas físicos y emocionales, con un ligero aroma se logra despertar un recuerdo vivido o una emoción muy fuerte. Se emplea en varias condiciones, entre las cuales incluyen:

- Problemas de estrés: insomnio, ansiedad.
- Dolores por tensión
- Problemas con la piel como acné
- Infecciones y dolencias severas
- Problemas médicos: como quemaduras y diabetes

La aromaterapia consiste en administrar mediante la inhalación o el contacto con la piel, distintos extractos vegetales concentrados, a través del olfato, sus aromas actúan sobre el ánimo, e induce a la relajación o euforización.

Hidroterapia

La hidroterapia utiliza el agua de distintas maneras para dar tratamiento a las molestias producidas por el estrés, para la relajación y para conservar la salud. Los baños a diferentes temperaturas ayudan a mejorar la circulación, los baños de vapor y sauna ayudan a relajarse, hacer sudar y esto desintoxica el cuerpo.

Baños fríos y calientes: En ocasiones el efecto terapéutico del baño se puede conseguir mediante la temperatura del agua, a veces ayudado por flujos específicos como la ducha a presión o el hidromasaje. Los baños a temperatura corporal (37° C) son relajantes y sedantes, los fríos o calientes son estimulantes. Los baños pueden ser por inmersión o mediante paños húmedos. La inmersión puede ser de todo el cuerpo o de algunas zonas (manos, pies, baños de asiento). Los tratamientos con burbujas son utilizados para relajación y desintoxicación del cuerpo.

Baños con agua caliente: son utilizados para aliviar el dolor muscular, mejorar la circulación estimula, controla las convulsiones, induce el sueño, acelera el pulso y la respiración.

Los Baños templados: Son sedantes pueden prolongarse durante horas e incluso, se utilizan para algunas enfermedades nerviosas.

Baños Neutros: son muy relajantes, ayudan a tratar la ansiedad, el insomnio, cambios de humor, se sumerge el cuerpo hasta el cuello en una bañera, debajo de la temperatura corporal. Se recomienda permanecer ahí de 15 a 20 minutos.

El ejercicio acuático: se recomienda a mujeres embarazadas, personas con artritis, y discapacitados y lo ofrecen especialmente en clubes sociales.

■ Psicodrama

Es un procedimiento psicoterapéutico, que emplea técnicas dramáticas, además de verbales como medio de expresión. En la dramatización se trabajan situaciones que han sido importantes en la vida del paciente, a manera de teatro. Los argumentos son proporcionados por el o la paciente e interviene como actor, jugando su papel como si se tratase de un hecho real.

Existen distintos tipos de psicodrama, de acuerdo al número de miembros, puede ser individual, grupal de parejas, familiar, público o privado, y puede aplicarse a pacientes de diferentes edades.

- Los grupos pueden ser abiertos o cerrados
- El tratamiento puede consistir en una sola sesión, ser de tiempo limitado o ilimitado.

- Las sesiones pueden ser breves (10 a 20 minutos)
- De tiempo medio (1/2 hora más o menos), o sesiones prolongadas (4 a 5 horas o más). Pueden realizarse una o más veces por semanas.
- En las sesiones de psicodrama se tratan los problemas individuales de los y las pacientes y los del grupo
- Para las dramatizaciones se utiliza un espacio de la habitación donde se realiza la sesión.
- Entre las técnicas más empleadas en dramatización esta: la representación de situaciones que ha vivido el o la paciente en la realidad.

La dramatización permite expresar fantasías que manifiesta el grupo, brinda la oportunidad de comunicación y relación entre los miembros del grupo, y establece una relación afectiva entre ellos. Además permite al terapeuta conocer los conflictos, conductas y modo de relacionarse de cada miembro del grupo.

Las vivencias expresadas en el psicodrama están relacionadas con el desarrollo inicial del niño:

- ✓ Fase de la identidad del Yo con el Tú: el paciente con su entorno, el terapeuta intenta imitar al paciente de manera que parezca ser él, y trata de sentir y actuar igual, lo imita en movimientos, gestos, y otros.
- ✓ Fase de reconocimiento del yo: reconocerse como persona, método del espejo, aquí se utiliza un espejo imaginario, el paciente es espectador y observa cómo se comporta y actúa con otras personas.
- ✓ Fase del Reconocimiento del Tu: del conocimiento del os otros. Método de cambio de papeles: En este método el paciente debe ponerse en el lugar del otro y actuar como él lo haría.

■ Acupuntura (estimulación nerviosa)

Es la técnica de insertar finas agujas en partes seleccionadas de la piel, con el fin de aliviar el dolor y síntomas producidos por enfermedades o lesiones. “La palabra proviene del latín ACU, que significa aguja y Puntura, que quiere decir “pinchazo”.

Según la medicina tradicional china, “la acupuntura funciona el *qi* (*chi* o *ch'i*) es la energía vital de todo ser vivo, la fuente de todo movimiento y cambio en el universo. Es invisible y fluye a través de su *xue* (*chuel*) sangre, y a lo largo de una red de 12 meridianos, o canales, a fin de alimentar los tejidos. Cada meridiano se relaciona con un órgano como el hígado o los riñones”.

La acupuntura genera un flujo de energía que estimula las capacidades de curación naturales.

Las agujas se colocan en o cerca del dolor y se dejan de 10 a 20 minutos. Las agujas se alojan un poco debajo de la piel, aunque en algunos casos se insertan más profundas. El o la acupunturista debe conocer muy bien esta ciencia para saber con exactitud donde insertar las agujas, para ello presiona con suavidad la parte del cuerpo donde está la obstrucción.

La acupuntura reduce síntomas de depresión, proporciona alivio a problemas físicos relacionados con el estrés como:

- ▶ Dolores de cabeza debido a tensión
- ▶ Trastornos digestivos
- ▶ Dolores de espalda
- ▶ Asma
- ▶ Migraña
- ▶ Insomnio
- ▶ Reduce las probabilidades de una recaída cuando se tiene problemas de adicción.

La primera consulta debe durar 1 hora ya que el o la médico debe estudiar el problema, hacer preguntas y tomar el pulso. Las consultas posteriores, tardaran de 20 a 30 minutos.

■ Acupresión

Esta técnica utiliza la presión suave pero firme de las manos o los dedos en distintos puntos a lo largo de los meridianos. Es posible aplicarse uno mismo y ayuda a aliviar síntomas relacionados con el estrés como los dolores de cabeza, por tensión, dolores de cuello y espalda, depresión, ansiedad e insomnio.

Técnica: para el dolor de cabeza presionar la membrana que está entre el pulgar y el índice (el tejido que los une), con el pulgar y el dedo índice de la otra mano. Apriete un minuto y haga lo mismo con la otra mano. Se repite tres veces en cada mano.

Se puede aplicar acupresión en cualquier parte del cuerpo que sienta tensa o adolorida. Recorra con suavidad toda el área con las yemas de los dedos hasta detectar el punto adolorido y aplique la acupresión durante 20 minutos. Para masaje se aplica una presión continua firme, pero suave durante unos 30 segundos. En los 30 segundos siguientes, se presiona más fuerte y en forma continua.

■ Shiatsu

Es la versión japonesa de la acupresión. El nombre proviene de la palabra japonesa *shi*, que significa dedo y *atsu* y, que quiere decir presión. Una terapia combinada que significa presión dactilar.

Se emplea los codos, rodillas e incluso los pies para aplicar presión a lo largo de los meridianos. La presión en cada punto es firme y rítmica, y dura aproximadamente de 10 a 30 segundos, con el fin de aplicar la presión máxima, se recuesta a la persona en el suelo sobre un tapete. Se utiliza para curarse uno mismo, para ello es necesario que un experto le muestre cómo emplear esta técnica. Se emplea para aliviar molestias y dolores menores.

■ Reflexología

Es terapia táctil que aplica presión en puntos específicos de los pies y de las manos para aliviar otras partes del cuerpo. Al dar masaje en esos puntos, libera los bloqueos de energía y estimula sus poderes de curación naturales. Los puntos de la reflexología son:

- Los dedos corresponden a la cabeza y el cuello
- El pulpejo de l pie corresponde al área del pecho
- El arco del pie corresponde al área abdominal

➤ El talón corresponde donde al área pélvica y órganos reproductores.

Las técnicas utilizadas en reflexología son:

1. Presionar en un punto: presione con firmeza en el punto y soltar
2. Giro en un punto: en lugar de mover el pulgar en forma circular para aplicar presión en el punto, debe girar el pie para hacer lo mismo.
3. Presione y suelte en un punto: coloque el pulgar en el punto y presione con suavidad luego disminuir un poco la presión con el pulgar ligeramente hacia delante hasta el siguiente punto y aplique presión otra vez. Al aplicar presión en distintos puntos reflejos en los pies y las manos, afectará las partes del cuerpo relacionadas.

Masaje

Es la manipulación piel y músculos con el fin de mejorar la circulación, ayudar a relajarse y aliviar el dolor y la irritación. Recibir un masaje debe ser una experiencia relajante y agradable.

En la primera sesión el terapeuta hace algunas preguntas sobre su salud general, por qué quiere un masaje y si hay alguna área en particular en la que desee recibirlo. El paciente debe quitarse la ropa que desee hasta sentirse cómodo, se le proporcionara una sábana o una toalla para cubrirse durante el masaje. Se aplica acostado sobre una mesa de masajes cómoda y acojinada. Para recibir un masaje sentado, se utiliza una silla de masaje con diseño especial que sostiene la parte frontal del cuerpo. Para relajarse hay que respirar profundo a manera que los músculos se relajen.

Se utilizan aceites o cremas tales como: aceite de jojoba, aceite de almendras dulces, crema humectante sin aroma es un buen aceite para masajes. Al finalizar la sesión de masaje baje lentamente de la mesa, este tranquilo durante un rato. El terapeuta descubrirá solo la parte del cuerpo a la que dará masaje. Es beneficioso para las mujeres embarazadas ya que reduce molestias menores como fatiga, ansiedad y dolores de espalda. En los ancianos mejora la

circulación de la sangre, lo que hace que la persona se sienta con más energía y más positiva. Ayuda a las personas que padecen de artritis a recuperar el movimiento y sentirse mejor.

Autodigitopuntura: consiste en oprimir los puntos de presión para aliviar el dolor, la rigidez, el malestar o la energía bloqueada. Cuando se encuentra una zona sensible, presione alrededor con los dedos o el pulgar en un círculo de unos cinco centímetros de diámetro y así dará con el punto.

Puntos de Jaqueca: Para ayudar a liberar la tensión y aliviar las jaquecas buscar una protuberancia en la base del cráneo, con los dedos dé masaje alrededor sobre la parte inferior, y luego desplácelos por todo el cuero cabelludo, como poniendo *shampoo*.

Masaje en la Mandíbula: Para aliviar la tensión se da masaje trazando círculos en la mandíbula. Se inicia por el mentón, y se sube hasta las orejas. Luego se traza los círculos hacia abajo repitiendo varias veces.

Masaje en la Frente: Coloque los índices en las cejas, sobre la frente, luego muévalos alternadamente de arriba hacia abajo desplazando los dedos por separado y, luego juntos, recorra toda la frente.

Masaje para los pies: Una forma de dar masaje es sentarse cómodamente en el suelo, cruzar las piernas y entrelazar los dedos de las manos con los dedos de los pies. Otra forma es doblando una pierna sosteniendo su pie con la planta hacia arriba. Coloque su puño flojo en el arco del pie y deslícelo con suavidad hacia delante y hacia atrás, de modo que los nudillos lo masajeen, esto ayudará mejorar problemas de postura, aliviar dolores musculares de cabeza, espalda y fatiga.

Meditación

Es una técnica mental que induce un estado de relajación profunda, armonía interior y conciencia enfocada.

Meditación trascendental: La palabra proviene de sánscrito “*man*” que significa “pensamiento constante” y “*tra*” que significa “estar libre”. Se concentra en relejar la mente a través de un estado consciente relajado. Para ponerla en práctica solo necesita de 15 a 30 minutos, 2 veces al día, ayuda a reducir el estrés, bajar la ansiedad, bajar la presión arterial, y disminuir el abuso de drogas y alcohol.

Vipassana: La meditación enseña a prestar atención en el aquí y ahora, y busca la aceptación de la vida y aprendiendo a mantener las emociones en forma continua durante los altibajos de la vida. El *vissapana* utiliza el control de la respiración y otras técnicas de meditación, para lo cual se necesita un maestro para iniciarlo. Permanecer sentado tranquilo y cómodamente con los ojos cerrados, meditando 20 minutos dos veces al día.

Practicando meditación dos veces al día de 15 a 20 minutos en unas semanas se sentirá mas tranquilo, positivo y tendrá un mejor manejo del estrés. La meditación ayuda a que los pacientes necesiten menos medicamentos para el dolor, aminorando la sensación de ansiedad y desesperanza. Es eficaz en personas con enfermedades relacionadas con el estrés.

Yoga

El término yoga proviene de la palabra en sánscrito que significa unión, porque une cuerpo y mente. El sánscrito es el idioma antiguo de la India y el Hinduismo. La sesión de yoga inicia con breve periodo en que se vacía la mente, debe terminar con 10 minutos o más de meditación adicional.

Para practicar yoga en casa, se debe buscar un lugar tibio y que no esté expuesto a ráfagas, vestir ropa suelta y calzado cómodo con suelas muy delgadas.

La práctica del yoga se constituye un aspecto de la religión Hindú. El yoga combina ejercicio físico, técnicas de respiración y meditación.

La respiración Pranayama: son ejercicios que nos ayudan a controlar la respiración. La respiración profunda mejora la claridad mental.

Respiración profunda: Es preferible que este acostado. Dejar entrar el aire en los pulmones sin sacudidas, y en forma continua.

Respiración Rítmica: Este tipo de respiración se debe seguir con el ritmo del corazón, para aprender a llevar el ritmo se puede poner el dedo anular de la mano derecha sobre la muñeca izquierda para observar el pulso. Siempre debe llevarse al mismo tiempo la inhalación y exhalación.

Técnica de Concentración: La mejor posición para realizar el ejercicio de concentración es sentado en el suelo o sobre la silla con la espalda recta, teniendo su atención fija en la respiración. Deje que se vayan sus pensamientos. Se inicia por cinco minutos y se va aumentando según la práctica.

Posturas: (Asacanas) Son movimientos lentos y armoniosos acompañados de respiración profunda, alternándolos con períodos de completa inamovilidad creando relajación de músculos nervios.

Cuando las técnicas se realizan adecuadamente producen los siguientes efectos:

- ✓ Pone en acción determinados músculos, huesos y articulaciones.
- ✓ Favorece la actividad de determinados nervios
- ✓ Fortalece la memoria y proporciona calma a la gente
- ✓ Incrementa la confianza, alegría, agilidad muscular y tranquilidad
- ✓ Favorece la concentración y relajación.

Se sugiere que las prácticas deben ser realizadas con el estómago vacío, se debe tomar un baño de agua fría antes de empezar, el vestuario debe ser cómodo para facilitar la circulación. Las posturas deben seguir una secuencia.

Capítulo III

Referente metodológico

Introducción

Durante el desarrollo del trabajo de práctica existe la oportunidad de aprender y reforzar la metodología de planificación de actividades, así como la elaboración de los informes necesarios para la correcta ejecución del programa de práctica planteado al centro educativo. Dicha metodología se hace necesaria para el correcto desarrollo del trabajo de práctica y en consecuencia, el éxito en la ejecución del mismo. Esto permite realizar una labor más profesional, seria y guiada a la consecución de las metas trazadas desde principio del curso, así como de las modificaciones pertinentes.

La planificación de metodología utilizada brinda claridad, orden y organización en el desempeño de todas las actividades planeadas, además de un mejor control de todo el trabajo realizado, el análisis del mismo, y las estrategias necesarias para lograr los resultados deseados. Todo este trabajo se desarrolla acorde al cronograma establecido al principio del curso.

3.1 Programa de Práctica Profesional Dirigida

3.1.1 Propósito del curso

- ✦ La práctica profesional dirigida dada durante el último año de la carrera de Psicología y consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que las y los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.
- ✦ La práctica profesional dirigida debe ser una actividad para aplicar la Psicología y consejería social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de

los mismos.

- ✦ Los y las estudiantes brindan beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- ✦ La práctica profesional dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico- social, por lo que las y los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.
- ✦ La Práctica Profesional Dirigida debe ser una actividad para aplicar la Psicología y consejería social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.
- ✦ Los y las estudiantes brindan beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.

3.1.2 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

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.

3.1.3 Contenido temático del curso (temas y subtemas generales)

1. Planificación de programas de aplicación de la Psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en
4. psicodiagnóstico
5. Detección y atención de casos
6. Capacitación en salud mental
7. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
8. Atención a comunidades de riesgo
9. Detección de situaciones de resiliencia
10. Creación de programas y proyectos

3.1.4. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.

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

3.1.5 Formas, técnicas y procedimientos de evaluación

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

3.2 Cronograma de actividades y valoración del curso

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
29 y 5-02	<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos 	<p>Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica (Valor 5 puntos)</p> <p>Entrega Planificación Día sábado 6/ 02 (Valor 5 puntos)</p>
12 y 19-02 26 y 5-03	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del Manual de Estilo • La entrevista 	<p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo</p> <p>Ejercicios con resumen de entrevista</p>	<p>Guía de lectura (Valor 5 puntos)</p>
12 y 19-03	<p>Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p>	<p>Laboratorio</p> <p>Inicio de práctica lunes 1/03</p> <p>Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades</p>	<p>Entrega y revisión (Valor 5 puntos)</p>
		<p>Investigación de problemática principal atendida en el centro de Práctica</p>	<p>Entrega y revisión (Valor 5 puntos)</p>

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
26 y 9-04	Referente metodológico	Elaboración de Referente metodológico	Entrega y revisión (Valor 5 puntos)
Mes de marzo	Detección y atención de casos en centro de práctica	Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc. Discusión de casos	Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos)
16 y 23-04	Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios	Entrega y revisión (Valor 5 puntos)
30-4 y 7-05 14 y 21-05	Análisis y discusión de formas de Psicoterapia	Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia (Valor 5 puntos) Entrega de Informes / cada mes Entrega de constancia de horas de práctica cada mes

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
28 -05 y 4-06 11 y 18-06	Supervisión de actividades primer grupo Supervisión de actividades segundo grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica. (Valor 10 puntos)
Meses de junio y julio	Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias Clínicas. (Valor 5 puntos) Participación
2 y 9-07	Aplicación de técnicas de Intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. (Valor 5 puntos)
16, 23-30-07	Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	Investigación sobre tema De Psicopatología. (Valor 5 puntos)
6 y 13-08	Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula	Entrega de planificación Y contenido de capacitaciones (Valor 5 puntos)
20 y 27-08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución, dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto (Valor 5 puntos) Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
3 y 10-09	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en la comunidad	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencia
Mes de Septiembre 17 y 24-09	Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados (Valor 5 puntos)
1 y 8-10	Primera revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe. (Valor 5 puntos)
15 y 22-10	Segunda revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de segunda parte del Informe. (Valor 5 puntos)
15 y 22-10	Segunda revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de segunda parte del Informe. (Valor 5 puntos)
29-10 Y 5-11	Tercera y última revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos
12 y 19-11	Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación de actividades

A continuación, se presenta la planificación mensual sobre la cual se desarrolló el trabajo de Práctica Profesional. Previamente se presentó al Director del Centro para su aprobación y puesta en marcha.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
"Sabiduría, ante todo adquiere sabiduría"

Facultad de Educación
Psicología y Consejería Social

PLANIFICACIÓN DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
Marzo a agosto de 2010

Nombre de la alumna:	ANALIDA CAMPOS MARTÍNEZ DE FUENTES
Centro de práctica:	Centro de Salud, San Andrés Itzapa, Chimaltenango
Período de práctica:	Marzo de 2010

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<ul style="list-style-type: none"> Plática con el Director del Centro de Salud Solicitud de práctica al Director Departamental de Salud de Chimaltenango 	<ul style="list-style-type: none"> Presentar a las autoridades del centro, la propuesta de trabajo de Práctica Profesional Dirigida. 	<ul style="list-style-type: none"> Plática concertada Presentación de plan de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito 	<ul style="list-style-type: none"> Aceptación del plan de trabajo
<ul style="list-style-type: none"> Observación de actividades internas y externas del Centro de de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Conocer las necesidades y requerimientos de apoyo psicológico tanto del Centro de Salud, como de la comunidad y población con la que se trabajará. 	<ul style="list-style-type: none"> Observación directa 	<ul style="list-style-type: none"> Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> Aceptación del plan de trabajo presentado
<ul style="list-style-type: none"> Presentación de plan de trabajo al Director, para su aprobación 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un plan de trabajo que se adecúe a las necesidades observadas y requerimientos 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de trabajo escrito 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito 	

Nombre de la alumna:

ANALIDA CAMPOS MARTÍNEZ DE FUENTES

Centro de práctica:

Centro de Salud, San Andrés Itzapa, Chimaltenango

Período de práctica:

Abril de 2010

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<ul style="list-style-type: none">Promoción de la clínica psicológica del Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none">Dar a conocer a la población los servicios de la nueva clínica psicológica del Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none">Pláticas con el personal, consulta externa y radios de la comunidad	<ul style="list-style-type: none">Material escrito (afiches, volantes, etc.)	<ul style="list-style-type: none">La asistencia a la clínica psicológica
<ul style="list-style-type: none">Planificación de actividades con el equipo multidisciplinario del Centro de Salud (Director, EPS de medicina, Jefa de Enfermeras, Trabajadora Social, Técnico Comunitario)	<ul style="list-style-type: none">Conocer las actividades específicas que cada uno de los miembros del equipo plantea	<ul style="list-style-type: none">Reunión con el equipo	<ul style="list-style-type: none">Humanos	<ul style="list-style-type: none">El cumplimiento de las actividades programadas
<ul style="list-style-type: none">Pláticas a la consulta externa, sobre diferentes temas	<ul style="list-style-type: none">Informar a los pacientes de la consulta externa, sobre los servicios psicológicos ofrecidos, así como de otros temas de interés (salud, psicología, orientación, etc.)	<ul style="list-style-type: none">Pláticas programadas	<ul style="list-style-type: none">Material escrito (trifoliales)Material audiovisualCarteles	<ul style="list-style-type: none">La participación de los asistentes
<ul style="list-style-type: none">Atención de los programas radiales del Centro de Salud. Temas: Salud mental y orientación psicológica, autoestima, VIF	<ul style="list-style-type: none">Dar a conocer a la población temas de interés psicológico, médico, de prevención en salud, servicios médicos del Centro de Salud, sociales, etc.	<ul style="list-style-type: none">Charlas en tiempo de aire radialAtención de llamadas de los radio oyentes	<ul style="list-style-type: none">Material escritoCabina de transmisión radialLínea telefónica	<ul style="list-style-type: none">Participación telefónica de los radioescuchas.
<ul style="list-style-type: none">Charla dirigida al grupo de pacientes diabéticos. Tema: La importancia de la ayuda psicológica	<ul style="list-style-type: none">Que los pacientes adquieran información profesional sobre el manejo de la enfermedad y actitud ante ella	<ul style="list-style-type: none">Plática dirigida	<ul style="list-style-type: none">Material escritoMaterial audiovisualCarteles	<ul style="list-style-type: none">Participación de los pacientesCambios de actitud observables

Nombre de la alumna:

ANALIDA CAMPOS MARTÍNEZ DE FUENTES

Centro de práctica:

Centro de Salud, San Andrés Itzapa, Chimaltenango

Período de práctica:

Mayo de 2010

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<ul style="list-style-type: none">Pláticas a la consulta externa, sobre diferentes temas, los días martes a las 8:00 horas	<ul style="list-style-type: none">Informar a los pacientes de la consulta externa, sobre los servicios psicológicos ofrecidos, así como de otros temas de interés (salud, psicología, orientación, etc.)	<ul style="list-style-type: none">Pláticas programadas	<ul style="list-style-type: none">Material escrito (trifoliales)Material audiovisualCarteles	<ul style="list-style-type: none">La participación de los asistentes
<ul style="list-style-type: none">Atención de la clínica psicológica, los días martes, miércoles y jueves, de 8:30 a 13:30 horas.	<ul style="list-style-type: none">Brindar atención psicológica personalizada a los pacientes asistentes	<ul style="list-style-type: none">Proceso de psicodiagnósticoAtención terapéutica indicada	<ul style="list-style-type: none">Clínica psicológicaEscritorio, sillasLibreta, lápicesPruebas psicológicas de acuerdo a las necesidades individuales	<ul style="list-style-type: none">Observación de mejoras en cada caso atendido, de acuerdo a lo especificado por los pacientes
<ul style="list-style-type: none">Atención de los programas radiales del Centro de Salud. Temas: Drogadicción, abuso sexual, alcoholismo	<ul style="list-style-type: none">Dar a conocer a la población temas de interés psicológico, médico, de prevención en salud, servicios médicos del Centro de Salud, sociales, etc.	<ul style="list-style-type: none">Charlas en tiempo de aire radialAtención de llamadas de los radio oyentes	<ul style="list-style-type: none">Material escritoCabina de transmisión radialLínea telefónica	<ul style="list-style-type: none">Participación telefónica de los radioescuchas.
<ul style="list-style-type: none">Charla dirigida al grupo de pacientes diabéticos. Tema: La actitud del paciente ante la diabetes.	<ul style="list-style-type: none">Que los pacientes adquieran información profesional sobre el manejo de la enfermedad y actitud ante ella	<ul style="list-style-type: none">Plática dirigida	<ul style="list-style-type: none">Material escritoMaterial audiovisualCarteles	<ul style="list-style-type: none">Participación de los pacientesCambios de actitud observables
<ul style="list-style-type: none">Capacitación del grupo de estudiantes de enfermería. Tema: La importancia de la ayuda psicológica para el paciente y el profesional.	<ul style="list-style-type: none">Darles a conocer la importancia de la Psicología tanto para el profesional de la enfermería, como para los pacientes	<ul style="list-style-type: none">Plática informativaPresentación en power pointElaboración de carteles	<ul style="list-style-type: none">Material escritoMaterial audiovisualPapelógrafosMarcadores, masking	<ul style="list-style-type: none">El estudiante reconoce la importancia de la salud mental y psicológica para el desarrollo de su trabajo

Nombre de la alumna:

ANALIDA CAMPOS MARTÍNEZ DE FUENTES

Centro de práctica:

Centro de Salud, San Andrés Itzapa, Chimaltenango

Período de práctica:

Junio de 2010

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<ul style="list-style-type: none"> Pláticas a la consulta externa, sobre diferentes temas, los días martes a las 8:00 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Informar a los pacientes de la consulta externa, sobre los servicios psicológicos ofrecidos, así como de otros temas de interés (salud, psicología, orientación, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Pláticas programadas 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito (trifoliales) Material audiovisual Carteles 	<ul style="list-style-type: none"> La participación de los asistentes
<ul style="list-style-type: none"> Atención de la clínica psicológica, los días martes, miércoles y jueves, de 8:30 a 13:30 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar atención psicológica personalizada a los pacientes asistentes 	<ul style="list-style-type: none"> Proceso de psicodiagnóstico Atención terapéutica indicada 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica psicológica Escritorio, sillas Libreta, lápices Pruebas psicológicas de acuerdo a las necesidades individuales 	<ul style="list-style-type: none"> Observación de mejoras en cada caso atendido, de acuerdo a lo especificado por los pacientes
<ul style="list-style-type: none"> Atención de los programas radiales del Centro de Salud. Temas: Riesgos sexuales en la adolescencia, el <i>bullying</i>, valores y principios de la persona 	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer a la población temas de interés psicológico, médico, de prevención en salud, servicios médicos del Centro de Salud, sociales, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Charlas en tiempo de aire radial Atención de llamadas de los radio oyentes 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito Cabina de transmisión radial Línea telefónica 	<ul style="list-style-type: none"> Participación telefónica de los radioescuchas.
<ul style="list-style-type: none"> Charla dirigida al grupo de pacientes diabéticos. Tema: La importancia de la dieta en el paciente diabético 	<ul style="list-style-type: none"> Que los pacientes adquieran información profesional sobre el manejo de la enfermedad y actitud ante ella 	<ul style="list-style-type: none"> Plática dirigida Presentación en power point 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito Material audiovisual Carteles 	<ul style="list-style-type: none"> Participación de los pacientes Cambios de actitud observables
<ul style="list-style-type: none"> Capacitación del grupo de comadronas de la región 	<ul style="list-style-type: none"> Darles a conocer información relacionada con los temas de ETS, VIH, VIF, autoestima, inteligencia emocional 	<ul style="list-style-type: none"> Plática informativa Presentación en power point 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito Material audiovisual Papel construcción Marcadores 	<ul style="list-style-type: none"> El paciente reconoce la importancia de llevar la dieta adecuada para manejar adecuadamente la enfermedad

Nombre de la alumna:

ANALIDA CAMPOS MARTÍNEZ DE FUENTES

Centro de práctica:

Centro de Salud, San Andrés Itzapa, Chimaltenango

Período de práctica:

Julio de 2010

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<ul style="list-style-type: none">Pláticas a la consulta externa, sobre diferentes temas, los días martes a las 8:00 horas	<ul style="list-style-type: none">Informar a los pacientes de la consulta externa, sobre los servicios psicológicos ofrecidos, así como de otros temas de interés (salud, psicología, orientación, etc.)	<ul style="list-style-type: none">Pláticas programadas	<ul style="list-style-type: none">Material escrito (trifoliales)Material audiovisualCarteles	<ul style="list-style-type: none">La participación de los asistentes
<ul style="list-style-type: none">Atención de la clínica psicológica, los días lunes, martes, miércoles y jueves, de 8:30 a 13:30 horas.	<ul style="list-style-type: none">Brindar atención psicológica personalizada a los pacientes asistentes	<ul style="list-style-type: none">Proceso de psicodiagnósticoAtención terapéutica indicada	<ul style="list-style-type: none">Clínica psicológicaEscritorio, sillasLibreta, lápicesPruebas psicológicas de acuerdo a las necesidades individuales	<ul style="list-style-type: none">Observación de mejoras en cada caso atendido, de acuerdo a lo especificado por los pacientes
<ul style="list-style-type: none">Atención de los programas radiales del Centro de Salud. Temas: Orientación y comunicación con los hijos, inteligencia emocional, desintegración familiar.	<ul style="list-style-type: none">Dar a conocer a la población temas de interés psicológico, médico, de prevención en salud, servicios médicos del Centro de Salud, sociales, etc.	<ul style="list-style-type: none">Charlas en tiempo de aire radialAtención de llamadas de los radio oyentes	<ul style="list-style-type: none">Material escritoCabina de transmisión radialLínea telefónica	<ul style="list-style-type: none">Participación telefónica de los radioescuchas.
<ul style="list-style-type: none">Charla dirigida al grupo de pacientes diabéticos. Tema: El manejo adecuado de la diabetes en el diario vivir.	<ul style="list-style-type: none">Que los pacientes adquieran información profesional sobre el manejo de la enfermedad y actitud ante ella	<ul style="list-style-type: none">Plática dirigidaPresentación en power point	<ul style="list-style-type: none">Material escritoMaterial audiovisualCarteles	<ul style="list-style-type: none">Participación de los pacientesCambios de actitud observables
<ul style="list-style-type: none">Charlas educativo-informativas a los estudiantes del ciclo básico y diversificado, de los institutos nacionales de San Andrés Itzapa (INED, INEB)	<ul style="list-style-type: none">Darles educación y orientación sexual, de acuerdo a los requerimientos del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none">Charla dirigidaPresentación en power pointPresentación de material audiovisual	<ul style="list-style-type: none">Material escritoMaterial audiovisualDinámicas de grupoParticipación de los alumnos	<ul style="list-style-type: none">El estudiante analiza y reconoce la importancia vital del manejo adecuado de su sexualidad

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<ul style="list-style-type: none"> Pláticas a la consulta externa, sobre diferentes temas, los días martes a las 8:00 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Informar a los pacientes de la consulta externa, sobre los servicios psicológicos ofrecidos, así como de otros temas de interés (salud, psicología, orientación, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Pláticas programadas 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito (trifoliales) Material audiovisual Carteles 	<ul style="list-style-type: none"> La participación de los asistentes
<ul style="list-style-type: none"> Atención de la clínica psicológica, los días lunes, martes, miércoles y jueves, de 8:30 a 13:30 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar atención psicológica personalizada a los pacientes asistentes 	<ul style="list-style-type: none"> Proceso de psicodiagnóstico Atención terapéutica indicada 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica psicológica Escritorio, sillas Libreta, lápices Pruebas psicológicas de acuerdo a las necesidades individuales 	<ul style="list-style-type: none"> Observación de mejoras en cada caso atendido, de acuerdo a lo especificado por los pacientes
<ul style="list-style-type: none"> Atención de los programas radiales del Centro de Salud: Inteligencias múltiples, la VIF y el machismo, uso adecuado del internet para los jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer a la población temas de interés psicológico, médico, de prevención en salud, servicios médicos del Centro de Salud, sociales, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Charlas en tiempo de aire radial Atención de llamadas de los radio oyentes 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito Cabina de transmisión radial Línea telefónica 	<ul style="list-style-type: none"> Participación telefónica de los radioescuchas.
<ul style="list-style-type: none"> Charla dirigida al grupo de pacientes diabéticos. Tema: La toma de decisiones diarias y la diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los pacientes adquieran información profesional sobre el manejo de la enfermedad y actitud ante ella 	<ul style="list-style-type: none"> Plática dirigida Presentación en power point 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito Material audiovisual Carteles 	<ul style="list-style-type: none"> Participación de los pacientes Cambios de actitud observables
<ul style="list-style-type: none"> Capacitación del personal del Centro de Salud. Temas: Autoestima, trabajo en equipo, inteligencia emocional, inteligencias múltiples. 	<ul style="list-style-type: none"> Que el personal mejore en aspectos como autoestima, relaciones personales, desempeño laboral, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Plática informativa Presentación en power point Dinámica dirigida Elaboración de carteles 	<ul style="list-style-type: none"> Material escrito Material audiovisual Papel construcción Marcadores Bola de lana Hojas papel bond 	<ul style="list-style-type: none"> El personal mejora sus relaciones interpersonales, respeta las jerarquías, y mejora su actitud en el trabajo

3.4 Sub-programas

3.4.1 Programa de atención de casos

Introducción

Durante el proceso de práctica profesional dirigida, se desarrolla un programa específico para la atención de casos clínicos, poniendo en práctica tanto todos los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, como las herramientas psicológicas que se conocen. Para el efecto se establece determinada metodología a seguir, así como actividades específicas que, de la mano de las acciones terapéuticas adecuadas, están enfocadas en lograr la resolución de los cuadros patológicos diagnosticados. Todo ello, siempre bajo la dirección de la catedrática asesora de la práctica profesional.

Objetivos

General

- Desarrollar acciones terapéuticas adecuadas orientadas al logro de la resolución del conflicto detectado en el paciente.

Específicos

- Llevar a cabo las acciones terapéuticas adecuadas para el tratamiento del conflicto detectado
- Orientar al paciente hacia las herramientas propias que posee para lograr que resuelva por él mismo su problema
- Brindar consejería psicológica necesaria, si así fuera requerido

Actividades

- Entrevista inicial
- Desarrollo de los pasos integrativos del proceso de psicodiagnóstico (historia clínica, examen mental, impresiones clínicas, aplicación de batería de test indicados, diagnóstico diferencial, evaluación multiaxial de acuerdo al DSM-IV-TR, plan terapéutico, etc.)
- Desarrollo de las actividades adecuadas para la consecución de los resultados esperados, tal es el caso de aplicación de test, ejercicios de relajación, entrevistas, etc.

3.4.2 Programa de capacitación

Introducción

El proceso de práctica profesional dirigida conlleva de forma implícita, una serie de actividades orientadas a brindar capacitación a la población atendida, en aquellos temas que sean de interés social y de crecimiento personal. En tal sentido, se desarrolla un programa específico de capacitación, mismo que contiene actividades diferentes que permitan al alumno ponerse en contacto directo tanto con las personas atendidas, como con la comunidad a la que brindan sus servicios. Para el efecto, se llevan a cabo diversas acciones que estén dentro del marco de la orientación psicológica dirigida a diferentes grupos homogéneos (niños, adolescentes, adultos, etc.).

Objetivos

a) General

Brindar a la población atendida información profesional y asertiva en relación a diversos temas de interés social y personal, que permitan orientar en el aspecto psicológico a las personas a quienes se dirige la capacitación.

b) Específicos

- Informar a la población respecto de temas de interés social
- Ofrecer información profesional, científica y asertiva que permitan el crecimiento personal del individuo
- Brindar orientación psicológica eficaz a la población

Actividades

- Charlas dirigidas a diversos grupos homogéneos, entre ellos:
 - Escuelas primarias y preprimarias
 - Institutos de educación básica
 - Grupo de personas diabéticas
 - Grupo de Comadronas
- Programas radiales dirigidos a la comunidad en general, enfocando diversos temas de interés social y comunitario, de acuerdo a llamadas atendidas y solicitudes directas
- Charlas breves a pacientes de la consulta externa
- Capacitación al personal del Centro de Salud
- Actividades específicas solicitadas por el Director del Centro de Salud

Cronogramas de charlas impartidas

A continuación se presentan los cronogramas de las charlas impartidas en el Centro de Salud de San Andrés Itzapa, a los diferentes grupos con los cuales se trabajó.

Charla No. 1

Tema:	Violencia Intrafamiliar		
Dirigida a:	Grupo de comadronas de San Andrés Itzapa, radios, consulta externa		
Lugar:	Centro de Salud		
OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Que las comadronas se documenten con información profesional sobre el tema de la VIF, y poder transmitirlo a sus pacientes en las diferentes comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Charla dirigida • Taller de comprensión • Dinámica rompehielos: Los animales de la granja • Evaluación de comprensión, mediante participación activa • Resolución de dudas 	Material audiovisual Papelógrafos Carteles Línea telefónica (en el caso de las radios)	Que las comadronas conozcan y comprendan las diferentes formas de VIF y sean capaces de transmitir su aprendizaje.

Charla No. 2

Tema:	Salud mental y ayuda psicológica		
Dirigida a:	Grupo de diabéticos, radios, consulta externa		
Lugar:	Centro de Salud		
OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Lograr que los pacientes diabéticos reconozcan la importancia de la salud mental y la ayuda psicológica, para el manejo adecuado de la enfermedad y el logro de una vida de calidad.	Charla dirigida Participación de los pacientes antiguos	Material audiovisual Material escrito Línea telefónica (en el caso de las radios)	Que el paciente diabético cree una conciencia de salud mental necesaria para el manejo adecuado de la enfermedad. Que asista a la clínica psicológica del Centro de Salud.

Charla No. 3

Tema:	Abuso sexual		
Dirigida a:	Radioescuchas de Radio La Itzapeca y Radio Unión, Consulta externa		
Lugar:	Radios		
OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Que los radiooyentes conozcan qué es y cómo se da el abuso sexual, en todas sus manifestaciones.	Charla dirigida Atención telefónica de los radioescuchas, en relación a sus dudas	Equipo de audio Material escrito Línea telefónica (en el caso de las radios)	Que los radio oyentes busquen ayuda en caso de ser víctimas de abuso o acoso sexual, en la clínica psicológica del Centro de Salud

Charla No. 4

Tema:	El alcoholismo		
Dirigida a:	Consulta externa, radios		
Lugar:	Centro de Salud		
OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Informar a las personas sobre el alcoholismo, sus causas, efectos y formas de actuar	Charlas dirigidas Preguntas directas Aclaración de dudas	Material escrito Equipo de audio Línea telefónica (en el caso de las radios)	Que la población cree conciencia de la importancia de erradicar y tratar el alcoholismo adecuadamente. Que acepte el alcoholismo como un enfermedad

Charla No. 5

Tema:	Riesgos sexuales en la adolescencia		
Dirigida a:	Estudiantes del INEB, radios, consulta externa		
Lugar:	INEB		
OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Dar a conocer a la población atendida, los riesgos sexuales y consecuencias que se corren al manejar inadecuadamente la sexualidad durante la etapa de la adolescencia.	Charla dirigida Taller de comprensión Dinámica rompehielos: La manteca de iguana Aclaración de dudas Aclaración de dudas vía telefónica (en el caso de las radios)	Material escrito Material audiovisual Papelógrafos Línea telefónica (en el caso de las radios)	Que los jóvenes comprendan los riesgos que corren al manejar de forma inadecuada su sexualidad, durante la adolescencia. Que los padres de familia y maestros tengan información adecuada para poder brindar ayuda a los jóvenes.

Charla No. 6

Tema:	Drogadicción o adicción a las drogas		
Dirigida a:	Radioescuchas de Radio La Itzapeca y Radio Unción, consulta externa		
Lugar:	Radios		
OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Reconocer qué es la drogadicción y todos los elementos que la conforman. Conocer cómo actuar ante un caso de adicciones	Charla dirigida Aclaración de dudas Aclaración de dudas vía telefónica (en el caso de las radios)	Material escrito Carteles Línea telefónica (en el caso de las radios)	Que las personas conozcan las formas adecuadas de actuar ante la adicción a las drogas. Que busquen apoyo en la clínica psicológica del Centro de Salud

Charla No. 7

Tema:	Manejo adecuado del duelo		
Dirigida a:	Radioescuchas de Radio La Itzapeca y Radio Ucción, consulta externa		
Lugar:	Radios		
OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Que la persona conozca qué es el proceso de duelo, las etapas, y cómo se puede afrontar de una manera asertiva.	Charla dirigida Aclaración de dudas vía telefónica (en el caso de las radios).	Material escrito Material audiovisual Línea telefónica (en el caso de las radios)	Que la persona reconozca sus propias capacidades para afrontar el duelo. Que identifique en qué paso del proceso se encuentra, y cuál es la actitud adecuada.

Charla No. 8

Tema:	<i>El Bullying</i>		
Dirigida a:	Radioescuchas de Radio La Itzapeca y Radio Ucción, consulta externa		
Lugar:	Radios		
OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Dar a conocer qué es el <i>bullying</i> , cómo se desarrolla y las consecuencias que trae consigo. Ayudar a las personas para que actúen adecuadamente ante esta situación.	Charla dirigida Exposición de carteles Aclaración de dudas Aclaración de dudas vía telefónica (en el caso de las radios)	Material escrito Carteles Material audiovisual Línea telefónica (en el caso de las radios)	Que la persona identifique un caso de <i>bullying</i> y sepa cómo actuar adecuadamente. Que busque la ayuda psicológica en el Centro de Salud.

3.4.3 Programa de desarrollo del proyecto de salud mental

3.4.3.1 Introducción

El trabajo de práctica profesional dirigida contempla el desarrollo de un proyecto de salud mental, enfocado dentro de un marco de ayuda comunitaria para determinada población que esté necesitada del apoyo de la Psicología. En tal sentido, los alumnos y alumnas deben diseñar y poner en marcha dicho proyecto, para poder no sólo brindar la ayuda necesaria a los pobladores de la región, sino para poner en práctica los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos. Para el efecto, se desarrolla el análisis necesario para seleccionar la comunidad que se visualice como necesitada de la ayuda que se brindará.

3.4.3.2 Objetivos

➤ General:

Actuar eficaz y asertivamente ante la situación detectada en la comunidad seleccionada, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado.

➤ Específicos:

- a) Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de la comunidad seleccionada.
- b) Ayudar al grupo y a la persona en lo individual mediante las técnicas y herramientas psicológicas adecuadas y necesarias.
- c) Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación sobre la que se enfoque el proyecto de forma asertiva y efectiva.

- d) Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, ante la problemática que sea detectada.

3.4.3.3 Actividades

- ✓ Análisis de las comunidades aledañas de la región, en las cuales se necesite la ayuda psicológica
- ✓ Determinación de los recursos humanos, económicos y materiales con los que se cuenta
- ✓ Asignación de tareas y asignaciones específicas a los alumnos y alumnas
- ✓ Planificación de actividades a desarrollar, objetivos, y metodología necesarios
- ✓ Supervisión y organización del evento
- ✓ Desarrollo de la actividad
- ✓ Análisis de los resultados obtenidos

3.4.3.4 Cronograma de actividades interaula

Actividades	Fecha	Análisis de resultados
Asignación de nuevas tareas	Cada sábado en el aula	El sábado posterior, en el aula
Revisión de las tareas asignadas	Cada sábado en el aula	El sábado posterior, en el aula
Reuniones extraordinarias	Cuando sea requerido	El sábado posterior, en el aula

3.4.3.5 Cronograma de actividades realizadas en el desarrollo del proyecto

ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación (énfasis en la intervención psicológica que se brindará)	Mirian Castro (español) Marta Lidia Aguilar (Kaqchiquel)	10 min
Información general sobre las actividades a desarrollarse (especialidades médicas, atención psicológica a grupos específicos, entrega de medicamentos, etc.)	Sara Bala	10 min
Intervención psicológica a los grupos específicos, de acuerdo a cada plan de acción elaborado	Cada grupo responsable, de acuerdo al plan de intervención elaborado para la población específica que será atendida	El tiempo que sea requerido
Conducción de personas a las especialidades médicas (aclaración de dudas, persuasión de la necesidad de exámenes para mujeres, etc.)	Cada grupo responsable	15 min
REFACCIÓN PARA LOS COLABORADORES		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea requerido
ALMUERZO PARA COLABORADORES Y ESTUDIANTES (30 min)		
Continuación de la intervención psicológica y atención médica (si fuera necesario)	Cada grupo responsable	El tiempo que sea requerido
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	10 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de Fuentes	Toda la actividad

Capítulo IV

Presentación de resultados

Introducción

Los casos atendidos durante el proceso de la práctica profesional, generan resultados positivos que reflejan el nivel de aprendizaje y efectividad que el alumno o alumna ha alcanzado a lo largo de la carrera. Los casos que se presentan son de diversa índole, por lo que se utilizan los diferentes modelos, métodos, técnicas y herramientas psicológicas aprendidas, para la consecución de los resultados esperados, los cuales son notables en el avance que los pacientes manifiestan durante la terapia.

A continuación se presentan los resultados de los logros obtenidos en los diferentes casos atendidos durante la práctica profesional.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

Los logros obtenidos durante el período del trabajo de práctica, fueron satisfactorios y reflejaron la preparación académica y buen uso de las herramientas psicológicas que se reciben a lo largo de la carrera. Dentro de los logros obtenidos se pueden mencionar:

- La credibilidad en la atención psicológica por parte de la población en San Andrés Itzapa, tanto en la clínica psicológica del Centro de Salud, como en la audiencia de los programas radiales y afluencia creciente de personas en los grupos atendidos.
- La puesta en práctica de las diferentes técnicas y herramientas psicológicas aprendidas a lo largo de la carrera.
- Los beneficios para los pacientes atendidos, de acuerdo a sus comentarios al Director del Centro de Salud.

- La atención de diversos grupos que hasta entonces, no habían tenido el apoyo de los servicios psicológicos (grupo de diabéticos, comadronas, estudiantes, personal del Centro de Salud, etc.)
- El reconocimiento de la efectividad de la labor psicológica, específicamente por parte de la población indígena.
- Los cambios actitudinales evidenciados en el personal del Centro de Salud

4.1.2 Limitaciones

Dentro de las limitaciones encontradas en el programa de atención de casos, se presentan las siguientes:

- ◆ Pacientes de habla Kaqchiquel
- ◆ La no credibilidad en la Psicología por parte de algunos pacientes hombres
- ◆ La falta de espacio para la clínica psicológica, al inicio de la práctica
- ◆ La actitud negativa de la Trabajadora Social del centro
- ◆ La distancia de las radioemisoras del lugar
- ◆ La falta de apoyo por parte de las autoridades educativas
- ◆ El incumplimiento de algunos pacientes, con las citas programadas

4.1.3 Conclusiones

- El programa de atención de casos contemplado dentro de la práctica profesional, deja una experiencia enriquecedora al alumno o alumna.
- La atención de casos individuales ofrece al alumno la experiencia de desempeñarse como profesional de la Psicología.
- Se logra una mejor y más objetiva visualización de las necesidades y requerimientos que todo facultativo debe contemplar ya en la práctica de la profesión.

4.1.4 Recomendaciones

- Designar a una persona que supervise el trabajo desarrollado por el alumno o alumna en el centro de práctica.
- Establecer vínculos profesionales de trabajo conjunto con diversas instituciones de servicios clínicos de la región, con la intención de tener un banco de datos que pueda ser aprovechado por los futuros alumnos practicantes.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos (historias clínicas)

A continuación se presentan las historias clínicas de cinco de los 33 pacientes atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida, en el Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango. Para resguardar la confidencialidad de cada paciente, se omite el nombre del mismo.

Caso No. 1

1. Datos Generales

Nombre:	Y.Y.X.S.
Edad:	16 años
Sexo:	Femenino
Grado de escolaridad:	6o. Primaria
Religión:	Católica
Lugar de residencia:	Cantón San Lorenzo, San Andrés Itzapa, Chimaltenango
Nombre del padre:	G.X.C.
Nombre de la madre:	T.S. de X.

2. Motivo de consulta

La paciente manifiesta dolor de cabeza constante, desesperación, angustia, pánico, nervios, escalofríos, fuertes palpitaciones, pensamientos recurrentes de su propia muerte, miedo a estar poseída por un espíritu maligno, gran temor al día viernes.

3. Síntomas y Signos

- Dolor de cabeza constante
- Desesperación
- Angustia
- Pánico
- Nervios
- Escalofríos
- Fuertes palpitaciones
- Pensamientos recurrentes de su muerte
- Miedo a estar poseída por un espíritu maligno
- Gran temor al día viernes
- Actitud retraída
- Llanto
- Tristeza
- Sentimientos de culpa

4. Historia del problema actual

La paciente refiere que hace seis meses, después de haber visto el cadáver de un familiar que falleció de cáncer terminal, ella convulsionó hasta quedar inconsciente. Esto ocurrió un día viernes por la tarde, luego del servicio religioso fúnebre al que asistió. Él haber visto al cadáver le causó un fuerte impacto, lo cual le hace pensar que el espíritu de dicha persona la poseyó y que las convulsiones fueron producto de dicha posesión.

Como este suceso ocurrió un viernes por la tarde, la paciente piensa que ella va a morir ese día, lo cual le crea un gran temor y angustia específicamente en esa fecha. Por dicha razón

prefiere estar escondida en su casa, sin levantarse ni salir, para no morir un viernes. En ese día sufre de gran angustia, miedo, pánico, dolor de cabeza, fuertes palpitaciones y escalofríos constantes. Ya se le han practicado exámenes diagnósticos (TAC, RM, EEG), los cuales no han arrojado datos que confirmen alguna enfermedad médica a nivel cerebral o cardíaco.

5. Factor precipitante

El haber visto al cadáver del familiar

6. Impacto del problema en el sujeto y la familia

La paciente ha experimentado un fuerte cambio en sus actividades cotidianas, así como para con su grupo familiar. Esto le ha creado fuertes críticas por parte de sus hermanos y burlas por parte de los vecinos.

De igual forma le ha afectado en la relación familiar, pues el día viernes que es de trabajo para la familia, ella prefiere estar escondida en su casa, lo cual genera problemas con su papá, así como discusiones entre los dos padres de familia.

7. Antecedentes personales

De acuerdo a entrevista con la madre, la paciente ha sido una persona muy tranquila desde niña, no habiendo tenido problemas conductuales ni en el hogar, ni en la escuela. Así mismo, refiere que en su familia no existen antecedentes que reflejen algún factor hereditario de algún cuadro clínico específico.

8. Historia médica

La madre de la paciente no refiere antecedentes de problemas tanto de salud. Ella ha sido una persona muy sana, habiendo padecido únicamente de algunas enfermedades médicas propias de la infancia (rubéola, paperas, gripe). Cuenta con todas las vacunas requeridas en los primeros años, así como la vacuna contra la hepatitis B y la influenza.

9. Historia familiar

El grupo familiar al que pertenece la paciente está formado por el padre, la madre, un hermano mayor (18), y dos menores (9 y 3 años). Son una familia integrada, comparten muchas actividades y labores para el sostenimiento del hogar. Viven en casa propia y cultivan hortalizas. Solamente el hijo mayor y el tercero estudian en la actualidad, por razones económicas. Esta situación provoca malestar a la paciente, pero la madre refiere que el próximo año ella continuará sus estudios.

10. Impresión Clínica

- 1) Fobia específica
- 2) Trastorno de ansiedad generalizada
- 3) Trastorno de ansiedad no especificado
- 4) Trastorno de pánico

11. Batería de test aplicados

- a) Test de la figura humana
- b) Test de la familia
- c) T.A.T

12. Diagnóstico diferencial

Dentro de las impresiones clínicas que surgieron, se descartan los siguientes cuadros patológicos, dando paso así, al Diagnóstico Diferencial del presente caso:

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de pánico

Los trastornos arriba indicados se descartan por no llenar los criterios especificados en el DSM-IV-TR, de acuerdo a los síntomas y signos del presente caso. En consecuencia, no pueden tomarse como un diagnóstico clínico adecuado.

13. Evaluación multiaxial

- Eje I:** F40.2 Fobia Específica de tipo situacional (al día viernes)
Eje II: Sin diagnóstico
Eje III: Sin diagnóstico
Eje IV: Problemas relativos al ambiente social por fallecimiento de un amigo
Otros problemas psicosociales por exposición a una situación hostil
Eje V: 60-51 Síntomas moderados en la actividad familiar y social

14. Plan terapéutico

Por tratarse de un cuadro de fobia específica, se desarrollarán con la paciente el siguiente plan terapéutico:

- a) Terapia cognitivo-conductual
- b) Desensibilización sistemática
- c) Terapia ocupacional (en su casa)

■ Caso No. 2

1. Datos Generales

Nombre:	J.E.G.M.
Edad:	37 años
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada (separada desde hace cinco años)
Grado de escolaridad:	Técnico en Laboratorio

Religión: Evangélica
Lugar de residencia: Chimaltenango

2. Motivo de consulta

Desesperación por la situación conyugal, deseos de escapar, deseo sexual permanente, constante insatisfacción sexual, excitación sexual rápida e involuntaria, uso de objetos o imágenes para excitarse sexualmente, malestar e incomodidad en la relación con sus hijas.

3. Síntomas y signos

- Ansiedad
- Nerviosismo
- Risa persistente
- Insistencia en hablar sobre sexo
- Habla rápida e incoherente
- Malestar general causado por el deseo sexual repentino
- Sudoración excesiva
- Migraña eventual
- Arrepentimiento por sus conductas sexuales impulsivas

4. Historia del problema actual

La paciente refiere malestar por el permanente deseo y excitación sexual que experimenta, aún sin entrar en contacto físico con alguna persona. Esto le provoca problemas a nivel familiar, social y personal, y le provoca sentimientos de desvalorización y culpa.

5. Factor precipitante

La falta de auto-control ante sus constantes impulsos y deseos sexuales.

6. Impacto del problema en el sujeto y la familia

Refiere que padece de un deseo sexual insaciable, constante y molesto, pues eso le provoca el no poder tener una relación de pareja formal y seria. Adicionalmente, le causa serios problemas a nivel familiar específicamente con sus hijas de 10 y 9 años, quienes le reclaman constantemente por sus diversas parejas sexuales, a quienes introduce en su casa.

7. Antecedentes personales

La paciente refiere se una persona muy impulsiva y agresiva, con tendencias a dominar a las personas a su alrededor. Es viuda y está casada con una persona que la abandonó hace cinco años. Se autodescribe como una persona muy alegre, social, pero con un carácter muy fuerte e impositivo. Gusta de sostener relaciones sentimentales con personas menores que ella.

8. Historia médica

La persona no refiere antecedentes médicos de importancia, aunque actualmente experimenta sentimientos de ansiedad repentinos, por lo que suele automedicarse. No reporta enfermedades mayores, ni hospitalizaciones.

9. Historia familiar

La paciente refiere que tiene cinco años de estar separada de su esposo, con quien convivió únicamente por tres meses. Esto debido a su carácter dominante y deseo sexual irrefrenable, lo cual le ha causado siempre muchos inconvenientes y problemas en sus relaciones de pareja, y que si bien es cierto le ha causado placer por varios años, actualmente le provoca malestar porque se ha dado cuenta que altera su actividad personal y social cotidiana, de forma negativa.

Refiere que cuando tenía siete años y por espacio de varios más, el abuelo abusó de ella sin llegar a la penetración (felación) a cambio de darle dinero. En ocasiones sentía placer, pero se interesó más en la obtención del dinero. Se cataloga a sí misma como una persona sumamente dominante, agresiva, alegre, y por lo regular es insaciable en el aspecto sexual.

La paciente tiene dos hijas (10 y 9 años) con quienes tiene una mala relación. No hay comunicación asertiva, pues constantemente le hacen reclamos por dejarlas solas y tener diferentes parejas. Ella asegura que las quiere, pero que preferiría que no estuvieran, pues quiere vivir su vida y ve a sus hijas como un obstáculo para llevar a cabo las actividades que le gusta hacer.

10. Impresión clínica

- a) Trastorno del control de los impulsos
- b) Trastorno obsesivo-compulsivo
- c) Depresión con facetas maníacas

11. Batería de test aplicados

- a) Test de la figura humana
- b) Test de la familia
- c) T.A.T
- d) Test de autoestima

12. Diagnóstico diferencial

- 1) Trastorno obsesivo-compulsivo (del deseo sexual)
- 2) Factores psicológicos que afectan al estado físico

13. Evaluación multiaxial

Eje I: F52.9 Trastorno sexual no especificado

F63.9 Trastorno de los impulsos no especificado

Eje II: F60.9 Trastorno de la Personalidad obsesiva-compulsiva

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo por abuso sexual o físico
Problemas relativos al ambiente social por adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales

Eje V: 60-51 Síntomas graves en la actividad familiar y social

14. Plan terapéutico propuesto

- a) Terapia racional emotiva
- b) Terapia cognitivo-conductual
- c) Logoterapia
- d) Terapia familiar
- e) Apoyo en el modelo psicodinámico

Se le sugerirá llevar a sus hijas a terapia individual, para obtener mejores resultados tanto a nivel individual, como del grupo familiar.

Caso No. 3

1. Datos generales

Nombre: A. Z.
Sexo: Femenino
Edad: 50 años
Religión: Católica
Escolaridad: Nivel primario

Ocupación: Ama de casa

Estado civil: Casada

2. Motivo de consulta

La paciente refiere un estado permanente de ansiedad y cambios de humor provocados por la supuesta infidelidad de su esposo.

3. Síntomas y signos

- Insomnio
- Desesperación
- Deseos de morir
- Rencor y odio hacia su esposo
- Pérdida del deseo sexual
- Sudoración excesiva
- Bochornos constantes (calores)
- Obsesión por hacer determinadas tareas
- Es perfeccionista y exigente
- Se enoja con gran facilidad
- A veces no sabe lo que quiere

4. Historia del problema actual

La paciente no tiene deseos de convivir con su esposo, porque piensa que la engaña. Esto deriva en la desesperación y ansiedad que siente, así como en el rencor y odio hacia él. Refiere una actitud obsesiva por hacer las cosas con rapidez y exactitud, lo cual le provoca desesperación y ansiedad. Esta situación la ha vivido desde hace dos años aproximadamente.

5. Factor precipitante

La supuesta infidelidad del esposo, situación que no pudo comprobar y de la que sólo tiene sospechas por rumores que ha escuchado y por suposiciones propias.

6. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La paciente hace referencia al desequilibrio personal que provoca su actitud obsesiva, así como la actitud de rechazo por parte de su esposo e hijos, a quienes desespera.

7. Antecedentes personales

La señor informa que siempre ha sido una persona muy rencorosa, desconfiada y con mucha tristeza en su interior, situación que la hace estar dudando constantemente de cuanto le rodea. Se describe como una mujer muy activa, responsable, alegre, solidaria y humana.

8. Historia médica

En relación al historial médico, refiere que ha asistido al Hospital de Salud Mental por su situación emocional tan impredecible, lo cual le ha generado una baja autoestima por creerse enferma y hasta peligrosa. El psiquiatra que la atendió no le diagnosticó ningún problema que ameritara asistir a dicho nosocomio. Sin embargo ella continuó asistiendo.

Refiere también, que desde niña ha padecido de tristeza, melancolía y soledad, lo cual ha derivado en que constantemente ingiera medicamentos contra la depresión, sin obtener resultados positivos.

9. Historia familiar

La señora informa respecto del abandono de su madre cuando era niña debido a que su padrastro no quiso que viviera con ellos, ni con sus nuevos hermanos. Tuvo que vivir con familiares y a veces sola, lo cual la puso ante la necesidad de defenderse y sobrevivir por sus propios medios, hasta los 20 años en que contrajo matrimonio con su actual esposo.

Desde niña y hasta los 20 años, sufrió demasiados maltratos, abandono, desprecios y tristeza por la incapacidad de su madre para tenerla junto a ella. Siempre observaba a la nueva familia de su mamá, y se reunía con ellos cuando el padrastro no estaba en casa. Los

familiares con los que vivió la despreciaban mucho, hasta que llegó a vivir con la abuela quien le dio buen trato y cariño, hasta los 7 años cuando murió. Luego regresó a su vida de casa en casa con los familiares, hasta casarse.

Actualmente vive con su familia conformada por 4 hijos mayores y su esposo. Dice tener una vida muy tranquila y feliz, y es muy estable en lo económico, pero sufre al pensar que su esposo le es infiel, aunque no lo ha podido comprobar.

10. Impresión clínica

- a) Trastorno obsesivo-compulsivo
- b) Trastorno de ansiedad generalizada
- c) Trastorno paranoide de la personalidad
- d) Trastorno somatomorfo

11. Batería de test aplicados

- a) T.A.T
- b) Test de la figura humana
- c) Test de autoestima

12. Diagnóstico diferencial

- a) Trastorno de ansiedad generalizada
- b) Trastorno somatomorfo

13. Evaluación multiaxial

Eje I: F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

- Eje II:** F60.9 Trastorno paranoide de la Personalidad
- Eje III:** Alteraciones hormonales propias de la edad (menopausia)
- Eje IV:** Problemas relativos al grupo primario de apoyo por abuso sexual o físico
- Eje V:** 60-51 Síntomas graves en la actividad familiar y social

14. Plan terapéutico

- a) Se refiere a la paciente al médico ginecólogo, para descartar problemas a nivel hormonal, con el resultado siguiente:
- Terapia hormonal de reemplazo (prescrita por el médico ginecólogo)
 - Prescripción de antidepresivos (prescrita por el médico ginecólogo)
- c) Terapia racional emotiva
- d) Terapia cognitivo-conductual
- e) Técnicas de regresión y relajación
- f) Terapia ocupacional



Caso No. 4

1. Datos Generales

Nombre:	F.E.G.
Edad:	38 años
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada
Grado de escolaridad:	Nivel primario
Religión:	Evangélica
Lugar de residencia:	San Andrés Itzapa

2. Motivo de consulta

Tristeza profunda, desesperación, deseos de no vivir, mucho dolor en el cuerpo debido a la diabetes que padece desde hace cinco años.

3. Síntomas y signos

- Tristeza profunda
- Desesperación
- No tiene deseos de nada
- Cambios de humor repentinos
- Llanto
- Dolor en el cuerpo
- Dificultad para caminar
- Falta de apetito
- Sueño permanente

4. Historia del problema actual

La paciente refiere que desde hace tres años su esposo le fue infiel y tuvo un hijo con otra mujer, quien vendió al niño y se quedó con el esposo. Él terminó esa relación por la acción de la persona, regresando a su hogar. Tiene 5 hijos en un rango de 12 a 3 años. Ella es paciente diabética desde hace 3 años; utiliza insulina diariamente. Ella no puede perdonar a su esposo y piensa que aún le es infiel, aunque él ha demostrado un cambio radical en su conducta. Ella se enoja con facilidad, y luego se sume en una profunda tristeza y melancolía. A veces ya no siente deseos de vivir.

5. Factor precipitante

La infidelidad de su esposo, aunado a la diabetes que ella padece.

6. Impacto del problema en el sujeto y la familia

Refiere que su conducta está dañándola no sólo a ella, sino a su esposo e hijos, pues la relación familiar se ha visto seriamente dañada por tal motivo. Sin embargo, el esposo se muestra cariñoso y muy responsable con los hijos, aunque a veces se torna violento y los golpea. Ella piensa que va a morir en cualquier momento y va a dejar solos a los niños, lo cual le provoca una angustia constante. Esto ocasiona que los hijos sufran mucho.

7. Antecedentes personales

La paciente refiere ser una persona muy tranquila y obediente, aunque últimamente su carácter ha cambiado mucho, tornándose irritable y melancólica. Antes de que le detectaran diabetes, su vida fue muy tranquila y estable. Quiere seguir adelante por sus hijos que son quienes la inspiran a continuar con la lucha.

8. Historia médica

La persona refiere que antes de la diabetes, no padeció de alguna enfermedad significativa. Tuvo cinco embarazos, y el último lo desarrolló ya dentro del cuadro diabético. Esto la debilitó mucho y empeoró la situación. Utiliza insulina diariamente, así como una dieta estricta adecuada a la situación y requerimientos nutricionales necesarios.

9. Historia familiar

La señor informa que su vida fue tranquila hasta los primeros años de matrimonio. Su familia nuclear fue muy armoniosa y unida. Actualmente vive con su esposo, hijos y suegra, quien la ayuda en los quehaceres domésticos. Sufre por la conducta infiel de su esposo, y por la agresividad que a veces manifiesta hacia ellos, golpeándolos e insultándolos severamente, lo cual hace que ella se altere y pierda el control sobre la enfermedad.

10. Impresión clínica

- a) Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- b) Trastorno distímico
- c) Trastorno depresivo mayor

11. Batería de test aplicados

- a) Test de la figura humana
- b) Test de la familia

12. Diagnóstico diferencial

- 1) Trastorno distímico
- 2) Trastorno depresivo mayor

13. Evaluación multiaxial

Eje I: F52 Trastorno de ánimo debido a enfermedad médica

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Diabetes tipo A

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo por enfermedad médica

Problemas relativos al ambiente social por adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales

Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria

Eje V: 50-41 Síntomas graves en la actividad familiar y social

14. Plan terapéutico propuesto

- a) Terapia racional emotiva
- b) Terapia cognitiva
- c) Logoterapia
- d) Terapia familiar

■ Caso No. 5

1. Datos Generales

Nombre:	E.X. de A.
Edad:	25 años
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada
Grado de escolaridad:	Ninguno
Religión:	Evangélica
Lugar de residencia:	San Andrés Itzapa

2. Motivo de consulta

La paciente intentó suicidarse debido a que su esposo ya no quiere tener más hijos con ella, y eso le quita el deseo de vivir. Tiene mucha tristeza, desesperación y crisis nerviosas constantes.

3. Síntomas y signos

- Tristeza profunda
- Desesperación

- No tiene deseos de vivir
- No cree que haya solución
- Llanto constante
- Dolor de cabeza (cefalea)
- Dificultad para concentrarse
- Desmotivación

4. Historia del problema actual

La paciente refiere que desde hace cinco meses no tiene relaciones sexuales con su esposo, porque él ya no quiere tener más niños. Actualmente tienen una niña de 3 años, y la señora no concibe la idea de ya no tener más hijos. Está segura de su esposo, porque lo considera un buen hombre, pero se siente derrotada y sin ganas de vivir porque él ya no se le acerca, y no le da explicaciones.

5. Factor precipitante

La falta de actividad sexual con su cónyuge, y la decisión de él sobre no tener más hijos.

6. Impacto del problema en el sujeto y la familia

Refiere que su conducta la provocó el hecho de no tener más encuentros sexuales con su esposo, y a la decisión de él de ya no tener más hijos. Esto ha afectado severamente a su persona, aunque nunca había demostrado nada, porque piensa que la mujer debe acatar lo que el esposo le ordene. Ya no siente deseos de estar con su hija, ni de atenderla. Esto provoca malestar a la suegra, quien constantemente le llama la atención, provocando el enojo y desesperación en la paciente.

7. Antecedentes personales

La paciente refiere ser una persona muy tranquila, trabajadora y tímida. Tiene una vida muy estable en lo económico y material. Su esposo es muy responsable y ella cree que la quiere mucho. Considera a su hija como su mayor tesoro, y lleva una muy buena relación tanto con los padres de su esposo, como con los suyos.

8. Historia médica

La persona no refiere ninguna enfermedad significativa durante su vida. Ha gozado de perfecta salud, y escasamente ha ingerido algún medicamento prescrito por el médico durante su embarazo.

9. Historia familiar

La señora informa que su vida es tranquila y muy estable. Existe mucha armonía entre su esposo y ella, por lo que se le hace extraña la decisión que él ha tomado respecto de tener más hijos. Su familia nuclear fue siempre bastante unida y armoniosa, y la relación con su familia política también es bastante buena.

10. Impresión clínica

- a) Trastorno depresivo mayor
- b) Trastorno de ansiedad generalizada
- c) Trastorno límite de la personalidad

11. Batería de test aplicados

Posterior a la crisis suicida:

- a) Figura humana
- b) Test de la familia

c) Autoestima

12. Diagnóstico diferencial

- 1) Trastorno de ansiedad generalizada
- 2) Trastorno límite de la personalidad

13. Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno depresivo mayor

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario

Eje V: 20-11 Algún peligro de causar lesiones graves a otros o a sí mismo

14. Plan terapéutico propuesto

- a) Terapia breve y de emergencia
- b) Terapia racional emotiva
- b) Logoterapia
- d) Terapia de pareja

4.2 Programa de capacitación

4.2.1 Logros

Los logros obtenidos en el programa de capacitación desarrollado en la práctica profesional, con las diversas acciones que se llevan a cabo dentro del marco de la orientación psicológica dirigida a diferentes grupos homogéneos (niños, adolescentes, adultos, etc.), permitió la obtención de experiencias de crecimiento personal y profesional

para la alumna practicante, al estar en contacto directo con los grupos en mención. Dentro de los logros alcanzados se mencionan los siguientes:

- ❖ Experiencia en el manejo de grupos y las diferentes experiencias que surgen
- ❖ Superación en el manejo y dominio de diferentes temáticas
- ❖ Mayor conocimiento del enfoque e idiosincrasia de la comunidad
- ❖ Se establecieron contactos con diferentes autoridades de la comunidad
- ❖ Acercamiento con los diferentes grupos sociales

4.2.2 Limitaciones

De igual forma, se reconocen ciertas limitaciones que hubo que afrontar durante el desarrollo del programa de capacitación, a saber:

- Atención de personas cuyo idioma principal es el Kaqchiquel
- La falta de apoyo de las autoridades educativas de ciertos establecimientos
- Tener que compartir eventualmente el espacio disponible, con otro grupo de profesionales

4.2.3 Contenido de charlas desarrolladas

A continuación se detalla el contenido de las diferentes charlas impartidas, con la descripción de los datos específicos de cada una de ellas:

Charla No. 1

Síntesis del contenido: Violencia intrafamiliar –VIF-

1. En la actualidad, la Violencia Intrafamiliar –VIF- es un mal que destruye la integridad y la unión familiar, dejando heridas profundas y a veces imborrables en la persona que es lastimada (la mujer, en la mayoría de los casos), y a los hijos que tristemente se convierten en espectadores silenciosos y a veces víctimas directas de la Violencia

Intrafamiliar.

2. Poco a poco y al guardar silencio de lo que está viviendo, la persona se va convirtiendo en el blanco de golpes, insultos, humillaciones y toda clase de bajezas que le hacen perder su autoestima, su valor propio; automáticamente, va desvalorizándose y se convierte en receptora de toda clase de barbaries que su pareja realiza sobre ella.
3. La sociedad ante la VIF: A veces las mismas personas que están en el entorno próximo de la víctima son las que contribuyen a que se mantenga e incremente la violencia, aconsejando a la mujer a que calle con tal de guardar las apariencias y no permitir que se dé un divorcio en la familia o grupo de iglesia. En otras ocasiones, en el caso de la mujer es por cuestiones culturales que se dice que la mujer divorciada o separada, no es buena.
4. La sociedad a través de sus normas y reglas puede hacer que la mujer se hunda más en el marco de la VIF, al inculcarle que “la mujer debe ser sumisa y obediente”, incluso ante el maltrato del esposo. Aquí empieza la encrucijada de la mujer ante el mandato de que “la mujer debe ser sumisa a su esposo”. Sin embargo estas palabras son muy mal interpretadas. La mujer será sumisa a su esposo, si él es un hombre sumiso y sujeto a los mandatos que Dios le da, a través de Su palabra. Esto en ningún momento incluye maltratar y humillar a su esposa.
5. La iglesia ante la VIF: Es muy importante mencionar que ante la postura de la iglesia, tanto católica, como evangélica y judía, la mujer encuentra muchas veces un camino de doble vía, dado que la religión le manda claramente “cargar la cruz”, lo cual se entiende como aceptar humildemente lo que se le presente en la vida matrimonial, y por el otro lado, la iglesia condena enérgicamente la VIF y apoya a la mujer maltratada y le indica que debe ser ella como la persona afectada, quien debe estar dispuesta en primer lugar, a salir de ese mundo violento.
6. El matrimonio es un pacto sagrado entre dos personas que ante Dios, se comprometen a amarse y respetarse siempre. Sin embargo, dicho pacto se rompe cuando aparece la

VIF. Cuando el esposo golpea, insulta y maltrata a la esposa, definitivamente ese pacto se quebranta.

Tipos de VIF

- **Violencia verbal:** Existen insultos, palabras humillantes, menosprecio, ninguna muestra de amor en las palabras y actos de la persona que abusa y maltrata. Además, se ejerce influencia sobre los hijos, quienes entre hermanos llegan un punto de intolerancia y de una total falta de respeto de unos para con otros.
- **Violencia física:** La persona abusadora, al no poder controlar una situación así como los problemas que tiene dentro de ella misma, y ante su propia frustración, recurre a golpear a la pareja y a los hijos. Con los golpes se cree que hay dominio sobre la familia y que se logra respeto y obediencia. Sin embargo, no se da cuenta que al golpearlos, la familia se aleja más y hace crecer en ellos sentimientos de odio y resentimiento.
- **Violencia psicológica:** Al ejercer su autoridad a base de golpes e insultos, humillaciones y menosprecios, la persona abusadora ataca psicológicamente tanto a su pareja, como a sus hijos, haciendo que ellos se sientan seres inútiles, fracasados y siempre con un sentimiento de culpa al pensar que son ellos quienes no dan apoyo y comprensión. Aparentemente la persona abusadora queda como la víctima que intenta desempeñar un buen papel pero que no lo logra por la falta de apoyo de la familia.
- También se puede dar la violencia psicológica “pasiva y suave”, pues al permitir siempre que la pareja maltrate y humille a los hijos. La persona que calla el maltrato hacia los menores está siendo partícipe de violentarlos y fomenta una baja autoestima en ellos y en ella misma.
- **Violencia intrafamiliar o doméstica:** La VIF fomenta familias con un ambiente y entorno familiar agresivo, hostil, duro, negativo y con un total desamor de unos hacia

otros. La violencia la ejercen unos contra otros y cada quien a su nivel, pero siempre con un enfoque de humillar o menospreciar al otro. Aunque exista alguien que tiene el deseo de arreglar un poco la situación, el grupo entero impide que haya una mejor al no lograr tener una buena y efectiva comunicación. No se habla con la verdad ni con honestidad. No existen valores ni principios bien cimentados, sino solamente de forma superficial y aparente.

Cómo actuar

Desde que la mujer se da cuenta que el esposo está empezando a ejercer un dominio negativo sobre ella, que la anula, la humilla y la oprime, debe entender que esto es violencia intrafamiliar. El paso principal es no tener miedo, no callar y denunciar. La persona maltratada en todo momento debe estar segura que las leyes actuales contemplan artículos que la protegen contra la Violencia Intrafamiliar.

La persona debe recapacitar y despertar cuando es víctima de la VIF para poder volver a encontrarse a sí misma. Así mismo, debe estar segura que el sufrimiento que se da con la VIF no es redentivo y que ninguna religión acepta bajo ninguna circunstancia, la violencia contra la persona. Puede lograrlo acudiendo al sacerdote, pastor, etc. y al líder religioso de la comunidad a la que asista, siempre y cuando no le aconseje aguantar o cargar esa cruz de maltratos. También puede acudir a las delegaciones de Derechos Humanos o Juzgados de Familia que existan en su comunidad, pero bajo ningún punto de vista, deberá guardar silencio, callar ante la infamia de una persona que la ultraja en su dignidad de mujer.

Así mismo, debe enseñárseles a los hijos los conceptos de igualdad y respeto hacia los demás, especialmente para con la mujer y darle el ejemplo de dignidad y respeto que debe tenerse por sí misma una persona.

Charla No. 2:

Síntesis del tema: Salud mental y ayuda psicológica

Salud mental, estado que se caracteriza por el bienestar psíquico y la autoaceptación. Desde una perspectiva clínica, la salud mental es la ausencia de enfermedades mentales.

Según estimaciones publicadas en octubre de 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional.

En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

La Psicología: es la ciencia de la conducta y los procesos mentales. El psicólogo apoya en la resolución de perturbaciones mentales y emocionales, en problemas personales y sociales. Apoya también en:

- Conflictos internos no resueltos
- Conducta inadecuada
- Relaciones interpersonales negativas y nocivas
- Pérdida del equilibrio emocional y psicológico
- Crecimiento personal insatisfactorio
- Patologías o enfermedades emocionales
- Problemas a nivel de pareja, de familia, educativos, etc.

Manejo adecuado de la enfermedad: A través de la orientación y ayuda psicológica se logra que el paciente mejore su visión ante la enfermedad de la diabetes, al conocer nuevas técnicas de auto control, relajamiento, conocimiento de la dieta adecuada, actitud ante la

vida, etc. Se trabaja a nivel de cognición (mental) y de cambio de actitudes equívocas (conductual). También resulta efectiva la terapia ocupacional.

Charla No. 3

Síntesis del tema: Abuso sexual

1. El abuso sexual es una acción realizada por una persona hacia otra, con vías a conseguir placer sexual de diversas formas. Generalmente es por la fuerza, en contra de la voluntad de la víctima.
2. El abuso sexual es muy común hacia las mujeres y los menores de edad (niños y adolescentes), y en muchas ocasiones es cometido por algún familiar o amigo de la familia.
3. El abuso sexual se puede dar también dentro del matrimonio, cuando la persona es forzada a tener relaciones sexuales (violación).
4. El abuso sexual no siempre se trata de “tener sexo” con la persona, sino también se realiza por medio de tocar o “manosear” a la víctima sin que ella lo desee. También por abrazos, miradas, palabras obscenas o “sucias” que se relacionen al sexo.
5. También es a través de exponer o enseñar los genitales a una persona.
6. El abuso sexual es logrado también a base de otras formas de llevarlo a cabo, como por ejemplo inducir u obligar a una persona a realizar alguna actividad sexual ilegal, explotar a una persona prostitución u otras prácticas sexuales ilegales, exponer o enseñar espectáculos y materiales pornográficos sin consentimiento de la persona.
7. El abuso de poder es el marco principal para que se dé el abuso sexual. Abuso es el mal uso del poder, a través del cual el abusador toma control o ventaja del abusado, usando y causando daño físico o psicológico, o a través del miedo a que se produzca ese daño.
8. El abuso sexual no conoce límites de clase social, raza o género, pero las condiciones de pobreza y desintegración social, de desempleo y violencia doméstica hacen a las mujeres y a los niños más susceptibles de ser objeto del abuso.

Formas del abuso sexual

El abuso sexual por lo general, se relaciona únicamente al acto sexual forzado. Sin embargo, puede constituirse a través de varios actos abusivos e ilegales:

- Lenguaje sexual
- Exposición de partes sexuales
- Exposición a actos sexuales
- Placer al observar escenas de sexo entre otras personas (voyeurismo)
- Contacto sexual con persona en el existe la amenaza, el soborno u otros trucos que son utilizados para lograr que la víctima participe en la actividad
- Cualquier actividad coercitiva o forzada que involucre a una persona
- Pornografía
- Prostitución

Métodos utilizados en el abuso sexual

- e) Violación: Acto mediante el cual un hombre tiene una relación sexual con una mujer, o bien con un menor de edad, utilizando la fuerza o intimidación, aprovechándose de las circunstancias (esto se da también dentro del matrimonio, cuando la relación es forzada).
- f) Pederastia con violencia: Realización del coito por un adulto, con un niño o adolescente en contra de su voluntad.
- g) Abuso Lascivo: Propósito de satisfacción de la libido sobre la víctima, sin ánimo de acceso carnal, sino por medio de cualquier maniobra o evolución erótica de los muy variados modos en que resulta accesible.
- h) Corrupción de menores: Utilización del niño en hechos delictivos, conductas delictivas u otros tipos de actos de atentado a su integridad.

Qué hacer en caso de abuso sexual

El abuso sexual es muy frecuente y dado que a veces se presenta de forma “disfrazada”, es difícil de detectar. Sin embargo, se debe actuar de la manera adecuada ante un caso de abuso sexual:

- 1) No permitir el abuso sexual en el matrimonio (relaciones sexuales forzadas)
- 2) No permitir actos abusivos que vengan de ninguna persona (palabras, gestos, fotos, caricias, acercamientos, ofrecimientos de dinero o cosas materiales a cambio de “dejarse hacer algo”, etc.)
- 3) Estar pendientes de las personas con las que se relacionan los niños y la forma de trato entre ellos (no importa si se trata de un familiar o conocido)
- 4) Hablar con los hijos al respecto del abuso sexual y todas sus formas, tratar de tener una comunicación eficaz y adecuada con ellos. Escucharlos ante cualquier síntoma que nos alarme
- 5) Estar seguro de la persona con la que se dejan los niños
- 6) Revisar la ropa de los niños, su cuerpo, su conducta
- 7) Hablar inmediatamente con alguna persona que pueda orientarnos (Sacerdote, Pastor, Psicólogo, etc.)
- 8) Denunciar a las autoridades cualquier tipo de abuso sexual (Juzgado de Paz, de Familia, Ministerio Público, Policía Nacional Civil, etc.)

“Tu cuerpo es el templo del Espíritu Santo”

Charla No. 4

Síntesis del tema: El alcoholismo

1. El alcoholismo es la última fase de un proceso que inicia con el consumo ocasional experimental, pasando por el consumo moderado y que puede derivar en el consumo excesivo.

2. El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal, que afecta el SNC y limita las capacidades y facultades de la persona. La gravedad de esta enfermedad está afectada por factores de índole genética, psicológica, cultural y de dolor físico.
3. ¿Qué provoca que una persona se vuelva alcohólica? En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones agradables, relajantes y de euforia (alegría); después de la exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente a ellos.
4. Para las personas que sufren de alcoholismo, el tomar se convierte en el medio principal a través del cual pueden interactuar con personas, trabajo y vida. El alcohol domina su pensamiento, emociones y acciones.
5. ¿Cómo comienza el alcoholismo? Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen una mayor probabilidad de empezar a tomar antes de los 20 años y de convertirse en alcohólicos. Sin embargo, cualquier persona que empieza a tomar en la adolescencia corre un riesgo mayor; actualmente.
6. Las presiones sociales son un factor preponderante para desarrollar el alcoholismo (costumbre, tradición, beber “socialmente”, estar alegres, festejar, “no se es hombre si no se bebe”, etc.)
7. La depresión y la ansiedad pueden desempeñar una función importante en el desarrollo del alcoholismo entre los ancianos quienes a menudo están sujetos a cambios de vida no deseados, como la jubilación, la pérdida de un cónyuge o amigo y problemas médicos.
8. La mayoría de los alcohólicos son hombres, pero, no obstante, la incidencia de alcoholismo entre las mujeres ha estado aumentando durante los últimos 30 años.
9. Las mujeres jóvenes con problemas de alcohol tienden a seguir los patrones de bebida de alcohol de sus padres. Las mujeres que son alcohólicas tienden a tomar seriamente durante el período premenstrual.
10. Las mujeres tienden a volverse alcohólicas más tarde en la vida que los hombres.
11. El riesgo de alcoholismo entre los hijos de padres alcohólicos es de 25%.
12. El beber dos o más bebidas alcohólicas al día aumenta el riesgo de muerte en un 50%. Además, el alcoholismo en si reduce el promedio de vida en 10 á 12 años. Entre más temprano empiece a beber de manera exagerada una persona, mayor es el riesgo que

corre de contraer enfermedades serias más adelante.

13. El alcoholismo puede matar de muchas maneras diferentes. El alcohol es una droga y las personas pueden morir por una sobredosis. Esto es un peligro especialmente entre los adolescentes que pueden querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol pero que todavía no pueden medir los efectos.

14. El alcohol juega un papel importante en más de la mitad de todas las muertes por accidente de automóvil. El tomar menos de dos bebidas puede deteriorar la capacidad para conducir. El alcohol también aumenta el riesgo de lesiones accidentales por varias otras causas.

15. Enfermedades que puede ocasionar: El alcoholismo puede lesionar el cuerpo de muchas maneras:

- Enfermedades del corazón (infartos, paros cardíacos, muerte por sobredosis, etc.)
- Presión arterial alta
- Derrame cerebral
- Problemas gastrointestinales
- Problemas hepáticos
- Neumonía (por debilitación del sistema inmunológico)
- Trastornos mentales y neurológicos
- Reducción en los niveles de hormonas (femeninas y masculinas)
- Diabetes
- Malnutrición
- Síndrome de Korsakoff (temblores involuntarios, pérdida de memoria, pérdida de motricidad, etc.)
- Problemas respiratorios
- Problemas en el embarazo (abortos, malformaciones fetales, niños con problemas, etc.)
- Adicciones (tabaquismo, drogas, etc.)
- Puede llevar a la persona a convertirse en un indigente
- Intentos de suicidio y suicidio consumado
- VIF

- Depresión
 - Cáncer
16. Efectos psicológicos en la familia: La familia se ve severamente dañada por el alcoholismo de alguno de los padres. Se vive en un ambiente tenso, de violencia, de tristeza, de opresión. Se coarta el desarrollo adecuado de los niños, se “preparan” futuros alcohólicos.
 17. Millones de niños viven en hogares donde hay por lo menos un padre alcohólico. El alcoholismo aumenta el riesgo de comportamiento violento y abuso hacia el niño.
 18. A los hijos de alcohólicos tiende a irles peor académicamente que a los demás, presentan una incidencia más alta de depresión, ansiedad y estrés, y tienen una autoestima inferior a la de los demás niños.
 19. Costos económicos: La economía del hogar de un alcohólico se ve muy afectada, pues por satisfacer su necesidad de licor, se gastan los recursos económicos destinados a cubrir las necesidades primarias de la familia (alimentación, educación, salud, entretenimiento, etc.).
 20. ¿Se puede curar un enfermo alcohólico? Sí, siempre y cuando la persona haga conciencia y reconozca que tiene un problema que está afectando su vida, y la de su familia. De lo contrario, si la persona no quiere aceptar su problema, será imposible poder solucionarlo y terminar con el alcoholismo.
 21. Grupos de ayuda: Existen ciertos grupos de ayuda tanto para el enfermo alcohólico, como para la familia:
 - ✓ ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS: Grupo de ayuda para el enfermo alcohólico
 - ✓ AL ANNON: Grupo de ayuda para la familia (esposa o esposo, e hijos)
 - ✓ ¡El alcoholismo se puede evitar!

Charla No. 5

Síntesis del tema: Riesgos sexuales durante la adolescencia

En la adolescencia se despierta el gusto por el sexo opuesto, la atracción física el deseo sexual y las emociones.

1. Es necesario un buen manejo de la sexualidad, para un desarrollo adecuado. Esto se puede lograr a través de dar a los adolescentes la información correcta y verídica, principalmente por parte de los padres.
2. El adolescente puede perder el control sexual de sí mismo, y esto puede dar paso a riesgos sexuales que le traerán problemas futuros muy graves, con consecuencias irreversibles.
3. El Noviazgo: En la adolescencia aparece el noviazgo; esto implica una gran responsabilidad para los adolescentes:
 - Debe empezarse con conocimiento de los riesgos sexuales que pueden darse durante el noviazgo.
 - Debe darse dentro de un marco de amor limpio, y no de deseo sexual impropio.
 - Se trata de conocer a la otra persona y a su familia.
 - Debe desarrollarse con un amplio sentido de responsabilidad y conciencia.
 - Deben existir normas por parte de los padres de familia, quienes deben estar al tanto de la situación.
 - Como empiezan las caricias y momentos de cierta intimidad, debe hacerse conciencia en los adolescentes de la importancia de controlar sus impulsos. Esto debe ser por parte de los padres de familia con la ayuda de maestros lo cual sería ideal.
 - Hay que aprender a conducirse con responsabilidad, respeto y valorarse tanto a sí mismo, como a la otra persona.
 - Si no se tiene autocontrol y sentido de responsabilidad, se pueden dar consecuencias severas y muy dañinas para los adolescentes. Esto podría cambiar el curso de sus vidas para siempre.
4. El embarazo y la maternidad en adolescentes: Es una de las consecuencias más severas en la adolescencia. Esta situación no sólo incumbe a las mujeres, sino que también a los hombres, ya que ambos se ven involucrados en la formación y responsabilidad de una nueva vida.
 - Por lo general, una adolescente aún no está adecuadamente desarrollada para un embarazo, ni mucho menos preparada emocional y psicológicamente. Tampoco

tiene la madurez necesaria para afrontar la situación.

- El embarazo conlleva la más grande responsabilidad para un ser humano, pues se trata de dar vida a una nueva persona que es ajena a los errores de los demás.
- Un embarazo en la adolescencia coarta los sueños e ilusiones de los adolescentes, pues al volverse padres de familia deben afrontar una enorme responsabilidad, como lo es criar, educar y formar a un nuevo ser.
- Los adolescentes, en muchos casos, deben dejar de lado estudios, amigos, diversión, actividades propias de su edad, familia, etc., pues deben centrarse en el hijo que van a traer al mundo.
- Muchos adolescentes hombres prefieren no afrontar su responsabilidad, dando paso a que un hijo nazca y crezca sin padre, lo cual puede traer severas consecuencias para la nueva persona.

Charla No. 6

Síntesis del tema: Drogadicción o adicción a las drogas

Es el estado de dependencia que se crea por el abuso en el consumo de determinada droga o sustancia que altera la homeostasis en la persona. Puede provocar enfermedades causadas por uso de sustancias, adicción, abuso o habituación a drogas o sustancias.

Una sola definición de drogadicción drogodependencia no es ni posible ni deseable. Hay drogas cuyo consumo puede ser ilegal pero no implicar dependencia de ningún tipo. La drogodependencia de un tipo específico (por ejemplo, dependencia de la cocaína) supone que diferentes drogas tienen distintos efectos, variando también el riesgo y el tipo de dependencia.

Dos conceptos contribuyen a la definición de dependencia: la tolerancia, que se refiere a la necesidad de ir aumentando progresivamente la dosis para inducir el mismo efecto que al principio se lograba con menos cantidad; y la dependencia física, un estado de adaptación fisiológica a la droga, que se manifiesta por un síndrome de abstinencia. Éste consiste en una serie de cambios fisiológicos adversos que surgen cuando se interrumpe el consumo de la sustancia en cuestión o cuando su efecto se contrarresta con un antagonista específico que desplaza al agonista de su lugar de enlace en los receptores celulares. No todas las formas de dependencia conllevan una dependencia física.

La dependencia psicológica se acompaña de un sentimiento de satisfacción y del deseo de repetir la experiencia con la droga o de evitar el displacer que produce el no tomarla. Esta anticipación del efecto es un poderoso factor en la cronificación del consumo de drogas psicoactivas y en algunos casos puede ser el único motivo de la intensa avidez y del consumo compulsivo.

Las drogas que principalmente producen dependencia psicológica son el alcohol, la cocaína, la marihuana, las anfetaminas y los alucinógenos, el LSD, la metilendioximetanfetamina (MDMA) y el peyote.

➤ Adicción a diferentes drogas

Algunas de las drogodependencias más conocidas y comunes, son:

- **Dependencia de opiáceos:** Consiste en una intensa dependencia psicológica que se manifiesta por una compulsión irrefrenable a seguir consumiendo opiáceos, junto con el desarrollo de tolerancia, de forma que cada vez hay que aumentar más la dosis para conseguir los mismos efectos iniciales. A todo ello se suma una dependencia física que aumenta de intensidad con dosis crecientes y cuanto más dura el tiempo de consumo. La dependencia física obliga a seguir consumiendo el mismo opiáceo u otro similar para evitar el síndrome de abstinencia. La supresión de la droga o la administración de un antagonista desencadena un síndrome de abstinencia peculiar y autolimitado.

- Dependencia de ansiolíticos e hipnóticos: Dependencia psicológica que puede llevar a un consumo abusivo periódico o continuado o a la dependencia física de fármacos ansiolíticos o hipnóticos. Cuando el consumo se reduce por debajo de un nivel crítico, se instaura un síndrome de abstinencia autolimitado. La tolerancia se desarrolla de forma irregular e incompleta, de manera que aun en consumidores habituales persisten considerables trastornos del comportamiento y psicotoxicidad, dependiendo de la dosis y de los efectos farmacodinámicos del medicamento. En general las personas dependientes de sedantes e hipnóticos prefieren los fármacos de acción rápida (por ejemplo, el Diazepam, el Valium, el Tafil y los antihistamínicos).

- Dependencia de *cannabis* (marihuana): El consumo crónico o esporádico de Cannabis produce cierta dependencia psicológica, pero no dependencia física. Cualquier droga que causa euforia y disminuye la ansiedad puede inducir dependencia y el *cannabis* no es una excepción. Sin embargo, es inusual que los pacientes se quejen de no poder parar el consumo o el uso exagerado de esta droga.

El *cannabis* puede usarse de forma episódica sin muestras de disfunción social o psicológica. El término dependencia probablemente se aplica inadecuadamente a muchos consumidores. Cuando se interrumpe el consumo no se produce ningún síndrome de abstinencia, aunque quienes la toman en grandes cantidades experimentan alteraciones del sueño y nerviosismo.

- Dependencia de cocaína: Dependencia psicológica, que a veces conduce a una profunda adicción psíquica, producida por grandes dosis de cocaína, que provoca excitación y euforia. Con la cocaína se produce tolerancia, pero la dependencia física no se ha confirmado; cuando se interrumpe el consumo de la droga no se produce ningún síndrome de abstinencia. Sin embargo, la tendencia a seguir consumiéndola es muy fuerte.

La mayoría de los consumidores lo son de forma recreativa y ocasional, capaces de restringir ellos mismos el consumo de forma voluntaria. Sin embargo, el consumo de cocaína y la dependencia han aumentado considerablemente.

- Dependencia de anfetaminas y alucinógenos: Es una dependencia relativa de tipo psicológico producida por los efectos de las anfetaminas (drogas estimulantes del SNC). Dichos efectos son: elevación del estado de ánimo, aumento del estado de alerta y concentración, así como de la capacidad para realizar actividades físicas, unido todo ello a una sensación general de bienestar.

La metanfetamina en grandes dosis de forma continuada provoca reacciones de ansiedad en que la persona tiene miedo, tiembla y siente preocupación por su bienestar físico; en otras ocasiones puede haber una psicosis paranoide anfetamínica, en la que la persona malinterpreta los actos de los demás, alucina y se torna irrealistamente suspicaz, o bien puede producirse un síndrome de agotamiento, con intensa fatiga y sueño, pasada la fase de estimulación, y una depresión prolongada durante la que cabe el suicidio.

- Dependencia de disolventes volátiles: Estado de intoxicación debido a la inhalación de disolventes y aerosoles de uso industrial. El consumo de disolventes volátiles sigue siendo un problema endémico entre los jóvenes. Puede tratarse de hidrocarburos alifáticos y aromáticos, hidrocarburos clorados, cetonas, acetatos, éter, cloroformo o alcohol; todos ellos producen una estimulación transitoria del SNC seguida de depresión. Con el consumo frecuente surge tolerancia parcial y dependencia psicológica, pero no hay síndrome de abstinencia.

Los síntomas agudos, de instauración precoz, consisten en vértigos, adormilamiento, habla mal articulada y marcha inestable. Puede haber impulsividad, excitación e irritabilidad; además se producen ilusiones, alucinaciones y delirio.

El consumidor experimenta una sensación de tipo eufórico con ensañaciones y acaba por dormirse durante un corto período.

Charla No. 7

Síntesis del tema: Manejo adecuado del duelo

El duelo es el período de tiempo que precede a la muerte de un familiar o persona cercana; es el proceso de ajustarse a esta nueva situación sin la persona fallecida. El proceso de duelo es una etapa en la vida de toda persona, que se presenta casi siempre de forma repentina, muy difícil, dolorosa y nada fácil de superar.

Suele ser una carga muy pesada tanto emocional, como psicológicamente, aún cuando la muerte venga después de una enfermedad terminal. Es un proceso muy personal, ya que las personas lo enfrentan de diversas formas desde una actitud de aceptación, hasta entrar en una depresión severa que puede traer graves consecuencias a la persona.

El pesar, la tristeza, la desolación, el no aceptar la situación y el hecho de no poder ajustarse a la nueva vida sin la persona que ha muerto, puede traer graves consecuencias a un individuo y a su familia. Se pueden experimentar sentimientos de ansiedad, desesperación, culpa, enojo, soledad y confusión, así como la impotencia de alguien ante un acontecimiento irreversible como lo es la muerte de un ser querido.

● Consecuencias físicas y emocionales

En la etapa posterior al fallecimiento de una persona cercana, los deudos reciben una carga emocional muy fuerte y a veces incontrolable. Ésta carga también puede ser acompañada por problemas físicos como dolores de cabeza, de estómago, irregularidad en la digestión, insomnio, falta de energía, falta de apetito, etc.

La sensación de vacío y la tristeza tardan mucho tiempo en ser superadas. Esto trae como consecuencia que la persona experimente sentimientos de soledad, de ansiedad, impotencia, tristeza y puede llegar a sumirse en una severa depresión ante la situación de no aceptar la pérdida de la persona que ha fallecido.

● Peligros en la etapa del duelo

De acuerdo a lo indicado en el libro Desarrollo Humano, en muchas ocasiones la persona sobreviviente, ante la impotencia que le causa la muerte de su ser querido, no encuentra cómo expresar sus sentimientos y recurre a las alternativas más nocivas y negativas que puede encontrar. La reacción ante esta situación puede ser la de una actitud negativa, adversa y nociva para la persona y su familia.

Tal es el caso de la persona que se sume en el alcohol, recurre a las drogas o bien empieza una vida desenfadada a manera de retar a la vida por el dolor que está atravesando. Se corre el peligro de que la persona recurra a conductas que antes nunca hubiera imaginado que adoptaría. La familia entera también puede verse afectada ante la incapacidad de la persona, de no poder manejar el proceso de duelo.

La situación más frecuente que se da entre los peligros que se corren después del fallecimiento de un ser querido, está el alcoholismo. La persona se pierde bebiendo creyendo que de esta manera va a olvidar la situación o bien, la va a cambiar. Sin embargo, lo único que se logra es hacer más difícil el proceso de aceptación y se daña no sólo la persona, sino a la familia también. De ahí la necesidad tan grande de que en estos casos extremos se pueda dar la ayuda terapéutica adecuada a la persona en dificultad de aceptar lo sucedido.

● Patrones de aflicción

De acuerdo a lo antes expuesto, el duelo es el proceso que la persona sobreviviente enfrenta posteriormente al fallecimiento de un ser querido o cercano. Este proceso puede traer consigo consecuencias personales, familiares, sociales y económicas.

En primer lugar se presenta la aflicción, que es la respuesta emocional experimentada en las primeras fases del duelo. Al igual que la muerte, la aflicción es una experiencia personal; dicho de otra forma, cada persona enfrenta la aflicción del duelo de manera diferente.

Existe un patrón de aflicción que es el más aceptado, el cual consta de tres etapas en las que la persona va aceptando la dolorosa realidad de la pérdida de la persona fallecida, y de manera gradual rompe el vínculo que tenía con ella, reajustándose a la nueva vida y desarrollando nuevos intereses y relaciones.

● Etapas del patrón de aflicción

En el trabajo de aflicción durante el duelo, se pueden mencionar tres etapas que se presentan y que deben ser superadas:

- ⊗ Shock e Incredulidad: Después de la muerte, los sobrevivientes experimentan sentimientos de confusión, tristeza y llanto frecuente. Esta primera etapa puede durar varias semanas, principalmente después de una muerte súbita e inesperada.
- ⊗ Preocupación por la memoria de la persona fallecida: En esta etapa que podría durar seis meses o más, el sobreviviente trata de asimilar el fallecimiento, pero no lo acepta en su totalidad. Sin embargo, poco a poco va llegando la aceptación y la sensación de que la persona aún vive va desapareciendo gradualmente.
- ⊗ Resolución: La última etapa llega cuando la persona en duelo renueva su interés en las actividades cotidianas. Los recuerdos de la persona fallecida traen sentimientos de cariño mezclados con tristeza, en lugar de dolor agudo, llanto y nostalgia.

Este es el patrón de aflicción más aceptado; sin embargo, no necesariamente se da en ese orden. Depende mucho de la relación que el individuo tenía con la persona fallecida, así como de su personalidad, cultura y educación.

● Intervención ante el proceso de duelo

Frecuentemente ante una situación de dolor la persona suele recurrir a la religión o a la fe que tiene, para aliviar de esta manera su pesar. Sin embargo, se hace necesario procurar

que la persona no sólo vea la fe como un soporte en momentos difíciles, sino que tratará de hacer nacer en ella una fe verdadera, que sea su fortaleza tanto en momentos duros, como en todo momento de su vida.

En tal sentido, se hace necesario lograr que el sujeto exprese su enojo, su falta de aceptación ante la muerte de un ser querido, así como su impotencia ante lo irreversible de la situación. Para ello, debe brindársele seguridad, confianza y apoyo, buscando a personas de su entorno que sean de ayuda para alcanzar dicho objetivo; de esta manera se logrará superar la situación.

En la medida de lo prudente, se puede recurrir a la Logoterapia y Teoterapia, tratando de compartir el consuelo que las Sagradas Escrituras ofrecen ante una situación tan difícil. Si la persona está dispuesta a aceptar esta ayuda, entonces deberá brindársele el apoyo y la orientación para que refuerce su fe y la acrecente mediante un acercamiento con Dios.

● Metas

- ‡ Restablecer el aspecto emocional, psicológico y espiritual en la persona que atraviesa el duelo
- ‡ Ayudarlo a que se gradualmente se reincorpore a la vida cotidiana sin la presencia de la persona fallecida, en un tiempo prudente
- ‡ Alentarlo para que acepte la voluntad de Dios, restaurando su aspecto espiritual a través de la oración, lectura de la Biblia, y meditación en cuanto a la importancia de seguir adelante y volver a ver a las personas que junto a él sobreviven

‡ Pasos del proceso

- ‡ Aceptar la muerte de la persona fallecida
- ‡ Asimilar y superar la situación
- ‡ Aprender a vivir sin la persona
- ‡ Restaurar su equilibrio emocional, psicológico y espiritual

■ Buscar apoyo en la Logoterapia y Teoterapia

La disponibilidad de escuchar, compartir y ayudar conforman una base fundamental sobre la cual se trabaja para lograr la meta de superar la situación.

Charla No. 8:

Síntesis del tema: El *Bullying*

El *bullying* es un término que recientemente ha sido empleado para determinar cierta situación que cada vez tiene más presencia en el ámbito escolar. El bullying es la intimidación y maltrato entre escolares, de forma repetida y mantenida, casi siempre, lejos de los ojos de los adultos, con la intención de humillar y de someter abusivamente a una víctima indefensa, por parte de uno o varios agresores. Esto se puede dar a través de agresiones físicas, verbales y/o sociales, con resultados de victimización psicológica y rechazo grupal. Esta es la definición que los pedagogos y psicólogos hacen del bullying, pero las formas en las que este puede presentarse son de varios tipos:

- Intimidaciones verbales: Insultos, motes o apodos, hablar mal de alguien, sembrar rumores, etc.
- Intimidaciones psicológicas: Amenazas para provocar miedo, para lograr algún objeto o dinero, o simplemente obligar a la víctima a hacer cosas incorrectas.
- Agresiones físicas: Tanto directas (peleas, palizas, golpes), como indirectas (destrazo de materiales personales, pequeños hurtos, etc.).
- Aislamiento social: Impedir a la persona participar en las actividades, ignorando su presencia y no contando con ella en las actuaciones normales entre amigos y compañeros de clase.
- Acoso de tipo racista: Su objetivo principal son las minorías étnicas o culturales.
- Acoso sexual: Lograr que la víctima se sienta incómoda y humillada.
- Actualmente se da el acoso anónimo mediante el móvil o el mail con amenazas o palabras ofensivas.

El *bullying* se da como en un círculo vicioso en el que hay reiteración. La víctima sufre repetidas veces violencia por parte del mismo agresor, lo que daña su autoestima y su identidad personal. Tomando en cuenta que esta situación se desarrolla en el ámbito escolar, es de hacer notar que tanto agresor como agredido deben continuar conviviendo en el mismo ambiente, lo cual provoca que la víctima presente cuadros de ansiedad, angustia y pánico al no poder escapar del agresor.

Se desarrolla un miedo continuo que les lleva incluso a desarrollar también respuestas agresivas y, en casos extremos, pensar en el suicidio. Es la misma reacción que observamos en un trabajador lo abandona todo por el abuso al que es sometido por su jefe (*mobbing*), o en la mujer que huye de su pareja cuando es maltratada (violencia doméstica).

Una característica compartida por los agresores es la falta de empatía, es decir, la incapacidad de ponerse en el lugar de la otra persona. El agresor piensa que sus actos no repercuten en la otra persona; no admite que éstos provoquen en la víctima un tormento tal, llegando incluso a pensar que la persona se lo merece. A pesar de la impopularidad del agresor entre los compañeros, consigue el reconocimiento de estos demostrando que es fuerte al producir miedo y prepotencia.

El *bullying* en muchos casos puede convertirse en la antesala de la conducta delictiva y antisocial posterior, de acuerdo a diversos estudios realizados. Los agresores suelen ser también personas con baja autoestima y que descargan su frustración con los más débiles, o al menos a los que ellos perciben como más débiles.

La víctima puede ser cualquier persona, pero por lo general coincide con niños faltos de asertividad (una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que permiten defender los derechos de cada uno, sin agredir ni ser agredido) y de competencia social. La víctima así considerada, sufrirá debido al *bullying*, falta de autoestima social, altas dosis de fracaso escolar, una ansiedad anticipada ya que cuando sale del colegio no termina el problema, sino que ya comienza a anticipar lo que se será el infierno de mañana, mostrando por tanto un rechazo al entorno escolar que se traduce en estrés.

El niño tiende a sentirse indefenso, tendrá una creciente fobia a la escolarización, tendencia a la depresión e impulsos suicidas. En algunos casos se ha llegado a culpabilizar de la situación que está viviendo, ya que cada acto de humillación mina su autoestima un poco más.

Pero no solo son víctimas los niños que sufren de Bullying, los espectadores de los casos de maltrato en la escuela miran hacia otro lado, lo que hace que lleguen a creerse que el fuerte tiene poder y que sus acciones son justificables, reforzando posturas egoístas (“mientras no me toque a mí”). Puede llevar a los niños a no valorar la violencia que ocurre a su alrededor, llegando a desarrollar cierto grado de insensibilidad.

■ Por qué se da el *bullying*

- ✓ Baja autoestima
- ✓ Conflictos familiares
- ✓ Peleas continuas o problemas entre los padres
- ✓ Familias desintegradas
- ✓ Alcoholismo por parte de uno de los padres, o ambos
- ✓ Problemas de aprendizaje
- ✓ Falta de atención y afecto por parte de los padres
- ✓ El niño o niña pasa demasiado tiempo solo o sola
- ✓ Maltrato infantil
- ✓ Acoso o abuso sexual
- ✓ Necesidad de amor

■ Qué hacer

- ▶ Al detectar una situación de bullying, se debe ante todo escuchar a la persona que está siendo víctima, evitando menospreciar la información que da, o bien evitar comentarios tales como “eso es cosa de chicos”, ya que la violencia no es algo natural. Se deberá proceder a indagar discretamente si realmente ha ocurrido lo que nos cuenta.

- ▶ En caso afirmativo, y sin más demora, debemos contactar con las autoridades educativas del colegio, solicitando la intervención y cooperación del profesorado, para definir cómo se va a actuar de la forma más adecuada y poder detener el daño que se está produciendo, y para tratar a medio y largo plazo las relaciones entre los involucrados.
- ▶ Es muy importante buscar la ayuda profesional de un Psicólogo o Psicóloga para que ayude a determinar el nivel del daño que ha sufrido la persona, y determine la forma más adecuada de intervención para la resolución del problema. Lo importante es restablecer el equilibrio emocional, psicológico y físico de la víctima.
- ▶ Otra acción conveniente para evitar que los niños o adolescentes se conviertan en víctimas, es el potenciar la autoestima y confianza en sí mismo. Es muy conveniente el motivar en ellos la amistad, ya que la falta de amigos incrementa el riesgo de convertirse en víctima y hace que disminuya más su impopularidad y su aislamiento. Se debe buscar el estimular a los niños y adolescente el crear amistad con todos, especialmente con los que se encuentran más solos.
- ▶ Así mismo, se pueden comentar con ellos los últimos casos de bullying difundidos por la televisión, con la finalidad de saber qué piensan, qué soluciones podría dar, orientarlos y ayudarlos a formar su propia conciencia. Como siempre, una buena comunicación entre los padres y los hijos ayuda a prevenir y, en caso de sufrirla o bien ser espectador de esa violencia, poder adelantarse a buscar una solución, o bien a minimizar y formar adecuadamente.

4.2.4 Conclusiones

- Las capacitaciones brindan un beneficio para ambos sujetos: el capacitador, y el grupo capacitado, puesto que es una retroalimentación e interacción enriquecedora, que representa un crecimiento personal y profesional extenso y perdurable.
- Al tratar directamente a los grupos, se tiene la oportunidad de conocer más a fondo a la población, su idiosincrasia, forma de pensar, etc.
- Con esto, el estudiante amplía su visión de la realidad en la que debe desarrollar su labor de práctica profesional, lo cual redundará en el beneficio para ambos sectores.

4.2.5 Recomendaciones

- El capacitador debe siempre mantenerse actualizando en relación a las técnicas didácticas y pedagógicas que se requieren para transmitir los conocimientos y contenidos de las pláticas.
- Se debe procurar el uso de material audiovisual, especialmente para los grupos de adultos mayores.
- Es necesario conocer un mínimo del idioma Kaqchiquel, o bien tratar de contar con una persona traductora, para que el mensaje y conocimientos lleguen asertivamente a la población atendida.

4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

4.3.1 Logros

Dentro de los logros del proyecto de salud mental desarrollado en el municipio de Santa Apolonia en Chimaltenango, cabe destacar que se considera un total éxito, puesto que las personas esperadas asistieron al evento en forma total. Esto permitió, entre otros, los siguientes logros:

- ☺ Población atendida casi en la totalidad esperada (300 personas)
- ☺ La intervención psicológica surtió un efecto sumamente positivo y evidente, con lo cual se afianza la credibilidad en la Psicología por parte de la comunidad
- ☺ Debido a la organización, visualización y proyección del evento, se logró obtener recursos humanos y materiales en abundancia (profesionales, medicamentos, víveres, alimentación, ropa, zapatos, etc.)
- ☺ Gracias a la movilización de los alumnos y alumnas, se logró el apoyo absoluto tanto de las autoridades municipales, como del centro de salud del lugar.
- ☺ Se contó con el apoyo total de la Coordinadora de la sede de la UPANA en Chimaltenango, así como con la asesoría de la catedrática del curso.
- ☺ Se contó con cobertura de algunos medios de comunicación
- ☺ La alegría y satisfacción de las personas atendidas, fue absolutamente evidente

- ☺ El proyecto en mención propició la unión y estabilidad del grupo de estudiantes de 5º. año de Psicología y Consejería Social

4.3.2 Limitaciones

Debido a la excelente organización del evento, así como a la incondicional y activa participación de los alumnos y alumnas, no se presentaron limitaciones mayores.

4.3.3 Conclusiones

- Cuando la persona piensa en grande y establece prioridades orientadas a brindar ayuda y apoyo a los más necesitados, los obstáculos se vencen contundentemente y los resultados son absolutamente positivos y eficaces para ambas partes: las personas atendidas y los organizadores del evento.
- El proyecto de salud mental desarrollado en Santa Apolonia, Chimaltenango, por los alumnos y alumnas de 5º. año de Psicología y Consejería Social, fue todo un éxito gracias a haber establecido metas claras, alcanzables y orientadas a desarrollar una labor social gratificante para las comunidades seleccionadas.
- En tal sentido, se concluye que “soñar sí se puede”, siempre y cuando los sueños y metas sean alcanzables a través del esfuerzo, la entrega, la dedicación y el amor para ayudar a las personas más vulnerables.

4.3.4 Recomendaciones

- Darle continuidad a este tipo de proyectos que brindan grandes beneficios tanto a las poblaciones más necesitadas, así como a los alumnos y alumnas, quienes ponen en práctica los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos a lo largo de la carrera.
- Involucrar a algunos estudiantes de los grados anteriores a 5º. año, para que conozcan cómo desarrollar proyectos como el presente.

- Difundir los resultados del proyecto de salud mental desarrollado por los alumnos y alumnas de 5°. año de Psicología y Consejería Social de la sede Chimaltenango, específicamente a las autoridades superiores de la universidad, así como a otras sedes departamentales, con el objetivo de promover el servicio comunitario y la credibilidad en la Psicología y sus técnicas de ayuda.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

Introducción

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

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

1. Antecedentes

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

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

El 29 de mayo, la tormenta tropical Agatha tocó tierra en las costas del departamento de San Marcos en Guatemala, y comenzó a debilitarse. Sin embargo y contra todos los pronósticos, al adentrarse en el territorio nacional, ésta cobró fuerza dando paso a uno de los mayores desastres naturales que la población guatemalteca ha enfrentado en el presente siglo. Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país.

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

2. Justificación

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

Así mismo, de acuerdo a información recabada y datos estadísticos proporcionados por el Área de Salud de Chimaltenango, se determinó que era necesario proporcionar también ayuda de otra índole, tal es el caso de asistencia médica, exámenes de diagnóstico, métodos de planificación familiar, medicamentos gratuitos, etc. De esta manera se estaría proporcionando apoyo de forma integral a la población enfocada en el proyecto mencionado, haciendo énfasis en la intervención psicológica que se desarrollará en forma individual y apegada a las necesidades de cada grupo específico (niños, adolescentes, mujeres y hombres), enfocándose en lograr restablecer en un porcentaje considerable, la salud mental de los pobladores, principalmente en cuanto al valor de la vida, la familia y los recursos con que aún cuentan.

3. Objetivos

3.1 General

Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Ágatha, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo

social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.

3.2 Específicos

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

4. Descripción de la crisis provocada por el estrés postraumático

La crisis que un grupo social o bien una persona sufre luego de experimentar un evento catastrófico, es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios del individuo y del grupo, se hace presente un estado de invalidez, de desprotección e incapacidad para continuar la vida cotidiana. Aún cuando todavía se cuenta con algunos medios y recursos para subsistir, el grupo o la persona, que está severamente afectada e impresionada, se niega de alguna forma, a ver el lado positivo de la situación, que radica en descubrir su potencial para salir adelante con lo que le ha quedado.

5. Pautas para elaborar un programa de intervención

- Analizar objetivamente la dimensión del evento catastrófico, y su impacto tanto en la sociedad como para la persona individual.
- Analizar las posibles soluciones, y la forma de ayuda psicológica que se pueda brindar.

- Realizar un adecuado contacto psicológico con el grupo y/o con la persona.
- Desarrollar acciones concretas: Objetivos a corto plazo: valorar la mortalidad, facilitar el proceso de duelo, etc.
- Analizar la situación somática: Preservar la salud física, trabajar en relación al estado emocional, valorar el intento de suicidio, etc.
- Analizar la situación afectiva: Expresión de los sentimientos en relación a la crisis, reorientar adecuadamente la forma de expresión, manejo de la ansiedad, técnica de la silla vacía, ejercicios de respiración y relajación profunda, etc.
- Analizar la situación cognitiva: Reflexionar sobre el incidente y sus efectos, disminuir la credibilidad de culpa, analizar los pensamientos y metas previos a la crisis y el impacto que la misma tuvo sobre dicho asunto, reorientar y adaptar las nuevas metas en relación a la situación posterior a la crisis.
- Analizar el área conductual: Qué cambios se hacen necesarios a consecuencia de la crisis y sus efectos posteriores.
- Dar seguimiento evaluando las etapas de acción. Brindar la ayuda psicológica después de la catástrofe.

6. Tratamiento del estrés postraumático

La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Con la intervención terapéutica se reduce el impacto psicológico y se evita la cronificación del trastorno.

Las alternativas terapéuticas que existen y las cuales el profesional puede utilizar para obtener los resultados deseados, son:

- Testimonio: Consiste en que el grupo o el paciente relate la historia lo más detalladamente posible; de este modo se gana control sobre el pasado y la experiencia va pasando de ser rígida, a ser más flexible y se consigue una reelaboración del trauma.

● Técnicas cognitivas:

- ▶ Resolución de problemas
- ▶ Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas
- ▶ Análisis de creencias erróneas (no es culpable de su experiencia)
- ▶ Inoculación del estrés para disminuir la tensión, la activación fisiológica, sustituir ideas negativas por pensamientos positivos

▶ Técnicas Conductuales:

- Desensibilización sistemática para conseguir la habituación del objeto temido
- Interrupción del pensamiento
- Técnicas de relajación
- Terapias de grupo (grupos de autoayuda)
- Terapia familiar, si es necesaria
- Recuperación de actividades cotidianas de acuerdo a la nueva situación general

7. Atención psicológica para el profesional

En la intervención psicológica ante una catástrofe, se hace fundamental proporcionar recursos y técnicas para afrontar las situaciones estresantes, al profesional que intervendrá en dicha situación. De esta manera se previene el desgaste emocional y profesional (Síndrome de Burnout). Se deberá trabajar toda el área concerniente al manejo del estrés, de la ansiedad y aplicación del autocontrol ante dicha situación.

8. Metodología

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

8.1 Datos generales

Lugar:	Comunidades de La Vega y Parajbey, Santa Apolonia, Chimaltenango
Fecha:	Sábado 16 de octubre de 2010
Hora:	De 9:00 a.m., a 4:00 p.m.
Dato estimado de la Población:	300 a 400 personas aproximadamente

8.2 Grupos de intervención psicológica

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

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

8.2.1 Plan de acción de cada grupo



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para niños y niñas

Objetivo

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

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



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

PLAN DE ACCIÓN, GRUPO DE JÓVENES

COMPETENCIA	INDICADORES DE LOGRO	RECURSOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Fomenta una autoestima equilibrada en los jóvenes afectados en la catástrofe. Identifica el impacto y necesidades emocionales que la catástrofe dejó en los jóvenes, brindándoles una atención psicológica para su salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Atención individual a jóvenes con necesidades emocionales. Los jóvenes participan y colaboran en las actividades que se realicen. Desarrollar la catarsis en los jóvenes afectados. 	<ul style="list-style-type: none"> Humanos Terapeutas Jóvenes Materiales Lana Hojas Goma Tijeras Sillas 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámicas rompe hielo. La tela de araña Taller de manualidades. Terapias Individuales. Terapias Grupales.



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para mujeres

Objetivo general

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

Objetivo específico

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

Agenda

- Bienvenida
- Presentación (dinámica la telaraña)
- Charla sobre autoestima
- Dinámicas para detección de casos
- Atención individual
- Información general de especialidades a brindar
- Referencias a especialidades.



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

PLAN DE ACCIÓN, GRUPO DE HOMBRES

1. DINÁMICAS

- ☺ Presentarse diciendo tres virtudes que tenga
- ☺ La tela de araña (expresar ideas para salir adelante ante la situación)
- ☺ El puente humano (la unión hace la fuerza)

2. CHARLAS

- ‡ Charla informativa sobre planificación familiar
- ‡ La autoestima
- ‡ El valor de la vida y la familia
- ‡ La solidaridad en la comunidad
- ‡ Descubriendo el propósito de estar vivos
- ‡ La importancia de no ver el problema, sino la solución

3. TALLERES

- 📖 Expresar tres propósitos que tienen para el futuro próximo (siguiente mes)
- 📖 En tríos compartir ideas de cómo puede salir adelante la comunidad afectada
- 📖 Presentación de videoclip acorde a la necesidad (Tony Meléndez, Ironman '86, Nick V., etc.)

4. PLAN TERAPÉUTICO

- Terapia breve y de emergencia (grupal, e individual si se da la posibilidad)
- Apoyo en la terapia racional emotiva
- Modelo psicodinámico, enfocado al estrés postraumático

8.3 Comisiones de trabajo

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

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

8.4 Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

- Psicología Clínica
- Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (papanicolau)
- Planificación familiar (PASMO, colocación DIU <T de cobre>)
- Medicina general (AMES)
- Medicamentos gratuitos
- Entrega de víveres como estímulo
- Entrega de ropa y zapatos

9. Conclusión

Las catástrofes repercuten en la integridad psicológica de los afectados, tanto víctimas como profesionales que actúan en el lugar del hecho. Es esencial el desempeño de la intervención psicológica que permita que las personas afectadas adquieran una actitud positiva dentro del difícil marco que están viviendo.

Esto se logrará a través de la intervención terapéutica adecuada, que irá restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis. Igualmente, esta ayuda será de gran beneficio para el correcto manejo del duelo resultante de la pérdida de seres queridos, víctimas de la catástrofe experimentada en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, de Santa Apolonia en Chimaltenango.

11. Recomendaciones

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

4.4 Presentación de gráficas y análisis de resultados

A continuación se presentan las gráficas estadísticas de los casos atendidos en el Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, durante el trabajo de Práctica Profesional Dirigida, durante el período de abril a agosto de 2010. La información de dichas gráficas está basada en fuentes propias de la alumna practicante.

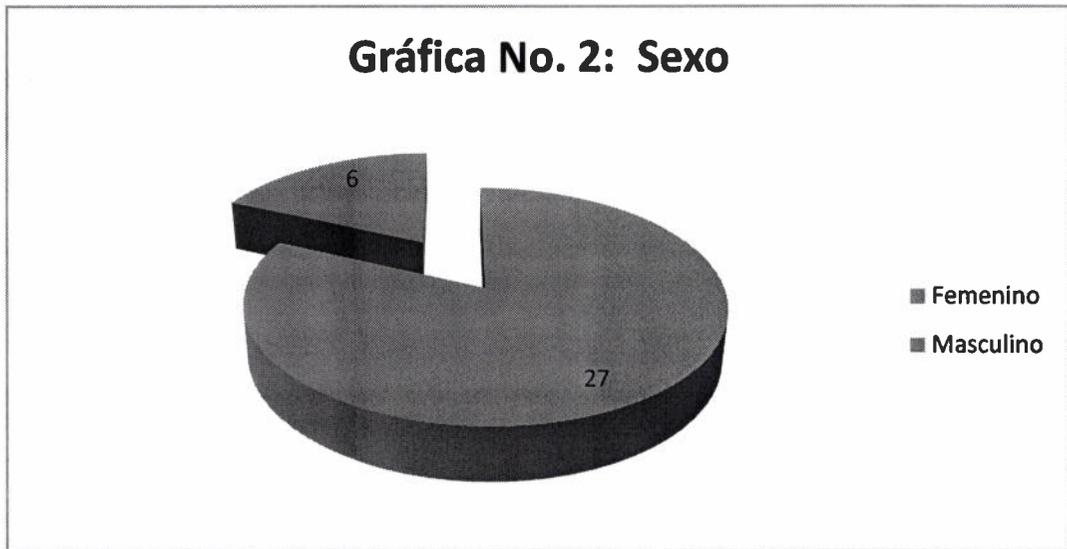
4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica No. 1: Total de casos atendidos por mes



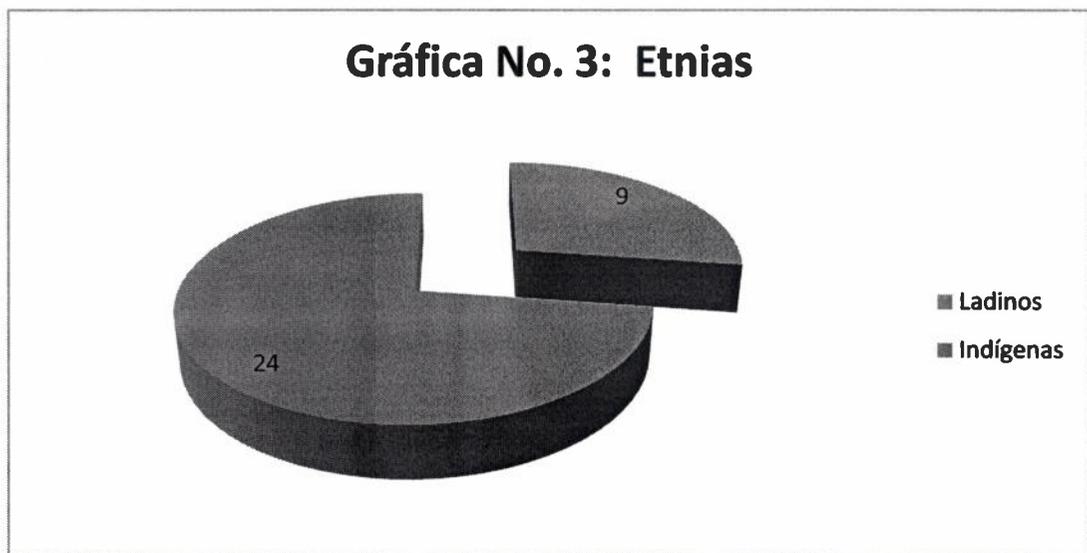
El total de pacientes atendidos durante los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto fue de 33 pacientes en la clínica psicológica del Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango.

Gráfica No. 2: Población clasificada por sexo



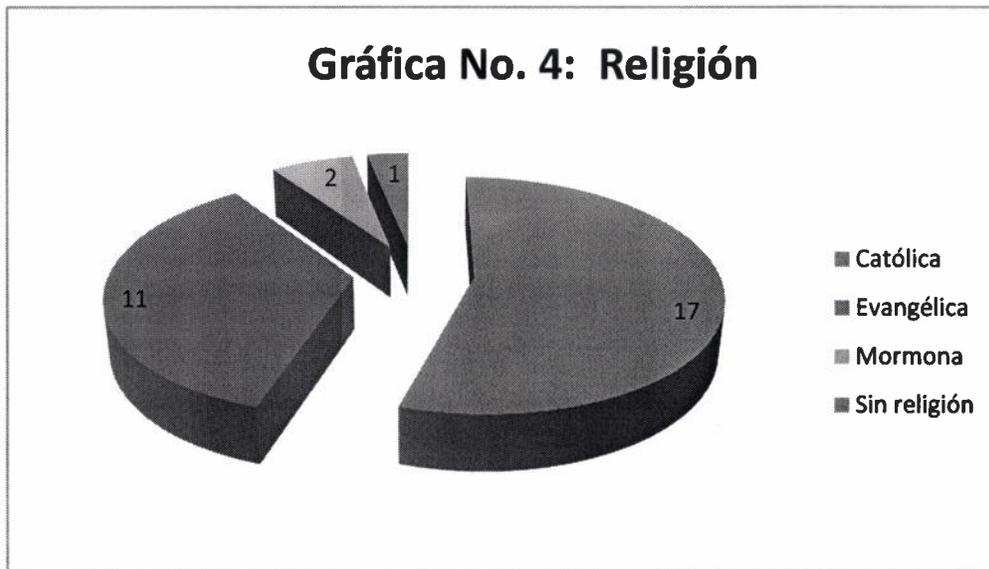
De acuerdo a la clasificación de pacientes por sexo, se muestra un total de 27 pacientes de sexo femenino, y 6 pacientes de sexo masculino. Todos ellos estuvieron dentro de un rango de edad de 10 a 70 años, pertenecientes tanto a la población indígena, como ladina.

Gráfica No. 3: Población clasificada por etnia



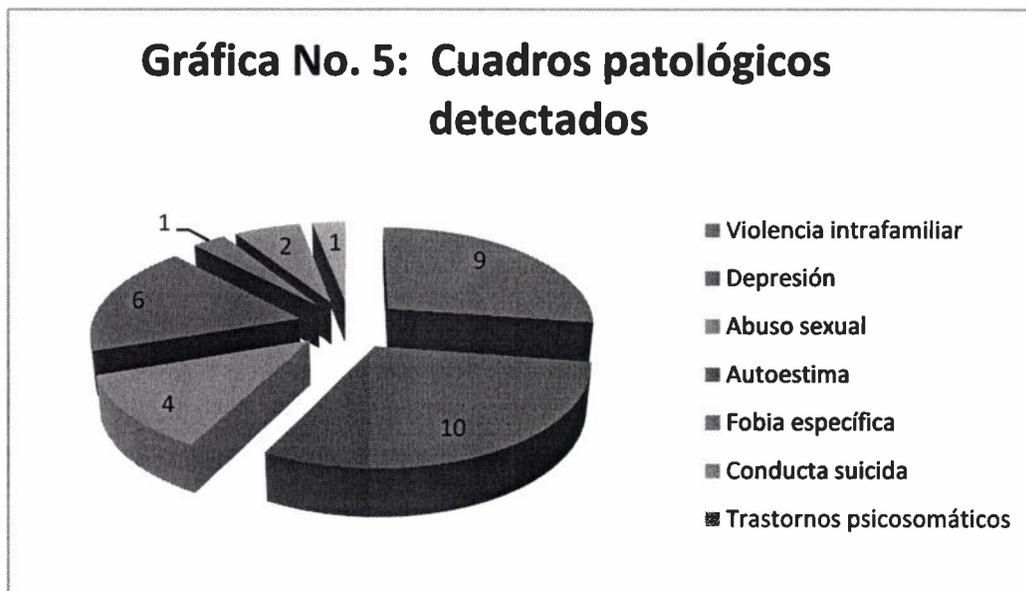
Los pacientes atendidos pertenecían específicamente a las etnias indígena y ladina, siendo el total de 24 para la primera, y 9 para la segunda.

Gráfica No. 4: Religión de la población atendida



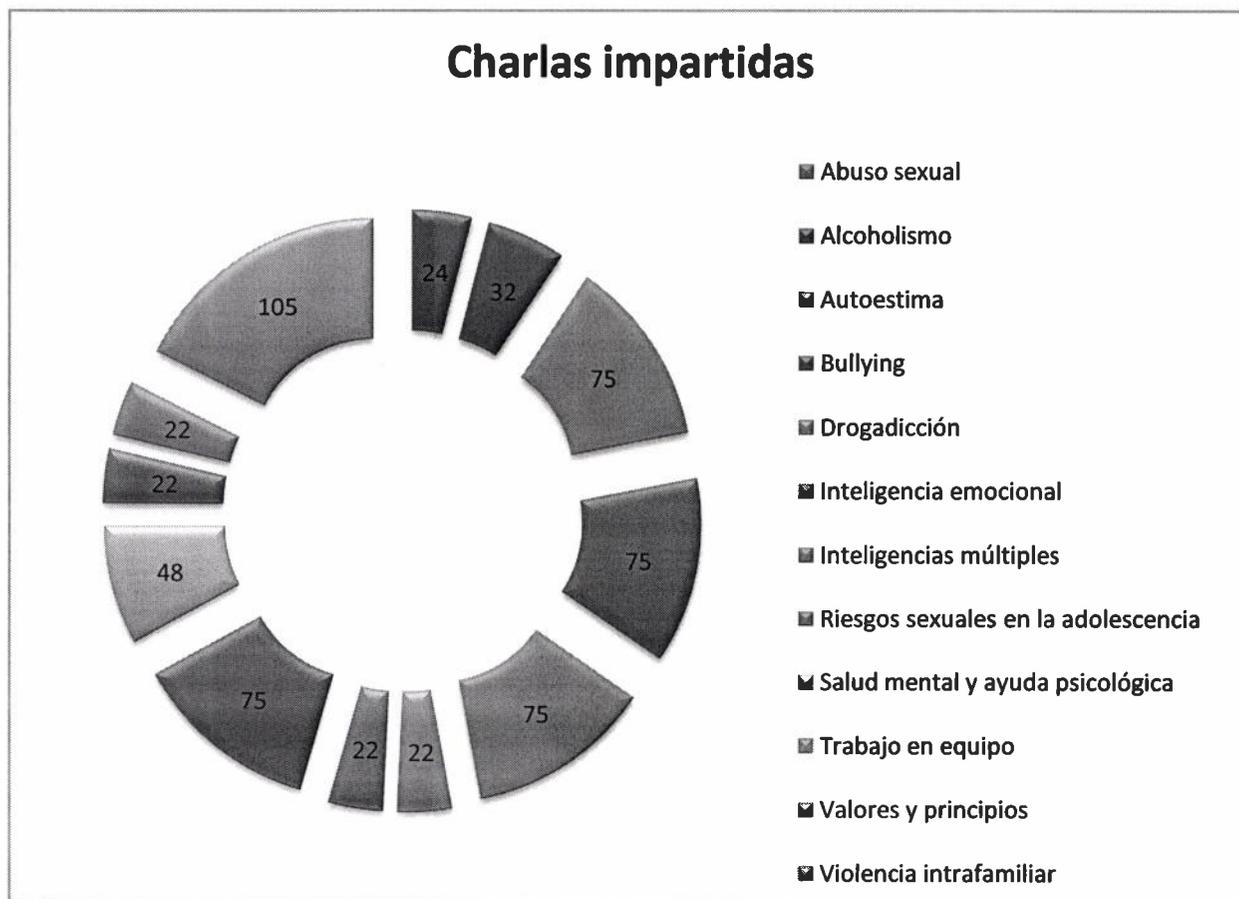
En relación a la religión que profesan los pacientes atendidos, se obtiene un total de 17 personas pertenecientes a la religión católica, 11 a la evangélica, 2 a la mormona y 1 que especificó no profesar ninguna religión.

Gráfica No. 5: Cuadros patológicos detectados



Los cuadros patológicos detectados fueron la violencia intrafamiliar con 9 casos; depresión con 10 casos; abuso sexual con 4 casos; autoestima con un total de 6 casos; fobia específica con un caso; conducta suicida, dos casos; y trastornos psicossomáticos con un caso.

4.4.2 Programa de Capacitación

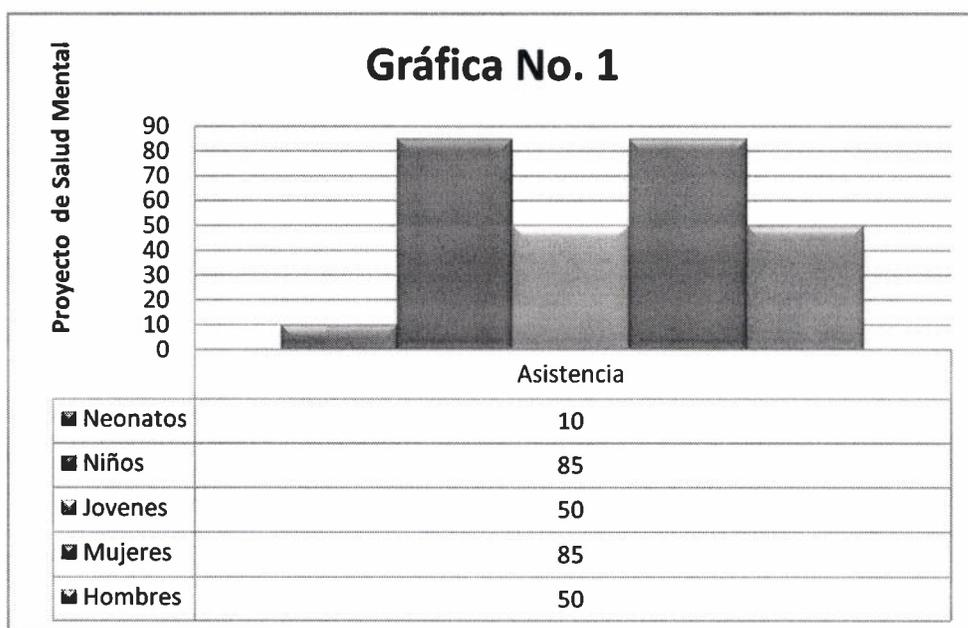


La gráfica ofrece datos respecto a las pláticas impartidas en capacitación, así como la asistencia que hubo en cada una de ellas. En tal sentido, se observa que el tema de VIF fue el que obtuvo mayor afluencia, con un total de 105 personas; seguidamente están los temas de autoestima, *bullying*, abuso sexual, riesgos sexuales en la adolescencia y drogadicción con un total de 75 asistentes en cada sesión; el tema de salud mental y ayuda psicológica ocupa el tercer lugar, con un total de 48 personas; el alcoholismo con un total de 32 asistentes ocupa el cuarto lugar, mientras que los temas de valores y principios, trabajo en equipo, inteligencia emocional, inteligencias múltiples están en el quinto lugar con una asistencia de 22 personas a cada una.

4.4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

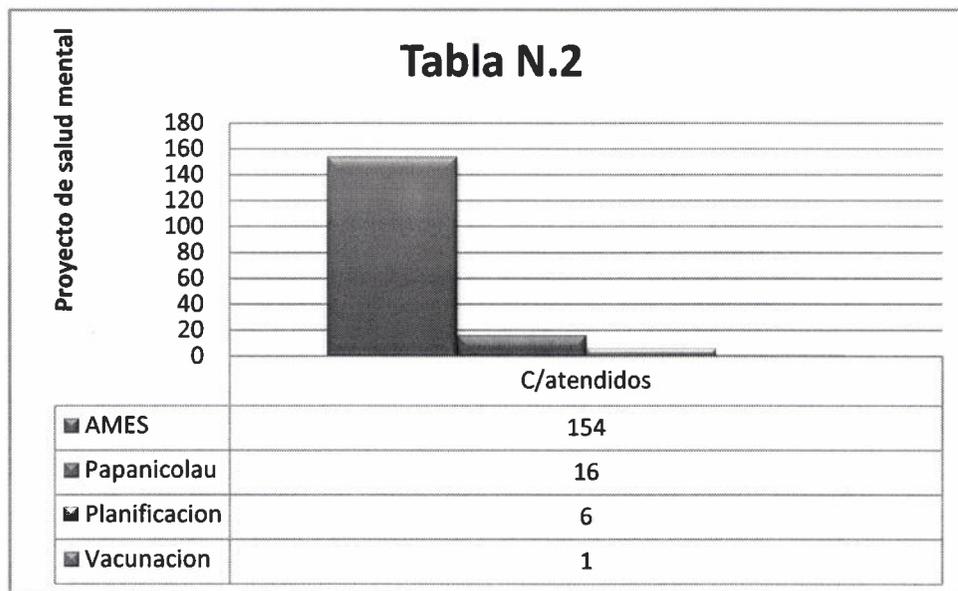
A continuación se presentan las gráficas estadísticas e interpretación de las mismas, correspondientes todas a los resultados obtenidos en el desarrollo del proyecto de salud mental en Santa Apolonia, Chimaltenango, el 16 de octubre de 2010 (fuentes propias).

GRÁFICA No. 1: Población atendida en la intervención psicológica



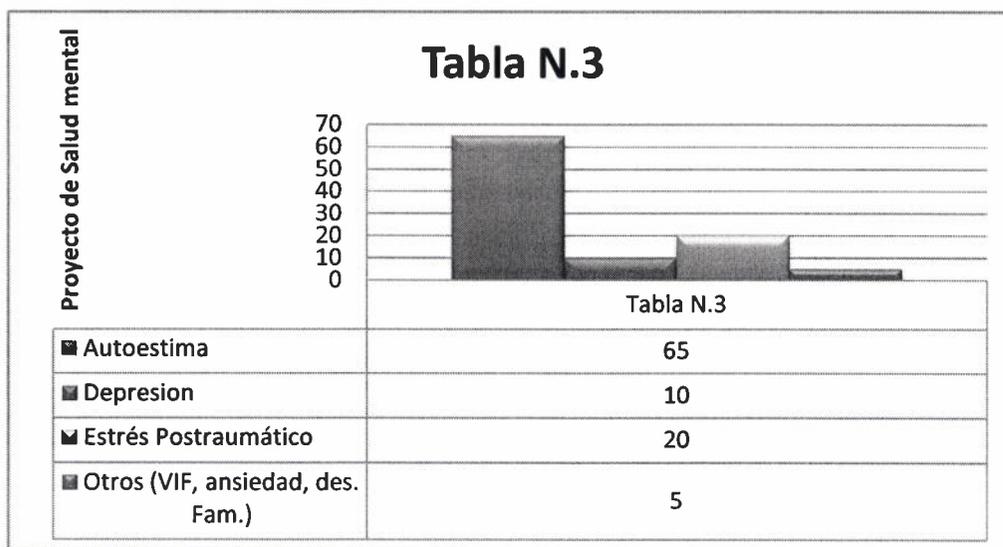
La gráfica No. 1 representa a la población atendida en la intervención psicológica, la cual se desarrolló por grupos homogéneos, obteniendo los siguientes resultados: neonatos 10; niños 85; jóvenes 50; mujeres 85; hombres 50. El total de personas atendidas es de 280.

GRÁFICA No. 2: Personas atendidas por especialidad médica



La gráfica No. 2 ofrece los datos en relación a la población atendida en las diferentes especialidades, a saber: Asociación AMES (medicina general) 154 pacientes; Asociación Una Lucha contra el Cáncer (papanicolau) 16 personas; Programa PASMO (planificación familiar 6 personas; Vacunación por parte del Centro de Salud de Santa Apolonia, 1 niño. Estos datos representan un total de 177 personas atendidas médicamente.

GRÁFICA No. 3: Cuadros patológicos detectados

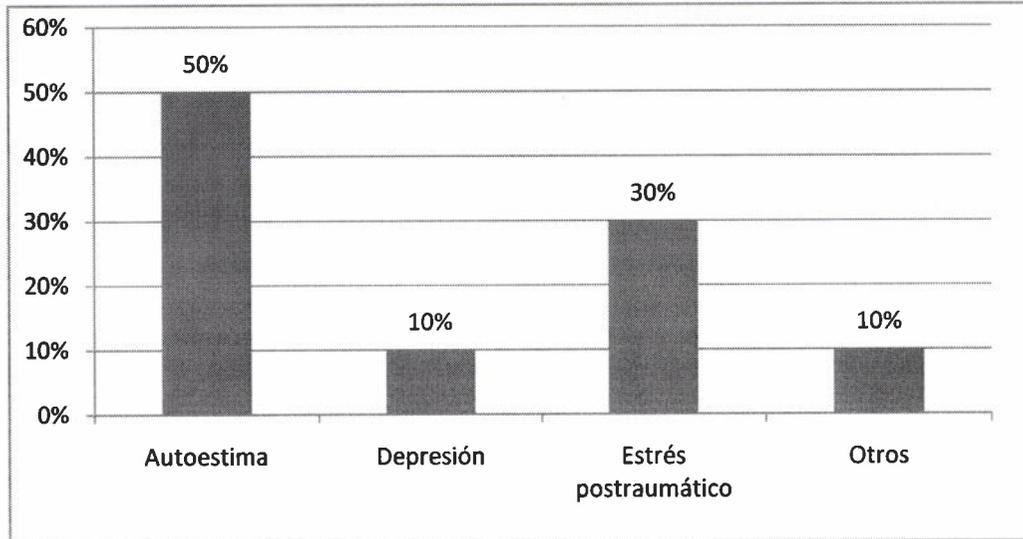


En la gráfica No. 3 se muestran los cuadros patológicos que fueron detectados, siendo los datos los siguientes: autoestima 65 casos individuales; depresión 10; estrés postraumático 20; otros (violencia intrafamiliar, ansiedad, desintegración familiar) 5 casos.

Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

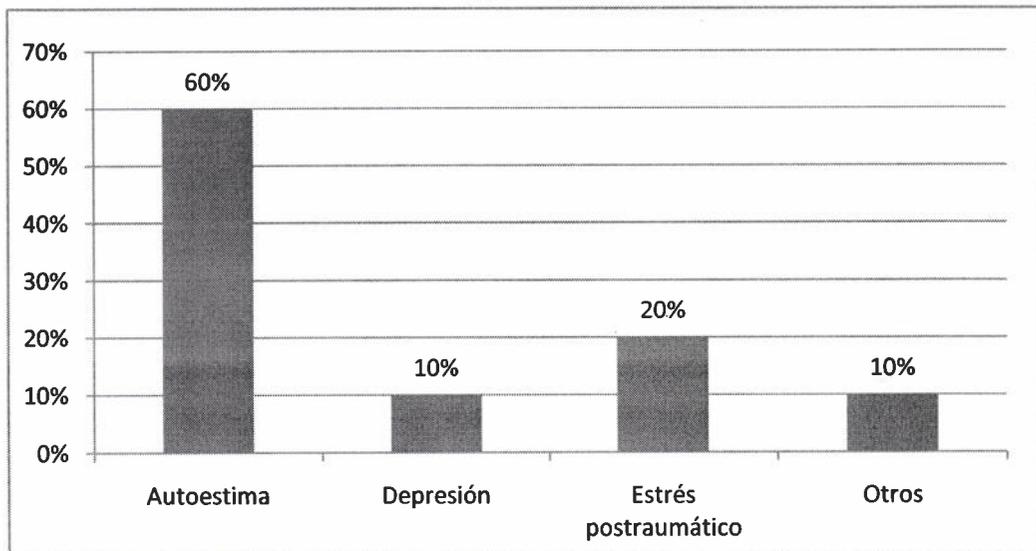
1. Niños:

En relación a esta población, los datos indican a la autoestima como el problema más destacado con un 50%, a lo que le sigue el estrés postraumático con el 30%, la depresión con el 10%, y otros problemas con el 10%.



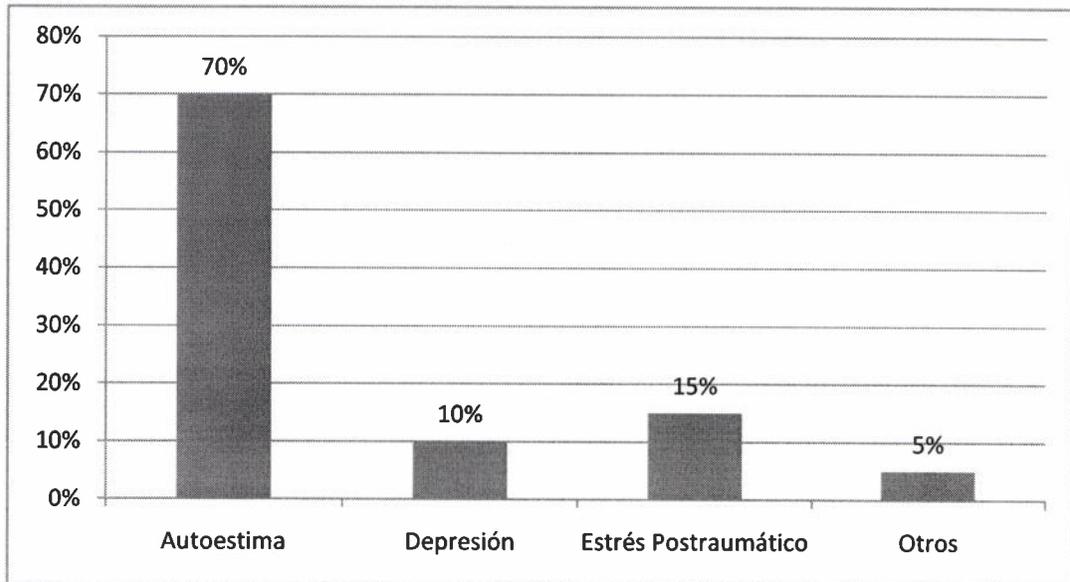
2. Jóvenes:

La población de jóvenes atendidos, demuestra una incidencia mayor en el caso de la autoestima con un 60%, seguida del estrés postraumático con un 20%. La depresión ocupa un 10% del total de casos atendidos, así como un 10% igual para los otros cuadros detectados.



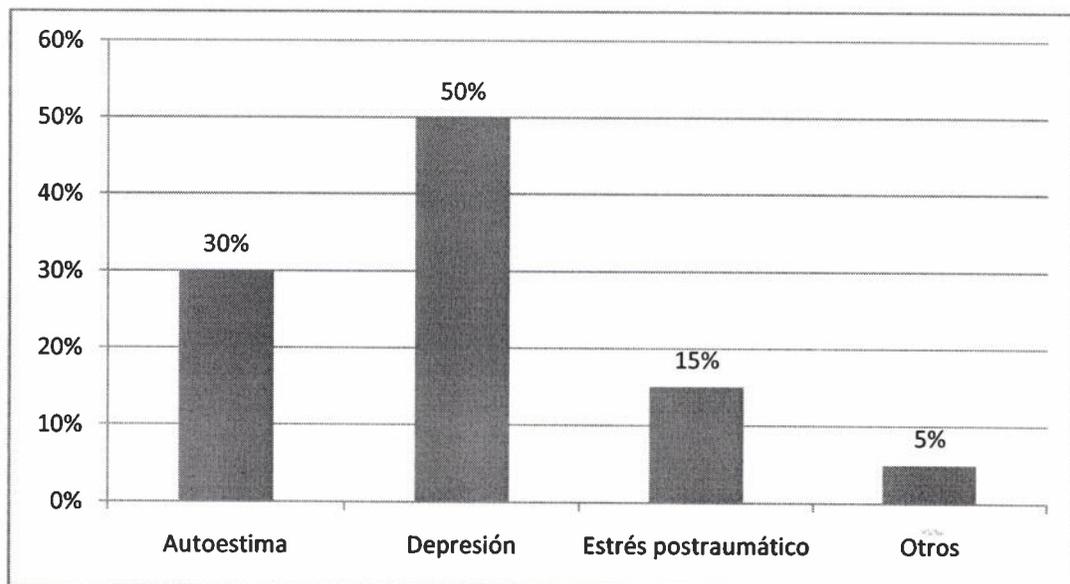
3. Mujeres:

La población femenina atendida igualmente, indica una incidencia mayor en los problemas de autoestima con un 70%; seguidamente se ubica el estrés postraumático con un 15%; a continuación la depresión muestra un 10% y finalmente otros cuadros con un 5%.



4. Hombres:

En la población masculina el cuadro de mayor incidencia detectado es la depresión con un 50%, seguida de la autoestima con un 30%. El estrés postraumático representa el 15%, y otros problemas el 5%.



Conclusiones

- La Práctica Profesional Dirigida permite que el alumno de Psicología enriquezca su preparación, al poner en práctica todos aquellos conocimientos y herramientas aprendidas en el la carrera de Psicología y Consejería Social en un ámbito real. Esto le ofrece la oportunidad de crecer profesional y personalmente, al entrar en contacto con personas que, como pacientes, confían en el alumno o alumna practicante, su problemática, con la finalidad de encontrar la mejor y más viable solución.
- La oportunidad de estar en contacto con las personas y sus problemas reales, permite al alumno practicante adquirir una visión más apegada a la realidad con la que se enfrentará en la vida profesional. En consecuencia, le ofrece la oportunidad de mejorar e incrementar sus conocimientos, métodos, técnicas y formas de ofrecer la psicoterapia más adecuada para cada caso.
- El alumno practicante debe estar en una constante revisión de la bibliografía indicada para poder ejercer con más exactitud y eficacia, el apoyo psicológico de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente que sea atendido.
- La Psicología ofrece un abanico de ámbitos de aplicación, teniendo para cada uno de ellos la forma de evaluación, diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos para la consecución de los resultados deseados.
- El trabajo de Práctica Profesional Dirigida es una labor basada no sólo en los conocimientos, métodos y técnicas psicológicas adquiridas a lo largo de la carrera, sino también sobre las bases de ética, valores y principios cristianos que se fomentan en la Universidad Panamericana, y que resultan ser uno de los apoyos más valiosos en el desempeño del alumno practicante.

Recomendaciones

- ✦ La Universidad Panamericana puede establecer vínculos profesionales con diversas instituciones de servicios clínicos de la región, con la finalidad de proveer a los estudiantes de 5º. año de Psicología y Consejería Social, una amplia gama de oportunidades para desarrollar su trabajo de Práctica Profesional Dirigida.
- ✦ Se hace necesario que la Universidad Panamericana nombre a alguna persona que supervise a los alumnos en los centros de práctica, con la finalidad de obtener una visión más objetiva y real del desempeño de los estudiantes.
- ✦ Se hace imprescindible que los alumnos practicantes estén en una constante revisión bibliográfica del campo de la Psicología, para poder ofrecer una ayuda profesional, eficaz y asertiva a los pacientes atendidos.
- ✦ Dado el intenso trabajo clínico que se desarrolla en el último año de la carrera, se hace necesario implementar más cursos sobre Psicología Clínica y Psicopatología, con la finalidad de afianzar y aumentar los conocimientos de los alumnos en dicha área.

Referencias

1. Acuña Bermúdez, E. (2009). *La Relación Psicoterapéutica: Reflexiones sobre Transferencia y Alianza Terapéutica, Secreto Profesional y Confidencialidad*. Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental Vol. 2 n° 6.
2. Aguilar, Guido. *Conductas Problema en el Niño*. México DF: Editorial Kairós
3. Arandi, P. (2007). *Teoría de las Inteligencias Múltiples*. Guatemala, Guatemala: Editorial Piedrasanta.
4. Casares, Julio (1989). *Diccionario Ideológico de la Lengua Española* (16°. Edición) Barcelona España: Editorial Gustavo Gili
5. Collins R., G. (1992). *Consejería cristiana efectiva*. Michigan, EEUU: Editorial Portavoz
6. Cullari, S. (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica* (1°. edición). México DF: Pearson Educación
7. Dobson, James Dr. (2004). *Atrévete a disciplinar*. (2°. Edición). Miami, Florida, EEUU: Editorial Vida
8. Goleman, Daniel (1998). *Inteligencia Emocional*. México DF: Editorial Kairós.
9. González Núñez, J. (2004). *PSICOTERAPIA GRUPAL. MANUAL MODERNO*. México, DF
10. Halgin, R. y Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad* (5ª. edición). México, DF: McGraw Hill Educación
11. Jacobs, M. (1982). *Esa voz interior*. (10°. Edición). Barcelona, España: Editorial Clie
12. Maldonado, G. *La Familia Feliz*. Miami, Florida, EEUU: GM International

13. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª. Edición, Texto Revisado. México DF: Editorial Masson Doyma
14. Morris, Ch., Maisto, A. (2005). *Psicología*. (12ª. Edición). México, DF: Pearson Education
15. Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México DF: Edamsa Impresiones, S.A. de C.V.
16. Papalia, D. et al (2005). *Desarrollo Humano*. (9ª. Edición). México DF: Ediciones McGraw Hill Interamericana
17. Pedraza, S., Monsalve, K. (2007). *Efectos de un Programa de Psicoterapia Breve en Pacientes Epilépticos*. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Manuela Beltrán Editores
18. Satir, V. (1983). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. (4ª. Edición). México DF: Editorial Pax
19. Schade, Nieves et al (2009). *Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo*. *Terapia psicológica*, Vol. 27, Núm. 2, diciembre-sin mes, 2009, pp. 239. Santiago de Chile, Chile: Asoc. Inc. Ed.
20. Smith et al (2003). *Psicología Cognitiva Aplicada*. México DF: McGraw Hill Interamericana
21. Soch, P. (2000). *Terapia Psicológica*. Santiago de Chile, Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica Editores.
22. Sullivan, H. (2000). *La Entrevista Psiquiátrica*. (10ª. Edición). México, DF: Editorial Psique

23. Terki, F., Malhotra, U. (2004). *Pautas médicas y de prestación de servicios para servicios de salud sexual y reproductiva*. (3°. Edición). Londres, Inglaterra: International Planned Parenthood Federation
24. Trabanino, D. (2000). *El valor de la autoestima*. (3°. Edición). Guatemala: Impresos D&M, S.A.
25. Woolfolk, Anita E. (2006) *Psicología Educativa* (9ª. edición). Ohio, USA: Editorial Pearson Addison Wesley

Páginas de Internet

<http://www.comunicación efectiva.com>

<http://www.defensoríadelamujer.com.gt>

<http://www.mediación/cantv.net>

<http://www.psicologiaonline.com>

<http://www.psicologiasocial.com.mx>

<http://www.terra.com-pensamientoalterado>

<http://www.tutormedico.com>

<http://www.walgreens-childhood-psychologic-tought-disorders>

[http://www.wikipedia-pensamiento/desórdenes psicológicos-trastornos-del-pensamiento](http://www.wikipedia-pensamiento/desórdenes-psicológicos-trastornos-del-pensamiento)

<http://www.cie-10.com>

<http://www.psicologiaonline/psicoterapiabreve/intervencion-psicologica>

[http://www.psicoterapiabreveydeemergencia/Cómo intervenir en la Psicoterapia Breve y de Emergencia](http://www.psicoterapiabreveydeemergencia/Cómo-intervenir-en-la-Psicoterapia-Breve-y-de-Emergencia)

ANEXOS

Anexo No. 1
Constancia de horas de práctica

Chimaltenango, 6 de febrero de 2010

**M.A. Ramiro Bolaños,
Decano de la Facultad de Educación
Universidad Panamericana
Guatemala**

Respetable Señor Decano:

Reciba un cordial saludo y el mejor deseo de bienestar y bendición en sus actividades personales y profesionales al frente de la Facultad de Educación.

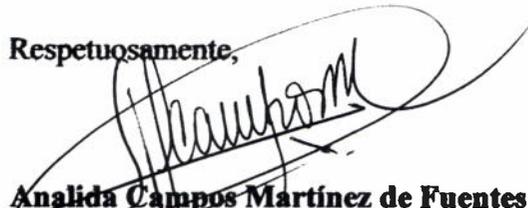
Como alumna de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, sede Chimaltenango, atentamente me permito solicitar su autorización para desarrollar la Práctica Profesional Dirigida, con fines de egreso de la carrera en mención.

Dicho trabajo de práctica será realizado dentro de los parámetros que establece la Universidad Panamericana, poniendo en acción los conocimientos y métodos psicológicos adquiridos a lo largo de la carrera, bajo la dirección de la Catedrática de Práctica. Esto, desarrollado dentro de la comunidad chimalteca para contribuir de esa manera a apoyar a los grupos necesitados de ayuda psicológica.

En tal sentido, mucho agradeceré su valiosa colaboración al respecto de la solicitud antes expuesta.

Sin otro particular, agradezco sobremanera su atención y apoyo.

Respetuosamente,


Analida Campos Martínez de Fuentes
Carnet 0601233



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

Chimaltenango, marzo de 2010.

Doctor
Manfredo Orozco Fuentes,
Director del Área de Salud,
Chimaltenango

RECEPCION AREA DE
SECRETARIA
CHIMALTENANGO
15 MAR. 2010
14:40
[Handwritten signature]

Respetable Doctor Orozco:

Reciba un cordial saludo deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores al frente de la Dirección de Salud de Chimaltenango.

De manera atenta solicitamos su colaboración para con esta casa de estudios, en el sentido de que la señora **ANALIDA CAMPOS MARTÍNEZ DE FUENTES**, alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, pueda realizar su Ejercicio de Práctica Profesional Dirigida en el Centro de Salud de San Andrés Itzapa, como un requisito de egreso de la carrera.

El trabajo de práctica en mención tiene una duración de marzo a agosto del año en curso, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad. El tiempo requerido es de 260 horas de ejercicio profesional. Adicionalmente, le informamos que la alumna ya se ha puesto en contacto con el Director del Centro de Salud, Doctor Elmer Orozco, para conocer su opinión al respecto de la presente solicitud, ante lo cual él manifestó su aceptación a dicho trabajo.

Agradecemos de antemano por brindar un espacio de aprendizaje significativo a la alumna, esperando a la vez que el servicio que ella proporcione beneficie de alguna manera tanto a la institución, como a la comunidad en sí.

Atentamente,

[Handwritten signature]
Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica

[Handwritten signature]
Dra. Thelma Sanchez
Coordinadora Sede Chimaltenango

CENTRO DE SALUD
SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO
RECEPCION
16 MAR 2010
HORA: 12:30
POS: [Handwritten initials]

c.c. Dr. Elmer Orozco



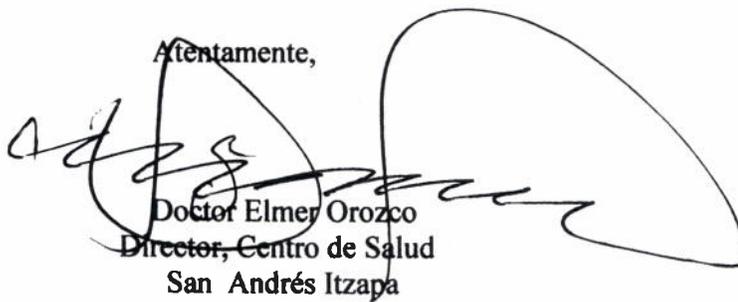
Chimaltenango, noviembre de 2010

A QUIEN INTERESE:

Con la presente se hace constar que la señora **ANA LIDA CAMPOS MARTÍNEZ DE FUENTES**, desarrolló en el Centro de Salud de San Andrés Itzapa, departamento de Chimaltenango, el trabajo de Práctica Profesional Dirigida en el área de Psicología Clínica, durante el período comprendido de marzo a agosto del presente año. La señora Campos de Fuentes completó satisfactoriamente las 300 (trescientas) horas de práctica que la Universidad Panamericana solicitara previamente.

Y para los usos que a la interesada le convenga, se extiende la presente constancia en San Andrés Itzapa, a los doce días del mes de noviembre del año dos mil diez.

Atentamente,



Doctor Elmer Orozco
Director, Centro de Salud
San Andrés Itzapa



Anexo No. 2
Constancia de charlas impartidas



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
“Sabiduría, ante todo adquiere sabiduría”
Facultad de Educación

Licenciatura en Psicología y Consejería Social

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
2010

Charlas impartidas

	Tema
1	Violencia Intrafamiliar
2	Salud mental y ayuda psicológica
3	Abuso sexual
4	El alcoholismo
5	Riesgos sexuales en la adolescencia
6	La drogadicción o adicción a las drogas
7	Manejo adecuado del duelo
8	El <i>Bullying</i>
9	La Autoestima
10	La importancia de la ayuda psicológica para el paciente diabético
11	La actitud del paciente ante la diabetes
12	La importancia de la ayuda psicológica para el paciente y el profesional
13	Valores y principios de la persona
14	Orientación y comunicación con los hijos
15	Inteligencia emocional
16	Desintegración familiar
17	Manejo adecuado de la enfermedad
18	Inteligencias múltiples
19	Uso adecuado del internet para los hijos
20	Trabajo en equipo
21	La toma de decisiones en la diabetes
22	El VIH-Sida

Analida Campos Martínez de Fuentes
PEM en Psicología
Orientadora Vocacional


Dr. Elmer Orozco
Director, Centro de Salud
San Andrés Itzapa



Anexo No. 3
Fotografías

Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango



San Andrés Itzapa, Chimaltenango

