

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencia Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Violencia intrafamiliar detectada en mujeres y niños
en el Centro de Salud de Patzicía**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac

Chimaltenango, julio 2013

**Violencia intrafamiliar detectada en mujeres y niños
en el Centro de Salud del municipio de Patzicía**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac	(Estudiante)
Licda. Sonia Pappa	(Asesora)
Licda. Floridalma Hernández	(Revisor)

Chimaltenango, julio 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora académica M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González
Y secretaria general

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cóbar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Asesor de Tesis Licda. Sonia Pappa

Revisor de Tesis Licda. Floridalma Hernández



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

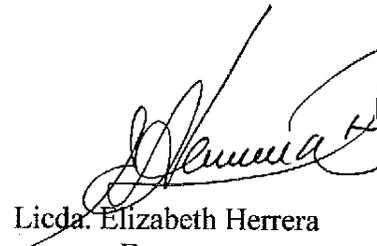
SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac**
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Practica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decana





UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, noviembre de dos mil doce.

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en el Centro de Salud de Patzún Chimaltenango presentado por la estudiante

Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac

Quien se identifica con número de carné 0702910 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala, 22 de mayo de 2013

En virtud de que *La Sistematización de Práctica* con el tema:
"Violencia intrafamiliar detectada en mujeres y niños en el Centro de Salud de Patzicía."
Presentada por la estudiante: *Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac*, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lida. *Lidia Florida Hernández T.*

Nombre del Revisor
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los veintiocho días del mes de Junio del año 2013.

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema "**Violencia intrafamiliar detectada en mujeres y niños en el Centro de Salud de Patzicia**", presentado por: **Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac**", previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Practica**.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Dedicatoria

A Dios: Por darme el don de la vida, brindarme sabiduría y protegerme e iluminarme en cada paso hacia mis metas y poner en mí la pasión de servir a los demás. A Dios sea el honor.

A mi esposo: Por su apoyo incondicional, comprensión y paciencia a la hora de realizar mis tareas y trabajos fuera de casa. Gracias por esa confianza.

A mi princesita: Que es mi razón de vivir, mi fortaleza y por quién lucho cada día, gracias por prestarme el tiempo que te pertenecía. Te amo.

A mi mamá: Por su apoyo en todo momento, sus consejos y por inculcar en mí valores como el respeto, la responsabilidad y la honestidad. Gracias mamá por ese tiempo invertido en mí y en mi familia.

A mis hermanos y hermana: Por su apoyo incondicional, consejos y ejemplos, que Dios los bendiga.

A mis amigas (os): Por convertir momentos inolvidables al caminar juntos hacia el orbe De la vida.

Universidad Panamericana: Templo del saber donde Dios me permitió adquirir conocimiento y desarrollar habilidades al servicio del prójimo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	1
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Objetivos	2
1.5 Población que atiende	2
1.6 Organigrama del Centro de Salud de Patzicia	3
1.7 Planteamiento del problema	3
Capítulo 2	
Referente Teórico	4
2.1 Violencia	4
2.2 Psicopatología	17
2.3 Psicodiagnóstico	38
2.4 Psicoterapia	54
Capítulo 3	
Referente metodológico	85
3.1 Programa de actividades de práctica profesional dirigida	85
3.2 Cronograma de actividades	88
3.3 Planificación de actividades	92

Capítulo 4	
Presentación de resultados	96
4.1 Programa de atención de casos	96
4.2 Programa de capacitación	112
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	117
4.4 Presentación de resultados con gráficas	121
Conclusiones	126
Recomendaciones	127
Referencias	128
Anexos	130

Resumen

En el presente informe encontrará una descripción del trabajo realizado durante la Práctica Profesional Dirigida del último año de la carrera de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Se describe a detalle la institución donde se realizó la práctica, con su misión, visión e información general así como también se investigó el tema principal del presente informe como lo es la violencia intrafamiliar, sus consecuencias, y las diferentes psicopatologías que se encontraron a lo largo de la práctica; asimismo, se utilizaron diferentes técnicas y herramientas de evaluación aprendidas en psicodiagnóstico como por ejemplo los test, pruebas proyectivas y entrevistas para dar el tratamiento adecuado para la mejora de los diferentes trastornos encontrados a lo largo de la práctica, para finalmente concluir las historias clínicas de cada paciente.

Así como también la estudiante practicante realiza diferentes charlas y talleres acoplados a las necesidades presentadas durante la práctica. Y como punto final se realiza un proyecto de salud mental para lograr el saneamiento mental, emocional y físico del estudiante practicante del quinto año de psicología.

Por tal razón al final de este informe encontrará la atención a casos individuales, análisis y resultados de los logros alcanzados durante la experiencia de la práctica realizada durante este año.

Introducción

La violencia intrafamiliar un tema muy común en la actualidad que lastimosamente no se escapa a nuestra realidad está afectando la integridad de muchas personas por lo que viendo la necesidad de ayudar a la población de Patzicía la alumna practicante toma la iniciativa de estudiar a profundidad esta problemática y así poder ayudar a esta población que necesita sanar su mente, alma y corazón, ya que según se pudo constatar con la mayoría de las personas que acudieron a recibir ayuda psicológica sufren de baja autoestima, depresión, insomnio y hasta problemas alimenticios. Por lo que, se realizó la presente investigación teórica para dar a conocer lo concerniente a los diferentes problemas encontrados durante la práctica tomando en cuenta el desarrollo, consecuencias y cómo darle solución a cada uno de ellos, es importante mencionar que cada tema fue seleccionado cuidadosamente de acuerdo a la necesidad de cada persona atendida.

Tomando en cuenta lo anterior la practicante toma conciencia y desarrolla diferentes actividades para ayudar a la población realizando charlas y talleres que puedan ayudar a mejorar la vida de los pacientes brindándoles tratamientos psicológicos y orientación para que utilicen sus propias herramientas y así encontrar la solución a sus conflictos internos y externos.

Capítulo I

Marco de referencia

Introducción

Este capítulo muestra en primera instancia la descripción detallada del lugar donde se realizó la práctica, su ubicación exacta, cómo es su estructura, si es adecuada para el servicio de salud, así, mismo, se ha incluido la misión y visión de la institución, su organización jerárquica y sus objetivos para brindarles una mejor y mayor atención a cada una de las personas que los visita.

Atiende a toda la población y cubre la mayor parte de las necesidades de salud que la misma requiere, preocupándose por el mejoramiento de la salud colectiva, actuando con métodos de prevención de epidemias que puedan surgir por los cambios climáticos constantes que afectan la salud de la población en general.

1.1 Descripción de la institución

El Centro de Salud de Patzicía está ubicado en el kilómetro 69.5 en la entrada al pueblo, esta institución presta los servicios básicos de salud, medicina general, vacunación, métodos de planificación, laboratorio y atención especial a personas que sufren de diabetes, cuenta con una sala de espera, una oficina de información, tres clínicas de consulta externa, un laboratorio, una clínica de emergencias, un salón pequeño para charlas, una oficina para trabajo social y un comedor, cuenta con una ambulancia, el lugar está muy bien cuidado. Este centro trabaja juntamente con instituciones extranjeras que ayudan al mejoramiento de la salud de los guatemaltecos, por lo que sigue trabajando para continuar con el desarrollo de la población.

1.2 Misión

“Somos un servicio de salud, que brinda atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido, de acuerdo con la normativa vigente, compartida con la mejora continua y la satisfacción de los usuarios y usuarias.”

1.3 Visión

Mejorar el servicio de salud cubriendo las necesidades prioritarias de la población de Patzicía y sus alrededores, capacitando al personal constantemente para brindar una mejor atención a los usuarios.

1.4 Objetivos

Garantizar la presentación básica del servicio de:

- ◆ Atención materna neonatal básica de acuerdo a la normativa vigente en un 80%.
- ◆ Mantener el desempeño de los procesos de apoyo del sistema de Gestión de Calidad en un 70%.
- ◆ Lograr la satisfacción de los usuarios en un 75%.

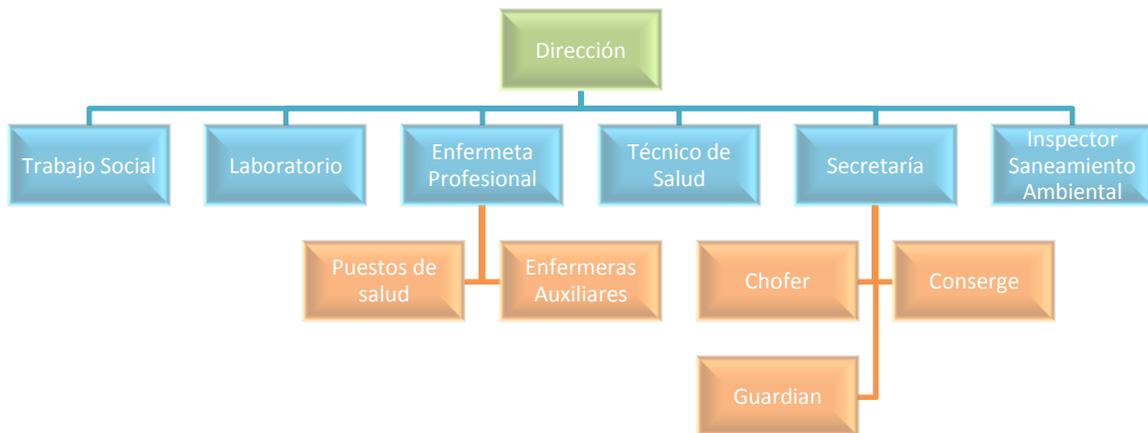
1.5 Población que atiende

El Centro de Salud, atiende a mujeres, hombres y niños.

1.5.1 Descripción de la población

El 80% de la población indígena y el 20% de población ladina.

1.6 Organigrama del Centro de Salud de Patzicia



1.7 Planteamiento del problema

La necesidad de buscar apoyo psicológico a las víctimas que sufren de violencia surge debido a las secuelas emocionales que deja, sobre todo en mujeres y niños por tal razón deben atenderse profesionalmente estos casos aplicando técnicas de psicoterapia.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

El siguiente capítulo es una guía que nos ayudará en el proceso de atención psicológica y consejería a las personas, utilizando como base la violencia intrafamiliar que es el mayor problema detectado dentro del centro de práctica, así como también la psicopatología, el psicodiagnóstico y la psicoterapia, que a través de sus técnicas y herramientas se podrá brindar una mejor atención a los pacientes que se atendieron durante el periodo de práctica.

2.1 Violencia

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

2.1.2 Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar, este puede ser por afinidad, sangre o afiliación y que transforma en agresores las relaciones entre ellos causando daño físico, psicológico, sexual, económico o social a uno o varios de ellos.

Este maltrato se puede especificar como:

- Físico: Actos que atentan o agreden el cuerpo de la persona tales como empujones, bofetadas, golpes de puño, golpes de pies, etc.

- Psicológico: Actitudes que tienen por objeto causar temor, intimidar, y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a quién se está agrediendo como las descalificaciones, insultos, control, etc.
- Sexual: Imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona. Como por ejemplo exposición a actividades sexuales no deseadas, o la manipulación a través de la sexualidad.
- Económico: No cubrir las necesidades básicas de la persona y ejercer control a través de recursos económicos.

2.1.3 Tipos de violencia

a. Violencia física

Se refiere a cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamientos), que no es accidental que provoca un daño físico o enfermedad en un niño. Puede ser el resultado de uno o dos incidentes aislados, o puede ser una situación crónica de abuso.

Los signos de abuso físico pueden ser los siguientes:

- Versión contradictoria entre el relato de los padres y las lesiones que presenta el niño, hematomas.
- Cicatrices.
- Marcas de quemaduras.
- Fracturas inexplicables.
- Marcas de mordeduras de la medida de un adulto.

El maltrato físico no se asocia a ningún grupo étnico, sino que se manifiesta en todas las clases sociales, religiones y culturas. No hay una situación específica que determina la violencia familiar, sino un conjunto de factores que predisponen a que ocurra. Estos factores pueden ser: baja autoestima, necesidad de control sobre el entorno y sentimientos de inferioridad.

Los niños que han sido maltratados, necesitan ayuda psicológica para no repetir el esquema de abuso a otras personas.

b. Violencia psicológica

La violencia psicológica, conocida también como violencia emocional, es una forma de maltrato, por lo que se encuentra en una de las categorías dentro de la violencia doméstica. La intención que trae consigo la violencia psicológica es humillar, hacer sentir mal e insegura a una persona, deteriorando su propio valor. Difiere del maltrato físico ya que éste es sutil y es mucho más difícil de percibirlo o detectarlo. Se manifiesta a través de palabras hirientes, descalificaciones, humillaciones, gritos e insultos. Éste trastorno puede tener bases en la infancia de las personas cuando se llevan a cabo la falta de atención por parte de los padres o familiares, y la violencia intrafamiliar.

c. Violencia familiar

La violencia familiar incluye toda violencia ejercida por uno o varios miembros de la familia contra otro u otros miembros de la familia. La violencia contra la infancia, la violencia contra la mujer y la violencia contra las personas dependientes y los ancianos son las violencias más frecuentes en el ámbito de la familia. No siempre se ejerce por el más fuerte física o económicamente dentro de la familia, siendo en ocasiones razones psicológicas (véase síndrome de Estocolmo) las que impiden a la víctima defenderse. La mayor parte de los agresores son personas mucho más fuertes que a las que se les agrede.

Los niños que suelen estar presentes durante la violencia y los que presencian pueden sufrir problemas emocionales y de comportamiento. Los investigadores indican que la violencia en la familia a los niños le afecta en tres maneras: en la salud, educación y el uso de violencia en su propia vida. Se ha comprobado que los niños que presencia la violencia manifiestan un grado mayor de depresión, ansiedad, síntomas de trauma y problema de temperamentos.

d. Violencia contra la mujer en la pareja

La idea de la sumisión de la mujer como mejor forma para asegurar la paz dentro del matrimonio está todavía arraigada entre nosotros.

La violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex-pareja está generalizada en el mundo, dándose en todos los grupos sociales independientemente de su nivel económico, cultural o cualquier otra consideración. Aun siendo de difícil cuantificación, dado que no todos los casos trascienden más allá del ámbito de la pareja, se supone que un elevado número de mujeres sufren o han sufrido este tipo de violencia.

La mayoría de las víctimas oculta que existan esos problemas por temor a ser juzgados en la sociedad. La indecisión es una de las causas para no admitir la situación así como el estereotipo dominante de la feminidad en Occidente, donde no se considera como atributo de las mujeres el ejercicio de la violencia activa.

También entra el aspecto de la educación y del entorno social que se vive desde niños, a un hombre que es maltratado psíquica o físicamente por su pareja, se le atribuye que es un hombre "débil", o es agredido por sus amigos o compañeros de trabajo y es precisamente por esto que no está dispuesto a denunciar y mucho menos a buscar ayuda.

Unas de las consecuencias de la violencia doméstica es la depresión. Las mujeres que sufren violencia domestica corren un mayor riesgo de estrés y trastorno de ansiedad, en particular los trastornos resultantes del estrés postraumático. El intento de suicidio y depresión se conectan estrechamente la violencia en pareja. La violencia contra la mujer impide que participen plenamente en sus comunidades en los planos económicos y sociales. Las mujeres en violencia tienen menos probabilidades de tener empleo.

e. Violencia contra el hombre en la pareja

La violencia contra el hombre es un tipo de violencia ejercida contra los hombres por su condición de hombre. Esta violencia presenta numerosas facetas que van desde el sexismo

inverso hasta la discriminación y el menosprecio, la agresión física o psicológica y el asesinato, produciéndose en muy diferentes ámbitos: familiar, laboral, formativo, etc. Si el agresor fuese su pareja sentimental se la llamará también violencia de pareja.

f. Violencia filio-parental

La violencia filio-parental (VFP) o violencia de los hijos a los padres es el conjunto de conductas reiteradas de agresiones físicas (golpes, empujones, arrojar objetos), verbales (insultos repetidos, amenazas) o no verbales (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar . Se incluyen, entonces, las amenazas y los insultos, ya sean realizados a través de gestos o verbalizaciones, las agresiones físicas de cualquier tipo, o la ruptura consciente de objetos apreciados por el agredido. Además, la violencia debe ir dirigida contra los padres o aquellas figuras parentales que les sustituyan: tutores, educadores, etc.

No se incluiría, por tanto, en esta definición la violencia ocasional sin antecedentes previos y que no se repite. Esto excluye, de manera casi generalizada, el parricidio, que presenta características particulares que lo distinguen y que, a menudo, constituye un episodio único, sin que se registren antecedentes previos. Se excluyen, también, la agresión sexual a los padres y los asaltos premeditados con armas letales por considerarse de un perfil diferente, así como la violencia que aparece en un estado de disminución importante de la consciencia (autismo o retraso mental grave) y que no se repite cuando este estado remite: violencia en el curso de intoxicaciones, de trastornos mentales orgánicos, de trastornos del curso o contenido del pensamiento, etc.

2.1.4 Fases de la violencia intrafamiliar

a. Fase 1. Acumulación de tensión

La dinámica de la violencia Intrafamiliar existe como un ciclo, que pasa por tres fases:

- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el estrés.

- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc.
- El abuso físico y verbal continúa.
- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.)
- El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc.

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

b. Fase 2. Episodio agudo de violencia

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

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

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

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

Luego de un tiempo se vuelva a la primera fase y todo comienza otra vez.

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

2.1.5 Tipos de agresores

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

Una investigación de los psicólogos norteamericanos, el Dr. John Gottman y Dr. Neil Jacobson. Señalan que los hombres maltratadores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales:

a. Pitbull:

- Solamente es violento con las personas que ama
- Celoso y tiene miedo al abandono
- Priva a pareja de su independencia
- Pronto ora, vigilar y atacar públicamente a su propia pareja

- Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión
- Tiene potencial para la rehabilitación
- No ha sido acusado de ningún crimen
- Posiblemente tuvo un padre abusivo.

b. Cobra:

- Agresivo con todo el mundo
- Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres
- Se calma internamente, según se vuelve agresivo
- Difícil de tratar en terapia psicológica
- Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere.
- Posiblemente haya sido acusado de algún crimen
- Abusa de alcohol y drogas.

El pitbull espía a su mujer, es celópata, cae bien a todas las personas, excepto a sus novias o esposas. El cobra es un sociópata, frío, calculador, puede ser cálido. El maltrato no cesa por sí solo.

Después de que la mujer ha sido físicamente maltratada y tiene miedo, a veces cesa este tipo de abuso y lo reemplaza con un constante maltrato psicológico, a través del cual le deja saber a su víctima, que el abuso físico podría continuar en cualquier momento.

En ocasiones la violencia del maltratador oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado. En otros casos, los comportamientos ofensivos son la consecuencia de una niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo. Esto lleva al niño a creerse superior al llegar a ser un adulto y a pensar que él está por encima de la ley.

La violencia doméstica no siempre resulta fácil de definir o reconocer. En términos generales podríamos designarla como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja o al ambiente más cercano.

Se trata del abuso psicológico, sexual o físico habitual. Sucede entre personas relacionadas afectivamente, como son marido y mujer o adultos contra los menores que viven en un mismo hogar.

Hay mujeres que se avergüenzan por lo que les sucede y que hasta se creen merecedoras de los abusos. Por eso prefieren mantenerlos en secreto y así esa situación puede prolongarse durante años. Los que maltratan a sus víctimas lo hacen de acuerdo a un patrón de abuso psicológico.

Igual que en el caso del alcohólico, el que golpea a una mujer o la maltrata psicológica o sexualmente, lo primero que hará es negarlo.

Otra forma de abuso psicológico es el aislamiento, en que le hacen el vacío a la mujer, ni le hablan, ni la miran y entonces ella se va creyendo que se merece ese trato.

La intimidación es también un abuso. Muchas mujeres no se atreven a hablar, por las amenazas que sus maridos o sus compañeros lanzan contra ellas.

Tanto el adicto a cualquier droga como el abusador, siempre tienen excusas y le echan la culpa a alguien.

También dentro de ese hábito de abuso psicológico está el abuso económico. "Si dices algo no te voy a dar la mensualidad".

Dentro de ese abuso psicológico de los maridos que golpean (lo que se llama en psicología la triangulación), hay otro tipo de abuso: utilizar a los hijos para hacerles sentir culpables a las esposas. En este caso los hijos sirven de mensajeros: "dile a tu madre que..."

Las amenazas a través de los hijos, las amenazas de que le van a quitar al hijo, todos estos son abusos psicológicos que preceden al abuso físico.

Todos estos abusos impiden que la mujer deje el hogar, ese hogar violento. Es que esa violencia psicológica a que están sometidas muchas mujeres, es más horrorosa que el abuso físico. Pregúntele a cualquier mujer a la cual han maltratado físicamente qué es lo que le duele más; si las palabras hirientes, los desprecios o los golpes. Los golpes se pasan, los abusos psicológicos, los insultos, los desprecios se clavan en el corazón.

2.1.6 Causas de la violencia intrafamiliar

La violencia dentro de la familia es un problema de grandes dimensiones y al hablar de consecuencias es importante mencionarlas como fenómenos aislados, ya que éstas se generan a nivel personal, familiar y social. Entre las principales causas están:

a. **Nivel socioeconómico:** La violencia intrafamiliar puede ocurrir en una familia que esté situada en cualquier nivel socioeconómico, sin embargo, en la mayoría de algunos estudios mencionan siempre que es evidente la violencia intrafamiliar en la población socioeconómica más débil, asimismo es muy probable que los sujetos de clase media o alta enmascaren el cuadro o finjan no darse cuenta y se desentiendan del caso.

b. **Vivienda:** La inestabilidad económica habitualmente se traduce en un tipo de vivienda deplorable, así en la mayoría de los casos, las habitaciones no cuentan con servicios mínimos indispensables, por tal motivo es posible que un ambiente poco atractivo u hostil favorezca al desarrollo de una personalidad agresiva.

c. **Nivel familiar:** Es posible que en las familias en donde existe un gran número de hijos sufra de violencia, pues la carga económica que significa el atender una familia numerosa puede, ayudar a incrementar el estado de tensión en el adulto y por lo tanto, favorecer en el desarrollo de la violencia.

La crisis de violencia es una relación destructiva, pero también ofrece a la víctima la opción de la oportunidad, si ésta por lo menos se dice a sí misma “No puedo aguantar esto más”, en ese momento tiene la oportunidad, si se decide, de iniciar el camino hacia la libertad e independencia.

Muchas veces la gente se pregunta ¿Qué sucede con los niños y jóvenes que se desarrollan en hogares donde imperan las conductas violentas?

Como consecuencia de esto comienzan a presentarse trastornos de conducta, salud y aprendizaje y los esfuerzos de autoridades y docentes se ven así duplicados, al tenerse que enfrentar a este grave problema que tiene origen en el hogar de los niños. El niño incorpora del hogar violento, un modelo de relación agresiva. Este es tomado como ejemplo y les queda tan grabado que casi inmediatamente lo empiezan a reproducir con sus hermanos (as), amigos (as) y compañeros (as) estableciendo una relación similar, en un alto porcentaje llevarán este modelo a la relación de noviazgo, de matrimonio o de paternidad conservando el problema y siguiendo una cadena generacional de violencia.

Sin embargo, la seriedad de las consecuencias no se detiene aquí; un alto porcentaje de menores y jóvenes con conductas delictivas y antisociales provienen de una crianza en hogares violentos, así como también es posible que se fuguen a edades tempranas del seno familiar, pueden caer en el alcoholismo, drogadicción, precocidad sexual, promiscuidad y a veces embarazos y abortos que se producen cada vez más en los primeros años de la adolescencia, esto se debe a que no se educó o enseñó dentro de la familia a poner en práctica el control de los impulsos agresivos y el manejo de límites ante las emociones y así esta gama de perturbaciones hará que se incremente la tasa de suicidios en esta etapa de la vida, precisamente por la misma falta de manejo y control de límites y emociones, así como de impulsos.

Lo anterior permite llegar a la reflexión de que la violencia intrafamiliar es una de las causas principales de la existencia de “Niños de la Calle” y de grupos delincuenciales.

Otra de las consecuencias de la violencia intrafamiliar es la prostitución, la cual puede observarse desde dos puntos de vista o perspectivas.

- A edades muy tempranas, cuando las adolescentes lo que buscan es escapar del hogar violento o incluso, de un posible abuso sexual del padre o de otros familiares.

- En mujeres adultas aún con hijos y lo que pretenden, es dejar al marido que es el agresor o que en última instancia, fueron abandonadas por éste y recurren a la prostitución para obtener algo de dinero.

d. Nivel personal.

Baja autoestima

Devaluación como persona

Desinterés

Falta de fuerza y energía

Confusión en pensamiento y sentimientos

Debilidad gradual de sus defensas físicas

Enfermedades psicosomáticas

Trastornos psiquiátricos

Perturbaciones cardíacas

Disturbios ginecológicos, gastrointestinales, dermatológicos y respiratorios

Miedos y angustias

Dependencia

Intentos de suicidio

e. Nivel Social

Pérdida de las amistades por el aislamiento, inseguridad y todas las demás consecuencias personales que se ponen de manifiesto en la forma de comportarse del individuo que es agredido.

2.1.7 Efectos de la violencia intrafamiliar

Al revisar las causas de la violencia intrafamiliar también se hace importante identificar que tipo de efectos tiene dicho fenómeno, entre los que se encuentran: la disfunción de la familia, el distanciamiento de sus miembros y las mutaciones en su comportamiento o actitudes mentales. Los efectos pueden ser clasificados en: psicofísicos y psicosociales, específicos y genéricos o generales.

Los efectos psicofísicos son aquellos que producen cambios psíquicos o físicos, en un mismo acto. Los Psíquicos hacen referencia a la desvaloración, baja autoestima y estrés emocional producido por las tensiones que produce el maltrato, en los empleados por ejemplo produce una baja en su rendimiento laboral ya que las tensiones emocionales dificultan la concentración.

En cuanto a los físicos se manifiestan en forma de hematomas, heridas abiertas, fracturas, quemaduras, etc. En el acto sexual también se presenta violencia cuando este se produce en forma forzada, produciendo cambios en la personalidad y alteraciones en las relaciones con el violador, marido o compañero permanente o con los otros miembros de la familia.

Los efectos psicosociales se dividen en internos y externos. Los primeros son aquellos que generan la marginación. La exclusión y la violación de los derechos fundamentales de la mujer y los niños. Cuando se presenta un maltrato hacia la mujer esta se ve obligada a aislarse de ciertas actividades sociales, de relaciones interfamiliares y hasta en su propio hogar. Dentro de la exclusión se ven afectados los niños en cuanto al afecto, puesto que una madre marginada forzosamente por la violencia intrafamiliar no puede brindar a sus hijos el amor que necesitan, lo que puede llevar a estos niños a la drogadicción, la prostitución y la delincuencia.

2.1.8 Tratamiento a víctimas de violencia intrafamiliar

El tratamiento está basado en intervenciones que apunten a “poner fin” a las situaciones desbordantes. Es recomendable el tratamiento individual en conjunto con la participación en grupos de autoayuda o apoyo emocional. La resocialización es fundamental para dar una real

respuesta a estas situaciones: participar en grupos, actividades sociales, etc. Por otro lado, sobre todo para las mujeres, se promueven actividades para la inserción laboral.

Otro modo de abordaje es la terapia familiar.

El proceso terapéutico facilita:

- Manejar la situación traumática o desbordante
- Brindar una sensación de control sobre el cuerpo.
- Mejorar el sentimiento de sí.
- Dejar de sentirse en soledad y aisladas.

La terapia de grupo favorece:

- Brindar apoyo, establecer buenas relaciones con los demás integrantes.
- Aumentar los recursos internos para afrontar la situación, mejorando la auto-estima.
- Ayuda a generar cierta independencia de quien ejerce la violencia.

2.2 Psicopatología

Se conoce como psicopatología a la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos. La psicopatología sirve para explicar la conducta anormal y nos sirve para investigar y, posteriormente, para poder experimentar e interpretar los hallazgos.

La salud mental al igual que la salud física es un estado relativo y por lo tanto difícil de definir. La salud mental es un estado relativo, significa que las personas con un diagnóstico de trastorno mental pasa periodos de tiempo en los que hay una relativa ausencia de síntomas. A su vez la persona que se denomina mentalmente sana también pasa por periodos en los que puede haber una presencia de sintomatología psicopatológica.

La salud mental también se define como un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar de forma adecuada en la sociedad a la que pertenece y cuyas características y rendimientos personales son satisfactorias para él.

2.2.1 Antecedentes históricos

Es en los mundos griego y romano en los que surge por primera vez el concepto de enfermedad mental. En los primeros tiempos de la cultura griega la explicación demonológica domino el campo de las concepciones sobre la locura (la locura era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses ene estado de cólera).

Esta visión fue modificada por los pitagóricos y los cos, entre ellos Hipócrates, quien aseguró que los trastornos mentales se debían a causas y procesos naturales al igual que en las enfermedades físicas. Para él los dioses de la enfermedad estaban sujetos a leyes naturales y era misión del médico descubrirlas. La formulación de Hipócrates serviría de base a Galeno para plantear sus concepciones acerca de los temperamentos. En una buena parte de la cultura griega, se entendía la locura, como demonológica, que el demonio le ha poseído. Esto no impide que grandes científicos y filósofos empiecen a hablar y describir enfermedades, con un origen físico. Es, en esta época, cuando aparece el “juramento hipocrático”.

Hipócrates dice que algunas enfermedades mentales tienen su origen en el cuerpo. Habla de la depresión post-parto, los delirios por infecciones, etc. Describe, perfectamente, cuadros febriles delirantes de los procesos infecciosos. Asimismo, también describe los cuadros de histeria e histrionismoy de la paranoia, entre otros. Él viene a decir que la enfermedad mental tiene un origen somático, porque “este hombre tiene algo roto en su cabeza”. Por lo tanto, Hipócrates es el precursor de la enfermedad mental, la cual describió en sus escritos.

Platón en Grecia, el saber era libre. Platón fue un gran filósofo. Dijo que el cuerpo tiene materia y tiene espíritu (concepto dualista). Hizo una interpretación religiosa de un trastorno psicopatológico. Platón dividió el cuerpo, en parte física y en parte psicológica (el “alma”), aunque a lo psicológico le da una interpretaciónpseudoreligiosa. Ya que divide el alma en alma mala y en alma buena. Excindió lo físico, de lo psicológico.

Son interpretaciones muy simplistas, desde la óptica presentista. Sin embargo, para aquella época, eran unas ideas muy adelantadas para su tiempo. Haciendo un esfuerzo de historicismo, se trata de un gran adelanto. De hecho, entre Platón y Aristóteles, está condensada toda la filosofía de todos los tiempos, incluso la de hoy día. En los “Diálogos” de Platón, habla de la condición humana, desde dogmas filosóficos.

2.2.2 Normalidad y anormalidad psíquica

Para determinar la relativa normalidad de una conducta o comportamiento psicopatológico se vale de una serie de criterios evaluativos.

- Criterios generales

Lo que caracteriza a todos los criterios generales es que son unos criterios muy amplios, y precisamente porque son muy amplios son menos útiles.

a. Normalidad como salud, evalúa como normal la ausencia de síntomas, por lo tanto existía una anormalidad con la presencia de síntomas. El problema básico y fundamental de este criterio es que no hay síntomas fijos, absolutos de anormalidad. Es decir, cualquier sentimiento, pensamiento y reacción que nosotros observamos en un paciente mental puede ser también observado en una persona normal. Generalmente de forma más controlada, más moderada y socialmente más aceptable. Cualquier síntoma psicopatológico puede ser considerado normal si su forma de expresión es normal.

b. Normalidad estadística, una interpretación de la norma se basa en el modelo estadístico que sostiene arbitrariamente como normal las reacciones usuales o típicas de la gran mayoría de la población, las reacciones inusuales o atípicas van a ser consideradas como anormales independientemente de su cualidad. La mayor parte de los aspectos del ser humano se ajustan a una distribución normal (curva de distribución normal) es decir, que para la mayor parte de la población la dispersión de una característica completa es relativamente limitado.

Este criterio nos sirve para establecer la conducta normal media.

c. Criterio ideal de normalidad, este criterio parte de cómo deberían comportarse las personas, en este sentido la norma sería el ideal. El criterio ideal en realidad es un criterio utópico.

d. Criterio social, la norma sería la opinión social predominante. El hecho de que una conducta sea clasificada como normal o anormal va a depender de la reacción de los miembros del grupo social de referencia. Todas las sociedades estimulan a sus miembros para que adquieran y acepten unas pautas de conducta, costumbres y sistemas de valores.

Ventajas de este criterio:

- La principal es que promueve la identidad y solidaridad dentro de los grupos.
- Contribuye al establecimiento y armonía en las reacciones sociales. Inconvenientes o desventajas:
- Es un criterio variable, relativo. Cambia con el tiempo y de unas culturas a otras.
- Delimitar el grupo de referencia.
- Una sociedad puede comportarse de forma patológica.

- **Criterios específicos**

Son un intento de especificar lo que es una conducta normal y una anormal. Hay 5 criterios específicos que se manejan de forma conjunta, no son independientes entre sí.

a. Eficacia del funcionamiento psicológico, datos experimentales y clínicos confirman que la severidad del déficit psicológico y la psicopatología correlacionan de forma positiva. Cuanto más grave / intenso es el deterioro psicológico más grave es la psicopatología. Las funciones psicológicas que se evalúan son las inherentes al ser humano, es decir, son la atención, la percepción, razonamiento, aprendizaje, memoria, comunicación y la afectividad básicamente. Desde este punto de vista, personas con un trastorno mental no significa que carezcan de la capacidad de pensar, sino que está deteriorada esa capacidad nada más.

b. Eficacia del funcionamiento social, la base de este criterio está en la relativa incapacidad de la persona para en primer lugar estar eficazmente conformado con el modelo cultural, y en segundo

lugar evitar comprometerse en acciones que difieren de forma drástica de la norma cultural. Se usa el criterio para describir la forma básica de incapacidad de comprometerse a unas acciones.

Los principales signos de un funcionamiento social defectuoso incluirían en primer lugar la falta de control sobre los impulsos agresivos, la excesiva desconfianza y recelo con respecto a los otros, en tercer lugar la comunicación incoherente, en cuarto lugar la irresponsabilidad, en quinto lugar tendencias autodestructivas y por último el egocentrismo (interés por uno mismo).

c. Grado de autocontrol consciente, el deterioro del autocontrol consciente es el criterio aislado más decisivo en psicopatología. De los cinco criterios el más determinante para determinar la normalidad o anormalidad será este criterio. El saber controlar nuestros impulsos de rabia, ira, es un signo de autocontrol, de salud mental.

d. Evaluación social, la presencia y severidad de un funcionamiento psicosocial defectuoso e incontrolado puede advertirse en primer lugar por la observación directa de la conducta del sujeto, en segundo lugar por los datos que nos proporcionan y en tercer lugar por los informes y entrevistas y la historia del caso. Mediante el uso de test estandarizados podemos expresar en términos cuantitativos el grado de desviación o deterioro de una función específica.

-Evaluación personal, en los desórdenes moderados en los cuales los déficit psicológicos no son discernibles y si el ajuste social es adecuado en estos casos el sufrimiento interno de la persona es el principal indicador de un problema psicológico.

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

A continuación se presentan algunos trastornos psicopatológicos con sus respectivas clasificaciones y análisis.

2.2.3.1 Trastornos de personalidad

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su origen en la adolescencia o inicio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto y los que están a su alrededor.

I.Trastorno paranoide de la personalidad

Se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia que hacen que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

I.1 Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con este trastorno de la personalidad, suelen ser personas con las que generalmente es difícil llevarse bien o tener una buena relación personal, debido a la suspicacia y hostilidad que demuestran a menudo; y esta naturaleza del sujeto suspicaz puede provocar en los demás una respuesta hostil, confirmándose así las expectativas iniciales del sujeto.

Debido a que los sujetos con trastorno paranoide de la personalidad no confían en los demás, tienen la necesidad de ser autosuficientes y autónomos, además de necesitar tener un alto grado de control sobre los que le rodean. Son capaces, además, de culpar a los demás de sus propios errores; pueden ser litigantes y verse a menudo envueltos en numerosos pleitos legales.

Estos sujetos pueden mostrar fantasías de grandiosidad, escasamente disimuladas, por lo que tienden a desarrollar estereotipos negativos de los otros y en especial de aquellos grupos de población.

Los sujetos que sufren este trastorno también pueden experimentar episodios psicóticos muy breves, sobre todo en respuesta a una situación de estrés. En determinados casos el trastorno paranoide de la personalidad aparece como un antecedente premórbido de un trastorno delirante o de una esquizofrenia. Es frecuente el abuso de alcohol y/o otras sustancias. Los trastornos de personalidad que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el trastorno paranoide de la personalidad parecen ser el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista.

Hay que tener en cuenta la importancia de que algunos comportamientos en determinados contextos socioculturales o circunstanciales en la vida, pueden ser calificados erróneamente como paranoides. Así, por ejemplo, los inmigrantes, los refugiados políticos o simplemente los sujetos

con antecedentes étnicos diferentes pueden mostrarse recelosos o defensivos debido al desconocimiento o a la percepción de desprecio o indiferencia por parte de la sociedad mayoritaria. Así estos comportamientos pueden generar ira contenida y desconfianza, que pueden malinterpretarse como un trastorno paranoide de la personalidad.

Parecen existir datos que confirman que la prevalencia del trastorno paranoide de personalidad es mayor en los que tienen familiares con esquizofrenia crónica, especialmente de tipo persecutorio.

I.2 Tratamiento

Lamentablemente, el trastorno paranoide de la personalidad ofrece una serie de problemáticas añadidas que dificultan el tratamiento. En primer lugar, es difícil que la persona afectada solicite voluntariamente ayuda terapéutica: la creencia de que viven en un mundo hostil en el que son constantemente atacados, les lleva a pensar que el problema no es “suyo”, sino, en cualquier caso, del resto de personas que los rodean.

En segundo lugar, es frecuente que estas personas perciban al psicólogo o psiquiatra como un enemigo más o, incluso, como cómplice de una conspiración que incluye a su cónyuge, vecinos, etc., y que tiene como objetivo perjudicarlo.

Finalmente, las terapias encaminadas a buscar traumas o conflictos en la biografía del paciente se encuentran con su rechazo a revelar detalles sobre su vida íntima.

Por otra parte y dado que, bajo este trastorno, suelen encontrarse sentimientos de ineficacia (“siento que los demás quieren dañarme pero, en realidad, lo que más temo es que, si eso sucediera, no sabría defenderme o manejar la situación”), la terapia puede ir encaminada a aumentar la autoconfianza del paciente: una persona que se siente eficaz ante las posibles amenazas que puedan surgir hacia su persona, tiende a concederles menos importancia.

II. Trastorno antisocial de la personalidad

Las personas con este trastorno tienen una historia de comportamiento antisocial crónico que incluye un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás y una incapacidad para aceptar las normas de la sociedad. También suelen llamarse psicópatas o sociópatas.

La conducta antisocial comienza antes de los 15 años de edad y continúa en la edad adulta; se caracteriza por una falta total de preocupación por los estándares legales o morales de la sociedad, así como una marcada incapacidad para llevarse bien con los demás.

En algunas ocasiones, las personas con este trastorno pueden parecer encantadoras en la superficie, pero se irritan con facilidad y son propensos a ser agresivos e irresponsables en múltiples áreas de sus vidas. A menudo abusan de las drogas y el alcohol, pudiendo usar múltiples drogas, como marihuana, alcohol, cocaína o anfetaminas. Suelen verse envueltos en actividades que implican riesgo y búsqueda de sensaciones, así como en actividades delictivas.

II.1 Diagnóstico

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
- Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas

- Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

II.2 Tratamiento

Las personas con trastorno de personalidad antisocial no logran admitir que están frente a un problema que debe ser tratado (egosintonía). Es por ello que es fundamental que exista un estímulo externo que les permita aceptar dicha condición. Puede venir desde la propia familia como también desde la justicia, que le ordene un tratamiento en vistas de los problemas que le puede acarrear.

Este trastorno puede agravarse, en algunos casos, especialmente cuando la persona a tratar tiene como hábito el consumo de drogas. Muchos tipos de terapia pueden colaborar a sobrellevar de mejor modo la enfermedad. La terapia grupal puede ser clave para hacer entender a la persona que puede interactuar con los demás sin necesidad de violencia o desprecio. La terapia de comportamiento cognitivo y la terapia de modificación pueden contribuir a alterar los patrones problemáticos de pensamiento que el tratado posee y a estimular los comportamientos positivos en sociedad.

Dentro de la órbita psiquiátrica, los medicamentos se usan para combatir síntomas específicos, como la agresividad y la irritabilidad. Los fármacos conocidos como “antipsicóticos” han demostrado tener éxito en el tratamiento del trastorno. Si bien se presupone que el TPA es una

enfermedad crónica, algunos síntomas -especialmente el comportamiento criminal- pueden ir disminuyendo con lentitud con el paso del tiempo y un tratamiento adecuado.

III. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

La característica esencial del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Como todos los trastornos de la personalidad se inicia en la adolescencia o principios de la edad adulta. Comporta un patrón de excesivo de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

III.1 Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, suelen tener dificultades a la hora de elegir qué tarea es la prioritaria y cuál es la mejor forma de hacerla, de tal forma, que cuando ocurre esto, puede que nunca llegan a realizarla, ni siquiera a empezarla. Normalmente se enfadan en aquellas situaciones en las que no son capaces de mantener un control del entorno, si bien, su posible ira no se manifiesta de forma abierta. Cuando estos sujetos muestran afecto, lo hacen de forma muy controlada; como norma general, sus relaciones cotidianas suelen ser serias y formales. Otra característica es que normalmente se contienen hasta no estar seguros de que lo que van a decir es perfecto para la ocasión. Los individuos con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden tener dificultades importantes en el trabajo, sobre todo, en aquellos que requieran flexibilidad y transigencia.

Los sujetos que presenten trastornos por ansiedad (por ejemplo, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, fobia específica...) tienen mayor probabilidad de padecer esta alteración de la personalidad. Muchos rasgos que caracterizan al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad también a parecen como características de la personalidad "tipo A".

Por último, hay que decir que puede existir una asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo y ansiedad. Siempre que se evalúe este

trastorno, se debe tener en cuenta no incluir aquellos comportamientos que reflejan hábitos o estilos interpersonales admitidos culturalmente, por ejemplo, en algunas culturas se pone un especial énfasis en el trabajo.

A su vez, los trastornos de personalidad están reunidos en tres grupos, basándose en las similitudes de sus características. Así tenemos el grupo A en el que se incluyen los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad; los sujetos que poseen a alguno de estos grupos suelen parecer extraños o excéntricos. El grupo B en el que se incluyen los trastornos antisociales, límite, histriónico y narcisista de la personalidad, cuya característica es que los sujetos pertenecientes a este grupo suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. Por último, está el grupo C en el que se incluyen los trastornos por evitación, por dependencia y el obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos incluidos en este grupo suelen parecer ansiosos o temerosos.

III.2 Tratamiento

El TOCP puede ser tratado con fármacos, los cuales trabajan regulando ciertos neurotransmisores en el cerebro, especialmente la serotonina; sin embargo, el método de tratamiento que más éxito tiene es el combinado, en donde se trata al paciente con fármacos a la vez que se le ayuda con psicoterapia.

2.2.3.2 Trastornos de la conducta alimentaria

Es una de las varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

I. Anorexia nerviosa

Se caracteriza por una pérdida de peso elevada (más del 15%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

I.1 Criterios para el diagnóstico

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

I.2 Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

II. Bulimia nerviosa

Es un desorden de comer que se caracteriza por episodios de comer excesivamente y después intentar compensar por métodos inapropiados para controlar el peso (ej. con vómitos). Los métodos inapropiados incluyen vómitos, estar en ayunas, los enemas, el uso excesivo de laxantes y diuréticos, o hacer ejercicio compulsivamente.

II.1 Criterios para el diagnóstico

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

II.2 Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal. Las consecuencias de las conductas bulímicas son amenorrea, malformaciones en los dedos, problemas dentales y maxilofaciales, debido a los constantes atracones. Para evitar el aumento de peso usan métodos compensatorios inapropiados (inducción al vómito).

2.2.3.3 Trastorno del estado de ánimo

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

I. Depresión mayor

Los síntomas cardinales del trastorno depresivo mayor son humor deprimido y pérdida de interés o placer. Otros síntomas varían enormemente. Por ejemplo, la pérdida del sueño y de peso se considera muestras clásicas, aunque muchos pacientes deprimidos ganan peso y duermen excesivamente.

Cuando un episodio depresivo mayor no es tratado, puede durar un promedio de 9 meses. En el ochenta al 90 por ciento de individuos remitirá en el plazo de 2 años del primer episodio (Kapur y Mann, 1992). Después de eso, por lo menos el 50 por ciento de las depresiones se repetirá, y

después de tres o más episodios, las probabilidades de la repetición en el plazo de 3 años aumentan al 70 a 80 por ciento si el paciente no ha tenido tratamiento preventivo (Thase y Sullivan, 1995).

I.1 Causas

Se desconoce la causa exacta de la depresión. Muchos investigadores creen que es causada por cambios químicos en el cerebro. Esto puede deberse a problemas con los genes o se puede desencadenar por ciertos eventos estresantes. Lo más probable es que sea una combinación de ambos.

Algunos tipos de depresión se transmiten de padres a hijos, pero ésta también se puede presentar en personas que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Cualquier persona puede deprimirse, incluso los niños.

Los siguientes factores pueden jugar un papel en la depresión:

- Alcoholismo o drogadicción.
- Ciertas afecciones médicas, como hipotiroidismo, cáncer o dolor prolongado.
- Ciertos medicamentos como los esteroides.
- Problemas para dormir.
- Hechos estresantes en la vida, como:
 - romper con un novio o novia;
 - desaprobación de una asignatura;
 - enfermedad o muerte de alguien cercano;
 - divorcio;
 - maltrato o rechazo en la niñez;
 - pérdida del trabajo;
 - aislamiento social (común en los ancianos).

I.2 Síntomas

Las personas que padecen depresión por lo general ven todo con una actitud más negativa y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo.

Los síntomas de depresión pueden abarcar:

- Agitación, inquietud e irritabilidad.
- Volverse retraído o aislado.
- Dificultad para concentrarse.
- Cambio drástico en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Fatiga y falta de energía.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Sentimientos de minusvalía, odio a sí mismo y culpa.
- Pérdida de interés o placer en actividades que alguna vez se disfrutaron.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.

La depresión también puede aparecer como ira y desmotivación, en vez de sentimientos de tristeza.

I.3 Tratamiento

En general, los tratamientos para la depresión abarcan:

- Medicamentos llamados antidepresivos.
- Terapia psicológica, llamada psicoterapia.

Si se tiene depresión leve, posiblemente sólo se necesite uno de estos tratamientos. Las personas con depresión más grave generalmente necesiten una combinación de ambos tratamientos. Toma tiempo sentirse mejor, pero generalmente hay mejorías día tras día.

◆ Medicamentos para la depresión

Los medicamentos empleados para tratar la depresión se denominan antidepresivos. Los tipos comunes de antidepresivos abarcan:

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), entre ellos fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), paroxetina (Paxil), fluvoxamina (Luvox), citalopram (Celexa) y escitalopram (Lexapro)
- Los inhibidores de la recaptación de la norepinefrina (IRSN), entre ellos, desvenlafaxina (Pristiq), venlafaxina (Effexor) y duloxetina (Cymbalta)

Otros medicamentos utilizados para tratar la depresión comprenden:

- Antidepresivos tricíclicos
- Bupropión (Wellbutrin)
- Inhibidores de la monoaminoxidasa

◆ Psicoterapia

La psicoterapia es la asesoría para hablar de sus sentimientos y pensamientos y para aprender cómo hacerles frente.

Los tipos de psicoterapia abarcan:

- La terapia cognitiva conductista le enseña cómo combatir los pensamientos negativos. Aprenderá cómo tener más consciencia de sus síntomas y cómo detectar los factores que empeoran la depresión. También le enseñarán habilidades para la resolución de problemas.
- La psicoterapia también puede ayudarle a entender las cuestiones que pueden estar detrás de sus pensamientos y sentimientos.
- Unirse a un grupo de apoyo de personas que están compartiendo problemas como el suyo también puede ayudar. Pídale al terapeuta o al médico que le dé recomendaciones.

Otros tratamientos para la depresión

- La terapia electroconvulsiva (TEC) es el tratamiento único más efectivo para la depresión y generalmente es seguro. Esta terapia puede mejorar el estado de ánimo de personas con depresión grave o pensamientos suicidas que no mejoran con otros tratamientos. También puede ayudar a tratar la depresión en aquellas personas con síntomas psicóticos.
- La estimulación magnética transcraneal (EMT) utiliza pulsos de energía para estimular las neuronas en el cerebro que se cree afectan el estado de ánimo. Hay algunas investigaciones que sugieren que puede ayudar a aliviar la depresión.
- La fototerapia puede aliviar los síntomas de depresión en los meses de invierno. Sin embargo, generalmente no se considera un tratamiento de primera línea.

II. Trastorno bipolar

Es un trastorno del estado de ánimo recurrente que ofrece uno o más episodios de manía o episodios mezclados de manía y de depresión (DSM-IV; Goodwin y Jamison, 1990). El trastorno bipolar es distinto del trastorno depresivo mayor en virtud de una historia de episodios (más suaves y no psicóticos) maníacos o hipomaniacos.

- La manía se deriva de una palabra francesa que significa literalmente enloquecido o frenético. El trastorno del estado de ánimo puede extenderse de la euforia pura o de la euforia a la irritabilidad o a una inestable

- La Ciclotimia está marcada por estados maníacos y depresivos, pero no de suficiente intensidad ni duración para merecer un diagnóstico de trastorno bipolar o de trastorno depresivo mayor.

Es probable que la manía implique una cantidad determinada de disociación es decir, un reenfoque de la atención lejos de las situaciones dolorosas (especialmente sociales) y sobre una fantasía de gran alcance, grandiosa. El trastorno bipolar puede ser una cuestión de una fase enérgica de fantasía seguida por el agotamiento emocional seguido por otra fase enérgica de fantasía, y así sucesivamente.

II.1 Causas

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

Tipos de trastorno bipolar:

- Las personas con el trastorno bipolar tipo I han tenido al menos un episodio completo de manía con períodos de depresión grave. En el pasado, el trastorno bipolar tipo I se denominaba depresión maníaca.
- Las personas con trastorno bipolar tipo II nunca han experimentado un episodio maníaco completo. En lugar de esto, experimentan períodos de niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como la manía (llamado hipomanía). Dichos períodos alternan con episodios de depresión.
- Una forma leve de trastorno bipolar llamado ciclotimia implica fluctuaciones en el estado de ánimo menos intensas. Las personas con esta forma alternan entre hipomanía y depresión leve. Es posible que las personas con trastorno bipolar tipo II o ciclotimia reciban un diagnóstico equivocado de depresión.

II.2 Síntomas

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

- Distraerse fácilmente
- Poca necesidad de sueño
- Deficiente capacidad de discernimiento
- Control deficiente del temperamento
- Comportamientos imprudentes y falta de autocontrol:
 - excesos de comida, bebida y/o consumo de drogas
 - deficiente capacidad de discernimiento

- sexo con muchas parejas (promiscuidad)
- hacer gastos exagerados
- Estado de ánimo muy elevado
- exceso de actividad (hiperactividad)
- incremento de la energía
- pensamientos apresurados
- hablar mucho
- autoestima muy elevada (creencias falsas acerca de sí mismo o de las habilidades)
- Compromiso exagerado en actividades
- Muy alterado (agitado o irritado)

Estos síntomas de manía ocurren con el trastorno bipolar I. En las personas con trastorno bipolar II, los síntomas de manía son similares pero menos intensos.

La fase depresiva de ambos tipos de trastorno bipolar incluye los siguientes síntomas:

- Tristeza o estado de ánimo bajo diariamente
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Problemas en la alimentación
 - pérdida del apetito y pérdida de peso
 - consumo exagerado de alimentos y aumento de peso
- Fatiga o desgano
- Sentimiento de minusvalía, desesperanza o culpa
- Pérdida de interés en actividades que alguna vez disfrutaba
- Pérdida de la autoestima
- Pensamientos de muerte y suicidio
- Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado
- Alejarse de los amigos o las actividades que disfrutaba

Existe un alto riesgo de suicidio con el trastorno bipolar. Los pacientes pueden abusar del alcohol u otras sustancias, lo cual puede empeorar los síntomas y el riesgo de suicidio.

II.3 Tratamiento

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

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

El médico primero intentará averiguar lo que puede haber desencadenado el episodio del estado anímico. Igualmente, puede buscar cualquier problema físico o emocional que podría afectar el tratamiento.

Los siguientes fármacos, llamados estabilizadores del estado anímico, se se usan primero:

- Carbamazepina
- Lamotrigina
- Litio
- Valproato (ácido valproico)

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

La estimulación magnética transcraneal (EMT) usa pulsos magnéticos de alta frecuencia que están dirigidos a las áreas afectadas del cerebro. Casi siempre se utiliza después de la terapia electroconvulsiva.

Los pacientes que están en la mitad de episodios maníacos o depresivos posiblemente necesiten permanecer en un hospital hasta que su estado anímico se estabilice y su comportamiento esté bajo control.

Los médicos todavía están tratando de decidir la mejor manera de tratar el trastorno bipolar en niños y adolescentes. Los padres deben considerar los posibles riesgos y beneficios del tratamiento para sus hijos.

II.4 Programas y terapias de apoyo

Los tratamientos familiares que combinan apoyo y educación acerca del trastorno bipolar (psicoeducación) pueden ayudar a las familias a hacerle frente y reducir las probabilidades de retorno de los síntomas. Los programas que ofrecen servicios de integración y apoyo de la comunidad pueden ayudar a las personas que carecen de apoyo social y familiar.

2.3 Psicodiagnóstico

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

Objetivos:

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

personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos, etcétera).

2.3.1 Antecedentes

Este concepto, que partió del ámbito de la psiquiatría, también fue usado en psicología, donde se ha preferido cambiar por el de evaluación psicológica, quedando psicodiagnóstico más restringido al ámbito médico.

La palabra psicodiagnóstico es un compuesto de tres vocablos griegos: «psikhé», «díá» y «gignosko», cuya traducción sería *conocer a fondo el alma o conocer a fondo la mente*.

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

Las interpretaciones de este término en la tradición médica en la que surgió vinculaban las alteraciones de la mente con estados patológicos o trastornos orgánicos, así los síntomas no alcanzan valor por sí mismos, sino en tanto en cuanto se hayan vinculados a una enfermedad, que sería lo que de verdad es objeto de estudio.

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

2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico

a. Patognomónico

Se basa en detectar la presencia - ausencia de los signos determinantes, específicos, concretos y característicos de un cuadro determinado.

b. Estadístico

Se da la presencia de un nº tal de signos que son propios de un cuadro concreto, que no es probable que se puedan dar en otro.

c. Sistemático

La elaboración de un constructo explicativo hipotético permite integrar los resultados obtenidos en alguno de los cuadros concretos ya conocidos y establecidos.

d. Comprensivo

La descripción completa de la personalidad del sujeto y de sus características personales, es comparada posteriormente con las específicas y propias de los cuadros clínicos establecidos.

2.3.3 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico

I. Entrevista psicológica

La entrevista psicológica consiste en una relación humana entre dos o más personas, en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y actuar en función de ese conocimiento. La regla básica consiste en obtener datos completos del comportamiento del consultante, aplicando la escucha clínica. Es un instrumento fundamental del enfoque clínico y por tanto una técnica de investigación científica. Hay de dos grandes clasificaciones fundamentalmente, a saber:

a) Cerrada:

- Preguntas ya previstas (orden y forma de planteo)
- No puede ser alterada por el entrevistador
- Es un cuestionario
- Promueve una mejor comparación sistemática de datos

b) Abierta:

- Libertad por parte del entrevistador
- Flexibilidad que permite que el entrevistado configure el campo según su estructura psíquica
- Posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad

Tomando en cuenta el número de participantes:

Grupal o individual: Según sean uno o más los entrevistadores y/o entrevistados. Aunque siempre es un fenómeno grupal.

I.1 Etapas de la entrevista

- Principio de la entrevista: La mayoría de los clínicos establecen en primer lugar un rapport: una relación armoniosa y cómoda de trabajo. En esta parte de la entrevista el clínico debe hacer sentir cómodo a su cliente y lo puede realizar con un saludo cordial, una sonrisa, etc.
- Parte media de la entrevista: Debe ser suave y fácil para el cliente. Hay algunas tácticas, como son: Las técnicas no directivas: se realizan algunas preguntas abiertas. Estos inicios minimizan la tensión del cliente y ayudan a establecer un buen rapport. Las técnicas directivas: se realizan preguntas que dan impresión de informalidad. Se procura no hacer preguntas que sugieran sus propias respuestas.

- Cierre de la Entrevista: Proporciona datos valiosos para la evaluación como también para fortalecer el rapport. Se realiza una conclusión acerca de la entrevista.

I.2 Transferencia y contratransferencia en la entrevista

En la relación que se establece en la entrevista hay que contar con dos fenómenos altamente significativos: la transferencia y la contratransferencia. La primera se refiere a la actualización en la entrevista de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado, que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso del desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar. Se distingue entre transferencia negativa y positiva, pero ambas son siempre coexistentes, aunque con un predominio relativo, estable o alternante, de alguna de las dos. Integran la parte irracional e inconsciente de la conducta constituyen aspectos de la misma no controlados por el paciente.

En la contratransferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes, del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tienen sobre él. Dependen en alto grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un momento dado, de la entrevista es porque en ese momento hay factores que operan para que ello suceda así. Durante mucho tiempo se los ha considerado como elementos perturbadores de la entrevista, pero progresivamente se ha reconocido que ellos son indefectibles o ineludibles en su aparición, y el entrevistador debe también registrarlos como emergentes de la situación presente y de las reacciones que provoca el entrevistado. Por lo tanto, a la observación en la entrevista se agrega también la autoobservación.

I.3 Ansiedad en la entrevista

La ansiedad constituye un índice del curso de una entrevista y debe ser atentamente seguida por el entrevistador, tanto la que se produce en él mismo como la que aparece en el entrevistado. Debe ser vigilada no sólo su aparición sino también su grado o intensidad, porque si bien dentro de determinados límites es un agente motor de la relación interpersonal, esta última puede quedar

totalmente perturbada e incontrolada si sobrepasa cierto nivel, por lo que el umbral de tolerancia a la misma debe ser permanentemente detectado. Entrevistado y entrevistador se enfrentan con, una situación, desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas reaccionales adecuadas, y la situación no organizada implica una cierta desorganización es la ansiedad.

El entrevistado solicita ayuda técnica o profesional cuando experimenta ansiedad o se ve perturbado por los mecanismos defensivos frente a la misma. Durante la entrevista se puede incrementar tanto su ansiedad como su mecanismos defensivos, porque lo desconocido que enfrenta no es sólo la situación externa nueva, sino también el peligro de lo que desconoce en su propia personalidad. Si estos factores no se presentan, al lograr que aparezcan en una cierta medida en la entrevista, forman parte de la función de motivar al entrevistado, para que el entrevistador lo lleve acabo. En algunos casos, la ansiedad se hallada delegada o proyectada en otras personas, que es quien solicita la entrevista y manifiesta interés en la que la misma se lleve acabo.

La ansiedad del entrevistador es uno de los factores más difíciles de manejar, porque ella es el motor del interés en la investigación y del interés en penetrar en lo desconocido. Toda investigación requiere la presencia de ansiedad frente a lo desconocido, y el investigador tiene que poseer capacidad para tolerarla y poder instrumentarla, sin lo cual se cierra la posibilidad de una investigación eficaz; esto último ocurre también cuando el investigador se ve abrumado por la ansiedad o recurre a mecanismos defensivos frente a la misma. Frente a la ansiedad del entrevistado no se debe recurrir a ningún procedimiento que la disimule o reprima como puede ser el apoyo directo o el consejo. La ansiedad sólo debe ser manejada comprendiendo los factores por los cuales aparece y operando según esa comprensión.

II. Observación

Es la técnica más antigua de todas las que seutilizan en evaluación psicológica, peromantiene su actualidad y aún se utilizadándonos garantías suficientes a la hora de larecogida de datos. Ahora está muysistemizada.Observar es advertir los hechos tal y como sepresentan en la realidad y consignarlos porescrito (dar fe de que eso está ocurriendo,dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándosede técnicas como por ejemplo registroestructurados y listas de chequeo. El

fundamento científico de la observación reside en la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista.

La observación se convierte en método o una técnica en la medida en que cumple una serie de objetivos o requisitos:

1. Sirve a un objetivo, previamente establecido, de investigación.
2. Es planificada sistemáticamente.
3. Es controlada previamente.
4. Está sujeta a comprobaciones de fiabilidad y validez.

Existen diferencias entre observación y experimentación. En la observación sólo se da fe de lo que ocurre, mientras que en la experimentación el experimentador hace modificaciones sobre lo observado, se interviene para cumplir unos objetivos.

El experimentador manipula la situación. En una observación encontramos los siguientes elementos:

- (a) el observador o los observadores
- (b) el sujeto o grupo observado
- (c) el contexto, es decir el medio natural y cultural que van a dar significado a la dinámica de lo observado.

Las etapas de la observación. En el caso de que la observación sea el único método a emplear:

1. Se plantea un objetivo. Se especifica lo que ha de ser observado.
2. Recogida de datos:
 - * Definir las variables a observar.
 - * Costo en tiempo y en gasto económico.
 - * Decidir el muestreo de datos.
3. Análisis e interpretación de los datos recogidos.
4. Elaborar conclusiones o incluso replanteamientos.
5. Comunicación de los resultados: Informe sobre si los hallazgos son o no relevantes.

II.1 Ventajas y limitaciones

a) Ventajas:

- * Permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad.
- * Permite percibir formas de conducta que en ocasiones no son demasiado relevantes para los sujetos observados.
- * Existen situaciones en las que la evaluación sólo puede realizarse mediante observación.
- * No se necesita la colaboración activa del sujeto implicado.

b) Limitaciones:

- * En ocasiones es difícil que una conducta se presente en el momento que decidimos observar.
- * La observación es difícil por la presencia de factores que no se han podido controlar.
- * Las conductas a observar algunas veces están condicionadas a la duración de las mismas porque existen acontecimientos que dificultan la observación.
- * Existe la creencia de que lo que se observa se puede cuantificar a pesar de que ya existen técnicas para que se puedan observar correctamente y replicar, etc.

II.2 Clasificación de la observación:

Podemos clasificar a la observación de acuerdo al grado de participación del observador, y según el grado de sistematización de lo observado. Según el grado de participación del observador)

Observación Externa o No participante: Este tipo de observación se caracteriza porque el observador no pertenece al grupo objeto de estudio. Puede ser Directa, cuando el observador emplea cuestionarios o entrevistas e interactúa en un plano distante; o Indirecta cuando el observador no interactúa con el sujeto, recoge notas, archivos, etc.

Observación Interna o Participante: Cuando el observador pertenece al grupo objeto de estudio. Puede ser pasiva, cuando el observador interactúa lo menos posible, sólo observa y está ahí presente; o activa, cuando el observador forma parte del grupo e interactúa como si fuese uno más.

Auto-observación: Es cuando el observador se observa así mismo. Tiene el mayor grado de participación.

III. Test

El test es un instrumento que tiene la finalidad específica de valorar y medir una cuestión concreta en las personas, que puede ser la inteligencia, la memoria, la capacidad de concentración y atención, los rasgos de personalidad, las aptitudes y habilidades, el rendimiento y, finalmente, las alteraciones de cada uno de estos elementos (Dueñas 1996).

III.1 Características de los test psicológicos

Las pruebas, test o instrumentos de medición psicológicos son herramientas. Su función habitual ha sido medir las diferencias entre individuos o entre las reacciones de la misma persona en circunstancias distintas. Es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. (Anastasi, 1998). Todo test debe cumplir con características específicas, para que los datos que ésta proporcione sean objetivos, de utilidad y confiables. De ahí que un test debe ser sensible, objetivo, confiable y válido.

- Sensible, ya que los reactivos que componen el instrumento puedan diferenciar entre aquellos sujetos que tienen el rasgo de aquellos que no.
- Objetivo, se refiere a que dos aplicadores o más obtengan el mismo puntaje al calificar el instrumento.
- Confiable, que sea lo más preciso en el rasgo que está midiendo.
- Válido, que mida lo que pretende medir. La aplicación, calificación e interpretación de los resultados de los test deben ser objetivos y esto se logra en la medida en que sean independientes del juicio subjetivo del examinador. La evaluación objetiva de las pruebas psicológicas consiste principalmente en determinar su confiabilidad y validez en

situaciones específicas. (Anastasia, 1998) Para que una prueba psicológica sea buena y pueda ser reconocida debe cumplir con las siguientes características que se describen brevemente:

- Una muestra de conducta, el valor de diagnóstico o predictivo de un test psicológico depende de que tanto funcione como indicador de un área de conducta relativamente amplia y significativa. Solo se puede decir que una prueba mide la capacidad en el sentido de que una muestra de la conducta actual puede utilizarse como indicador de otra conducta futura.
- Estandarización esto supone la uniformidad de los procedimientos en la aplicación y calificación de la prueba. Proporciona instrucciones detalladas para la aplicación de cada instrumento. El establecimiento de normas es muy importante, ya que las pruebas no tienen criterios predeterminados de aprobación o reprobación; si no que el desempeño en cada prueba se evalúa sobre la base de datos empíricos.

IV. Manuales de diagnóstico

IV.1 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV–TR

Ésta es la cuarta edición del Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales, el DSM-IV, de la *American Psychiatric Association*. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores.

Hemos intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

El DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo (v. apéndice K), cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el grupo de trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del grupo de trabajo aceptaron la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogados de los conceptos anteriores. Además, el grupo de trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los grupos de trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV que constaba de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún grupo de trabajo. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de

muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo.

◆ Fuentes del DSM-IV

La documentación ha sido la base fundamental de la realización del DSM-IV. El *DSM-IV Sourcebook*, publicado en cinco volúmenes, ha intentado proporcionar un registro de referencia amplio y conveniente, tanto clínico como de investigación, para las diversas conclusiones a las que han llegado los grupos de trabajo y el Comité Elaborador. Los tres primeros volúmenes del *Sourcebook* contienen versiones condensadas de las 150 revisiones de la literatura. El cuarto volumen consta de información sobre el reanálisis de datos, y el quinto aporta información sobre los estudios de campo y un resumen final de las bases racionales tenidas en cuenta a la hora de tomar las decisiones. Además, todo este esfuerzo estimuló la publicación de muchos trabajos que fueron de gran utilidad para el DSM-IV.

◆ Relación con la CIE-10

La décima revisión de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud* (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992, pero no tuvo un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación.

Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10 (apéndice G). Los borradores clínicos y de investigación de la CIE-10 han sido revisados por los grupos de trabajo del DSM-IV y han proporcionado temas importantes para las revisiones de la literatura y los reanálisis de datos. El borrador de las versiones de los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10 se ha utilizado como alternativa de comparación en el DSM-III y en el DSM-III-R, y ha sugerido también una serie de criterios para los estudios de campo del DSM-IV. La enorme cantidad de consultas entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10 (que

fueron facilitadas por NIMH, NIDA y NIAAA) ha sido muy útil a la hora de aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas.

IV.2 Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10

La CIE10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. 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).² 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». En EE.UU se añadió el anexo con el sistema de clasificación de procedimientos o ICD-10-PCS.

Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

◆ Definición:

Una clasificación de enfermedades puede definirse como:

Sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos.

◆ Propósito:

Permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la Comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.

◆ Utilidad:

Convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

La CIE, no es adecuada para indagar entidades clínicas individuales y es adecuada para clasificar enfermedades y otros tipos de problemas de salud, consignados en distintos tipos de registros vitales y de salud.

◆ Estructura básica de la CIE10 Revisión:

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

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

La CIE utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1^o posición y números en la 2^o, 3^o, y 4^o posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9.

IV.3 Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico es un intento de optimizar el uso y la utilización del capítulo de trastornos mentales de la 10^a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; *WorldHealthOrganization* [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. En cierta medida, la GLADP culmina una etapa, que se inaugura con las contribuciones de José LemeLopes (1954) en Brasil y las de José Horwitz y Juan Marconi (1966) en Chile, y que representa los esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los nosólogos latinoamericanos que, como Carlos Acosta Nodal (1975) en Cuba, J. C. Lucena (1963) en Brasil, Carlos León (1986) en Colombia y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

◆ Uso de la guía

Esta Guía se propone como un instrumento de orientación del proceso diagnóstico y no como sustituto del conocimiento del clínico. En psiquiatría, como en otros campos de la medicina, el diagnóstico es formulado por un clínico con los conocimientos y la experiencia que esta tarea requiere y no por la mera utilización de manuales de diagnóstico. La GLADP puede ayudar a los profesionales de la salud mental en su labor diagnóstica, pero no puede convertirse en una camisa de fuerza que los obligue a diagnosticar de una manera que ignore su mejor juicio clínico. Se

recomienda a los usuarios de este manual llegar al diagnóstico de la condición clínica de la persona que se presenta para atención en salud por una evaluación global e integral del paciente que incluya, por supuesto, los elementos de juicio contenidos en las normas diagnósticas.

El clínico debe comprobar si su diagnóstico satisface o no los requerimientos de las pautas de la GLADP.

La GLADP reconoce el derecho del clínico a sostener su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto sea excepcional y se reserve para especialistas de experiencia.

Esto es de particular importancia en el diagnóstico de las formas atípicas de los trastornos mentales en que no hay criterios diagnósticos específicos para tales formas atípicas. No obstante, la ausencia de satisfacción de los criterios diagnósticos de la Guía se aclarará mediante el uso de las siguientes siglas: D.N.P. (diagnóstico no pautado) si no se ha satisfecho los requisitos diagnósticos de la GLADP, o estos no han podido ser revisados.

En este último caso, los requisitos diagnósticos proveídos por la Guía deben revisarse tan pronto sea posible, afin de ofrecer al paciente una mayor certeza diagnóstica. El sostener un diagnóstico en contra de los criterios pautados (D.N.P.) exige que el paciente haya sido muy bien estudiado y que existan razones verdaderamente convincentes para hacerlo. No se justifica mantener un diagnóstico no pautado sólo porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos.

Debe tenerse en cuenta que algunos pacientes (con depresiones, por ejemplo) pueden tener manifestaciones típicas de su entorno cultural o edad, no recogidas en los criterios diagnósticos. En tales situaciones, si el cuadro es típico se considerará que cumple los requisitos diagnósticos. Sólo es obligatorio hacer referencia al cumplimiento de los indicadores de la GLADP, pero si así se desea se puede señalar la satisfacción de las pautas de otros sistemas. Ejemplo: F40.0 Agorafobia (CDI, DSM-IV, SCAN)

2.4 Psicoterapia

Se entiende por Psicoterapia "todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. El término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas".

La psicoterapia es el tratamiento que lleva a cabo un profesional de la salud (psicoterapeuta) para conseguir que un paciente en cuestión pueda lograr una serie de mejoras y cambios positivos en lo que respecta a su comportamiento, a su salud psíquica y física, a la adaptación al entorno o a su identidad psicológica.

En este sentido, es frecuente que muchas veces las personas acudan a recibir psicoterapia debido a que tienen problemas de comportamiento, tristeza crónica, pautas de alimentación inadecuadas, conflictos de pareja, problemas con el consumo de drogas, fracaso escolar o insatisfacción de tipo sexual.

2.4.1 Antecedentes

Los orígenes de la Psicoterapia se remontan al siglo XIX. El período que se conoce como Modernidad, se caracterizó por un predominio de doctrinas filosóficas como: Materialismo, Mecanicismo y Funcionalismo. Todas ellas planteaban un concepto del Hombre como resultado de mecanismos estrictamente fisiológicos y mecánicos. Esta línea de pensamiento es opuesta a lo que se conoce como Vitalismo, es decir, el predominio de los aspectos humanistas y espirituales para explicar lo humano. La Modernidad no quiere saber nada de teorías sin base empírica y ojalá que sean posibles de demostrar de manera experimental. Este paradigma colapsó con el correr del

tiempo, ya que las evidencias de fenómenos sin explicación clara, crearon las condiciones para la emergencia de una nueva visión.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

Intercambio de pago por servicio

El servicio proporcionado por los terapeutas como una suma de recursos entre el terapeuta y el cliente para buscar solución a los problemas del cliente. Es por lo tanto adecuado que este servicio sea negociado y que el cliente sepa lo que puede y no puede esperar.

Ofrecer consejo

¿Por qué los terapeutas evitan ofrecer consejo?

1. Lo ético es que el clínico no presuma de saber qué es lo mejor para sus clientes.
2. Ello animaría a los clientes a depender de la sabiduría del terapeuta en lugar de pensar por sí mismos.
3. Habitualmente no funciona que el clínico de consejos.

“*Olinsky y Howard (1986)*” concluyeron que “ofrecer consejo no parece ser una ayuda en psicoterapia”. Los clientes pueden conseguir todo el consejo que quieran de sus conocidos, amigos y familiares. No necesitan pagar a un terapeuta para que les digan lo que tienen que hacer.

¿Cuándo pueden dar consejo los terapeutas?

1. Cuando cliente y terapeuta han acordado un curso de acción y el cliente está dispuesto a aceptar las sugerencias del terapeuta. Sullivan denomina esto como la prescripción de una acción, para distinguirlo del hecho cotidiano de dar consejos.
2. Cuando el cliente está dispuesto a hacer alguna cosa que inevitablemente va a ser dañina. El terapeuta puede habitualmente ayudar a los clientes en estas situaciones animándolos a anticipar las consecuencias de sus actos.

2.4.3 Competencias de la psicoterapia

Proximidad

Transmite a sus clientes que está comprometido con ellos, interesado en lo que dicen y dispuesto a escucharles. Es capaz de responder activamente al cliente (verbal y no verbal) y congruente con lo que le está comunicando, con precisión y revelar un interés sincero.

1. Mantiene una interacción terapéutica fluida y se centra en los aspectos importantes para el cliente.
2. Da a los clientes la sensación de que sus problemas son reales y comprensibles.
3. Afianza la relación: el terapeuta y el cliente conectan y se acercan emocionalmente.
4. El terapeuta gana credibilidad a los ojos del cliente.

Ser próximo requiere las siguientes competencias.

1. Habilidad para atender a lo que el cliente está intentando comunicar.
2. Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente.
3. Energía para responder al ritmo “demandado” por el cliente.
4. Habilidad para identificarse con el marco de referencia del cliente.
5. Estar entrenado en competencias básicas de entrevista.

2.4.4 Metas de la psicoterapia

La meta es el cambio: el terapeuta debe ayudar a los clientes a que se den cuenta de que es posible cambiar. El cliente es el responsable de establecer los cambios en su vida: el terapeuta debe animar al cliente a utilizar un lenguaje de responsabilidad.

La meta de la psicoterapia es eliminar los obstáculos a la verdad. Su objetivo es ayudar al paciente a abandonar su fijo sistema ilusorio, y comenzar a reconsiderar las espurias relaciones causa-efecto sobre las cuales descansa este sistema. Nadie en este mundo se escapa del miedo, pero todo el mundo puede reconsiderar sus causas y aprender a evaluarlas correctamente.

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

Existen un gran número de tipos específicos de psicoterapia o modalidades técnicas específicas se encuentran en los siguientes modelos:

- ◆ Los Modelos Psicodinámicos
- ◆ Los Modelos Conductuales
- ◆ Los Modelos Humanísticos-Existenciales
- ◆ Los Modelos Sistémicos

2.4.6 Formas de psicoterapia

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.

2.4.6.1 Psicoterapias psicodinámicas

El termino psicodinámico se refiere a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con más relevancia histórica es el psicoanalítico mediante el trabajo fundamental de Sigmund Freud.

Terapia psicodinámica Las teorías psicodinámicas consideran a la depresión como un trastorno afectivo que tiene sus raíces en conflictos originados en la infancia y la terapia está dirigida a facilitar la evocación de los procesos y contenidos inconscientes y en el establecimiento de la relación con la situación actual

Freud se centra en la reconstrucción de la experiencia en la niñez como manera de acceder al conocimiento de la mente adulta. La psicoterapia psicodinámica en niños empieza con la publicación de Freud del caso de “El pequeño Hans”

Conceptos fundamentales del psicoanálisis. El método de investigación se basa en los significados mentales inconscientes. Los métodos de psicoterapia están basados en la interpretación de las relaciones transferenciales, resistencia y deseos inconscientes.

Los problemas psicológicos son reflejo de conflictos internos de tipo inconsciente, que remiten a las experiencias de la niñez.

Los conflictos psicológicos son el resultado de la lucha entre las estructuras psíquicas fundamentales: id, ego, superego. Trata de hacer consciente lo inconsciente. Lo inconsciente es la causa de que la información es desagradable a la conciencia, por lo cual es reprimida.

I. Psicoterapia Junguiana

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

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

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

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

La Psicoterapia Junguiana que se realiza sobre una base de Psicología Transpersonal, es lo más adecuado para toda persona que busca lo espiritual, que necesita poner en orden su mundo interior, para evolucionar verdaderamente.

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

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

- 1) La Sombra: Son los aspectos ocultos o inconscientes de uno mismo, tanto negativos como positivos, que el yo ha reprimido o nunca ha reconocido. Son todos aquellos rasgos indeseables, de los cuales uno no se siente orgulloso. Estos rasgos personales, sin un trabajo interno, no son reconocidos y a menudo se perciben en los demás, a través del mecanismo de la proyección. Hay que saber distinguir la sombra personal, de la sombra colectiva. Enfrentarse directamente con la sombra colectiva, puede llegar a ser una experiencia traumática y destructiva. Es la suma de las personas despiertas espiritualmente, trabajando cada uno en su medio, quienes van aportando luz y apartando las sombras del Inconsciente colectivo.

- 2) Complejo parental. Es el grupo de imágenes, conflictos y emociones intensas ligadas con los padres. La influencia más o menos mágica de los padres sobre los hijos, sin importar la edad, se debe en gran parte a una imagen arquetípica de los padres primordiales que existe en toda psiquis.

El crecimiento espiritual puede quedar abortado, cuando no se han resuelto o elaborado los lazos que nos atan a nuestros padres. Este puede ser un paso decisivo, más aún, una verdadera iniciación, ya que en nuestra sociedad no se realiza ningún rito de paso en la pubertad, para acceder a la etapa adulta.

- 3) La Persona: Son los aspectos ideales y sociales, que presentamos frente al mundo externo. Es como su nombre lo indica, sólo una máscara, que finge individualidad, cuando en realidad sólo estamos representando un rol, a través del cual habla la psiquis colectiva.

Es necesario ver en la Terapia, hasta dónde estamos representando roles que nos han impuesto, también en relación con el grupo familiar. Así el hombre de fuerte personalidad social puede ser un niño en su casa, cuando expresa sus reacciones emocionales. Aquí hay que trabajar en la capacidad de dirigir la propia vida, tomar las propias decisiones, y cultivarse basándose en las tendencias y talentos personales.

- 4) Complejos sexuales: Anima-Animus: Aspecto femenino interno del hombre-Aspecto masculino interno de la mujer. Tanto el ánima del hombre, como el animus de la mujer, son tanto un complejo personal, como una imagen arquetípica.

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

Trabajar con el Anima-Animus, a la par del Complejo parental, es la clave para que el consultante encuentre su pareja correcta.

Como vemos, por todo lo dicho hasta ahora, se trabaja en un nivel profundo y con plena participación del interesado. El acceso al Inconsciente se realiza a través del Análisis de los sueños y del uso de la técnica "Imaginación Activa". La Regresión al pasado, a diferencia de otras terapias, solamente se realiza cuando es necesario, y con un método apropiado para "zambullirse" y extraer el recuerdo correcto y preciso para la sanación.

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

I. Método terapéutico

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

En cada momento de dicho proceso vital va emergiendo progresivamente el carácter propio o individualidad psíquica, personificada a través del arquetipo del Sí-mismo, yo nuclear tanto de lo consciente como de lo inconsciente colectivo, a diferencia del Yo fáctico y condicionado, circunscrito a la consciencia. Individuación significaría por tanto llegar a ser un individuo, llegar a ser uno mismo, una unidad aparte, indivisible, un Todo. El despliegue del Sí-mismo como articulación de arquetipos previamente diferenciados en el proceso de individuación es el objeto específico de la Psicología analítica.

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

1. El experimento de asociación de palabras que permite acceder a los complejos individuales.

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

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

II. Psicoterapia de Apoyo

Es general es la técnica más empleada en el abordaje de casos, siendo de una gran utilidad sobre todo en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única en su aplicación recorriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso. Por este motivo muchas veces se habla de orientación ecléctica con estos abordajes.

Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación médico – enfermo, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié, en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intenta reforzar las defensas del “ego” del paciente.

Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los sitios de vida más desadaptadas. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y terapeuta.

En general este tipo de psicoterapia suele asociarse a la prescripción y control de medicación psicotrópica, dependiendo la frecuencia de las sesiones tanto de las propias necesidades del paciente como de los recursos existentes en la propia clínica entrante. Psicoterapia que tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas ya existentes y utilizarlas en la resolución de nuevas situaciones.

III. Breve intensiva y de emergencia

Consiste básicamente en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje este aprendizaje y reaprendizaje que provee usualmente se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de permiso para verter el súper yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos una actuación. Estas terapias proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración.

La psicoterapia breve considera desde la perspectiva psicoanalítica, en todo caso, tiene un mérito genuino. Puede de hecho, brindar algunos cambios dinámicos y estructurales, por lo general en unas pocas cinco o seis sesiones. Para hacer esto, debe ser conceptualizada de un modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben cuidadosamente planificadas para obtener resultados óptimos.

La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional, del modo que una corta historia relata una novela. El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de hipótesis, lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia

o el rol que juega cada factor, por ejemplo en la depresión. Esto determina el orden de jerarquía con el que se presentará atención terapéutica a cada variable.

Es de esperar que un psicoterapeuta frente a una depresión, sepa que hay seis u ocho factores que pueden jugar un rol dominante:

- 1) problemas de autoestima
- 2) agresión frente a la presencia de
- 3) un súper yo severo
- 4) un sentimiento de pérdida de amor, del amor de un objeto, o de parte de sí mismo
- 5) un sentimiento de desilusión, o de haber sido engañado
- 6) en relación al concepto de oralidad, (hambre de estímulos) y del hecho que las personalidad es depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos de otra persona
- 7) la personalidad depresiva es más dependiente, específicamente de nutrientes narcisistas; 8) el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación.

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

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

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

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

2.4.6.2 Terapias conductistas

La terapia conductista se define como “terapia activa”, ya que se basa en un proceso científico y en la teoría de aprendizaje para comprender y tratar algunos problemas psicológicos.

I. Terapia racional emotiva

La terapia racional emotiva consiste en reemplazar esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. El método principal para hacer esto se llama debate de pensamiento y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Es decir, si nuestros pensamientos son los principales responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un método científico según el cual dichas creencias son consideradas hipótesis cuya validez o invalidez habrá que determinar antes de ser aceptadas o rechazadas. Los pasos a seguir son los siguientes:

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

Los seis principios de la terapia racional emotiva

1. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo

hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.

2. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional. Es decir, si al ir una mañana al trabajo, te encuentras con que tu coche tiene una rueda pinchada, depende de ti sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tienes, etc.) o ansioso (pensando que vas a llegar tarde, tu jefe se enfadará, pensará en despedirte...) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendré que cambiar la rueda y afrontar las consecuencias lo mejor que pueda").

De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, etc., analizamos lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, veremos cómo lo que se dice a sí mismo está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.

3. Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que podemos hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que podemos cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal sólo porque lo deseemos.

4. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecemos tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.

5. A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas

esas creencias o modos de interpretar la realidad sino con el hecho de seguir manteniéndolos en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no es imprescindible (aunque puede ayudar) ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.

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

II. Terapia cognitiva

También llamada a veces terapia cognitiva conductual. Se basa en la idea de que los pensamientos son los que dan lugar a los sentimientos y a las acciones. Si usted cambia la forma de pensar acerca de algo, puede sentirse o comportarse mejor incluso si la situación no cambia. Este tipo de terapia le ayuda a comprender los patrones de pensamiento negativo o falso que provocan sentimientos y comportamientos preocupantes.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck,1967,1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

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

La concepción implica que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente su experiencia en dirección negativa y tiene una concepción global negativa de sí mismo y de sus experiencias. Por lo tanto se intenta que mediante un objetivo claro se pueda modificar el auto contexto.

Se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones:

- 1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
- 3) examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos para producir una mejoría clínica.

El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente. De esta manera cada paso progresivo del tratamiento sirve para desarrollar hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación. Generalmente la terapia consta de 15 o 20 sesiones una vez a la semana.

Esta es una idea somera de la básica concepción terapéutica cognitiva, es claro que partiendo de estas premisas primordiales muchos desarrollos se han experimentado y continúan haciéndolo.

III. Terapia grupal

La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada sujeto que participe en

dicha dinámica pueda pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

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

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

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

5. El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como “víctimas de su destino”.
6. En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.
7. El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes.

Existen diversos enfoques y técnicas de terapia grupal, prácticamente casi todas las corrientes y escuelas han desarrollado alguna técnica de intervención grupal que se apoya en los supuestos y principios teóricos elaborados por los mismos, así tenemos técnicas grupales analíticas, no directivos y terapia gestalt, psicodinámica y otros igualmente estas corrientes se aplican a diversos tipos de grupos, familia, parejas, grupos de encuentro, de crecimiento, etcétera, ante esta diversidad de enfoque, se hace difícil cualquier intento de comparación y clasificación de las terapias grupales aunque se manejen con criterio entre otros los siguientes:

Tipos de personas que integran el grupo, los procesos particulares que se dan en los distintos tipos de grupo, los mecanismos enfatizados, los estilos de dirección, funcionamiento, marco teórico, metas específicas, ect..

Los grupos se realizan de acuerdo al siguiente criterio:

- grupos para personas normales, como por ejemplo los grupos de encuentro, en los que se priorizan los aspectos relacionados con el entrenamiento, la sensibilización ect. ante cualquier situación por ejemplo, las relaciones interpersonales.
- Grupos para personas emocionalmente perturbadas y cuyos objetivos son el provocar cambios en su personalidad que disminuye o elimine dicha perturbación.
- Grupos directivos organizados alrededor de una tarea concreta como por ejemplo dejar de fumar.

La selección de los pacientes para el grupo por entrevista, se realiza a partir de pacientes que presentan problemas comunes y que además, presentan una fuerza del yo mínima, un cierto desarrollo del super yo y ciertas capacidades para el establecimiento de relaciones básicas.

En el grupo por entrevista, la atención es más sobre los individuos en particular, que sobre el grupo y los sujetos que gozan de cierta libertad que les permite expresar libremente sus movimientos y actuaciones.

2.4.6.3 Terapias humanistas

Estas terapias tienen su fundamento básico en la visión de la personalidad adoptada por Jung y Adler, anunciadas después por Rogers y Maslow. Esta terapia busca subrayar las cualidades únicas de cada persona, de la visión que cada individuo tiene de su persona e intenta cambiar la imagen que uno tiene de sí mismo hacia una positiva.

◆ Enfoque centrado en la persona.

Se ve al individuo en busca de su propio yo. Se basa en la idea de que todos tenemos en nuestro interior amplios recursos para comprendernos, para crear nuestros conceptos de nosotros mismos, nuestras actitudes fundamentales y nuestra conducta. El papel del terapeuta es proporcionar el clima para que los individuos se sumerjan en sus propios recursos para alcanzar el desarrollo completo.

El cliente suele ser alguien que busca su propia identidad, el terapeuta más que un experto es un amigo que acepta, entiende y será el compañero del cliente en su búsqueda. El terapeuta no tiene una meta preconcebida, no pretende diagnosticar los problemas del cliente y no quiere dirigirle sino acompañarlo y darle apoyo durante el tratamiento. El terapeuta intenta ver el mundo a través de los ojos del cliente y es el progreso de esta terapia en cuanto a la relación que se da entre cliente y terapeuta que crea un clima de crecimiento y promoción. Está basado en que crea un lazo especial que se da también en las relaciones paterno-filiales, profesor-estudiante y director-empleados, esto es, de compañero y guía para aprender.

I. Terapia centrada en el cliente

Esta teoría ha cobrado diferentes maneras de llamarla: “La inspiración no directiva” “psicoterapia centrada en el cliente” “psicoterapia de persona a persona”.

Rogers llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista a la realidad (valga la redundancia) no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural.

El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad. El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores.

Ya el niño posee un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia “actualizante” dirige el desarrollo del cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers no es solo para preservar la vida sino que es un mecanismo que tiende a la superación. Por lo tanto se basa en la idea de una potencialidad inherente a crecer (tanto en el orden personal como filogenético de la especie).

Otro de los postulados básicos de Rogers es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

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

Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de sí mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

Rogers define entonces a la psicoterapia como una relación de ayuda en que el terapeuta intenta que surjan en el cliente una mejor expresión de los recursos con los que cuenta. Intentando promover el desarrollo y la capacidad para enfrentar la vida de manera más adecuada. Evitando considerar a la persona como diagnosticada y clasificada sino en un proceso de transformación.

II. Terapia gestáltica

El Enfoque Gestáltico (EG) es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En Gestalt decimos que "el todo es más que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

El EG es esencialmente una forma de vivir la vida con los pies bien puestos en la tierra. No pretende encaminar al individuo por el camino de lo esotérico o de la iluminación. Es un modo de llegar a estar en este mundo en forma plena, libre y abierta; aceptando y responsabilizándonos por lo que somos, sin usar más recursos que apreciar lo obvio, lo que es.

El EG es en sí mismo un estilo de vida; de allí que sea más adecuado denominarlo "enfoque", que es un término más amplio, en lugar de "terapia", que restringe sus posibilidades de aplicación a lo clínico.

◆ Bases de la gestalt

El EG ha recibido la influencia de las siguientes corrientes:

- El psicoanálisis de Freud, retomando y reformulando su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños.
- La filosofía existencial, de la que rescata la confianza en las potencialidades inherentes al individuo, el respeto a la persona y la responsabilidad.
- La fenomenología, de la que toma su apego por lo obvio, por la experiencia inmediata y por la toma de conciencia (insight).
- La psicología de la Gestalt, con su teoría de la percepción (figura-fondo, Ley de la buena forma, etc.).
- Las religiones orientales, y en especial el Budismo Zen.
- El psicodrama, de J.L. Moreno, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños.
- La teoría de la coraza muscular de W. Reich.
- La teoría de la Indiferencia Creativa, de Sigmund Friedlander, de la que extrae su teoría de las polaridades.

El EG no es sólo la suma o la yuxtaposición de las doctrinas y enfoques antes mencionados, sino su integración creativa, su elevación a un nuevo plano, llevada a cabo por FRITZ PERLS, creador del Enfoque Gestáltico.

💧 El darse cuenta (Awareness)

Este es el concepto clave sobre el que se asienta el EG. En pocas palabras darse cuenta es entrar en contacto, natural, espontáneo, en el aquí y ahora, con lo que uno es, siente y percibe. Es un concepto semejante en algo al de insight, aunque es más amplio; una especie de cadena organizada de insights.

Existen tres Zonas del Darse Cuenta:

1. El darse cuenta del mundo exterior: Esto es, contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente; lo que en este momento veo, toco, palpo, degusto o huelo. Es lo obvio, lo que se presenta de por sí ante nosotros. En este momento

veo mi lapicero deslizándose sobre el papel formando una palabra, escucho el ruido de los carros pasando por la avenida, huelo el perfume de una joven que pasa por mi lado, siento el sabor de una fruta en mi boca.

2. El darse cuenta del mundo interior: Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestas, escozores, temblores, sudoración, respiración, etc. En este momento siento la presión de mi dedo índice, mayor y pulgar sobre mi lapicero al escribir; siento que deposito el peso de mi cuerpo sobre mi codo izquierdo; siento mi corazón late, que mi respiración se agita, etc.
3. El darse cuenta de la fantasía, la Zona Intermedia (ZIM): Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc. En este momento me pregunto qué haré mañana en la mañana, ¿será algo útil, bueno?. En Gestalt todo esto es irrealidad, fantasía. Aún no es el día de mañana, y no puedo saber y decir nada acerca de ello. Todo está en mi imaginación; es pura y simple especulación, y lo más saludable es asumirlo como tal.

◆ El aquí y el ahora

Es realmente difícil aceptar que todo existe en el presente momentáneo. El pasado existe e importa tan sólo como parte de la realidad presente; cosas y recuerdos acerca de los cuales pienso ahora como pertenecientes al pasado. La idea del pasado es útil algunas veces, pero al mismo tiempo no debo perder de vista eso, que es una idea, una fantasía que tengo ahora. Nuestra idea del futuro es también una ficción irreal, aunque algunas veces de utilidad, cuando lo asumimos como un ensayo y sólo como eso. Tanto nuestra idea del futuro como nuestra concepción del pasado se basan en nuestra comprensión del presente. El pasado y el futuro son nuestras concepciones acerca de lo que precedió al momento presente y lo que presagiamos que seguirá a lo actual. Y todo este adivinar ocurre ahora.

Él ahora es el presente, aquello de lo que me doy cuenta. Ya sea que estemos recordando o anticipando, lo estamos haciendo ahora. El pasado ya fue, el futuro aún no llega. Es imposible

que nada exista excepto el presente. Mencionó el ejemplo que alguien dio una vez: secolocó un disco en el fonógrafo, el sonido aparece cuando el disco y la aguja hacen contacto. No antes...ni después. Si se pudiera borrar el pasado inmediato o la anticipación de lo que vendrá de inmediato, sería difícil entender la música del disco que se está escuchando. Pero si se borra el ahora, entonces no hay nada. De modo que no importa si se está recordando o anticipando, de todas maneras se hace en el aquí y ahora.

◆ Cambiamos el "por qué" por el "como"

Al preguntar por qué lo único que se consigue es alguna racionalización o "explicación". El por qué acarrea una explicación ingeniosa, jamás un entendimiento cabal. Además, nos aleja del aquí y ahora y nos introduce en el mundo de la fantasía; nos saca de lo obvio para teorizar.

Perls consideraba que las palabras, cuando se utilizan para "explicar" y alejarse de lo evidente o de la realidad, son más una carga que algo útil. El las comparaba con el excremento.

En el EG distinguimos tres tipos de "blá, blá, blá": Caca de Gallina, que vienen a ser los comentarios superficiales, los clisés (buenos días, qué gusto de verlo, qué lindo día, etc.); Caca de Toro, esto es, "por qué", racionalizaciones, excusas, conversación amena pero inauténtica, etc.; y Caca de Elefante, cuando "filosofamos", hablamos de "la vida", teorizamos sobre el Enfoque Gestáltico sin vivirlo, explicamos el porqué de la sociedad y el mundo, etc.

El por qué sólo nos conduce a interminables y estériles investigaciones de la causa de la causa de la causa de la causa.

Si se hacen la pregunta por el cómo, estamos mirando la estructura, estamos viendo lo que ocurre, lo obvio; preocupándose por un entendimiento más profundo del proceso. El cómo nos da perspectiva, orientación. El cómo nos muestra que una de las leyes básicas, la de la identidad de estructura y función, es válida. Si cambiamos las estructuras, la función cambia. Si cambiamos la función, la estructura cambia.

Los pilares sobre los que se apoya el EG son: el aquí y ahora y el cómo. Su esencia está en la comprensión de estas dos palabras. Vivir en el ahora tratando de darnos cuenta cómo lo hacemos.

💧 “Reglas” de la gestalt

El objetivo principal de la Terapia Gestáltica es lograr que las personas se desenmascaren frente a los demás, y para conseguirlo tienen que arriesgarse a compartir sobre sí mismos; que experimenten lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. El trabajo se especializa en explorar el territorio afectivo más que el de las intelectualizaciones (ZIM). Se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos.

La filosofía implícita en las reglas es proporcionarnos medios eficaces para unificar pensamiento y sentimiento. Tienen por designio ayudarnos a sacar a luz las resistencias, a promover una mayor toma de conciencia, a facilitar el proceso de maduración. Se busca también ejercitar la responsabilidad individual, la "semántica de la responsabilidad".

Algunas de estas reglas pueden ser aplicadas como pautas para la terapia individual; sin embargo, su empleo principal se da en la terapia de grupo, en los grupos de encuentro.

Las principales reglas son las siguientes:

1. El principio del ahora: Este es uno de los principios más vigorosos y más fecundos de la TG. Con el fin de fomentar la conciencia del ahora, y facilitar así el darse cuenta, sugerimos a la gente que comunique sus experiencias en tiempo presente. La forma más efectiva de reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas es traerlas al presente, actualizarlas. Hacer que el sujeto se sitúe allí en fantasía y que haga de cuenta que lo pasado está ocurriendo ahora. Para ello hacemos preguntas como las siguientes: ¿De qué tienes conciencia en este momento? ¿De qué te das cuenta ahora? ¿A qué le tienes miedo ahora? ¿Qué estás evitando actualmente? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Qué deseas?

2. La relación Yo-Tú: Con este principio procuramos expresar la idea de que la verdadera comunicación incluye tanto al receptor como al emisor. Al preguntar ¿A quién le estás diciendo eso? se le obliga al sujeto a enfrentar su renuencia a enviar el mensaje directamente al receptor, al otro. De este modo suele solicitársele al paciente que mencione el nombre de la otra persona; que le haga preguntas directas ante cualquier duda o curiosidad; que le exprese su estado de ánimo o sus desacuerdo, etc. Se busca que tome conciencia de la diferencia que hay entre "hablarle a" su interlocutor y "hablar" delante de él. ¿En qué medida estás evitando tocarlo con tus palabras? ¿Cómo esta evitación fóbica para el contacto se expresa en tus gestos, en el tono de tu voz, en el rehuir su mirada?

3. Asumir la propiedad del lenguaje y la conducta, o sea, responsabilizarse de lo que se dice y/o se hace. Esto se vincula directamente con el lenguaje personal e impersonal. Es común que para referirnos a nuestro cuerpo, a nuestras acciones o emociones, utilicemos la 2º ó 3º persona. "Me causas pena" en lugar de "Yo siento pena"; "Mi cuerpo está tenso" en lugar de "Yo estoy tenso", etc. Merced al simple recurso de convertir el lenguaje impersonal en personal aprendemos a identificar mejor la conducta y a asumir la responsabilidad por ella. Como consecuencia, es más probable que el individuo se vea más como un ser activo, que "hace cosas", en lugar de creerse un sujeto pasivo, al que "le suceden cosas". Las implicancias para la salud mental y para dejar atrás nuestras "neurosis" son obvias.

4. En Gestalt está prohibido decir "no puedo"; en su lugar se debe decir "no quiero", esto es, ser asertivo. Ello debido a que muchas veces el sujeto se niega a actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera. No se puede obligar a la persona a hacer algo que no desea, pero sí se le puede exigir responsabilidad, a asumir las consecuencias de su decisión evasiva, para lo cual un honesto "no quiero" es lo más adecuado. Del mismo modo, también deben evitarse o hacer que el paciente se dé cuenta de sus "peros", "por qué", "no sé", etc. Hay que recordar que en el ser humano el lenguaje

es uno de los medios de evitación por excelencia: se puede hablar de todo y no entrar en contacto con nada, poner entre nosotros y la realidad una muralla de palabras.

5. El continuum del darse cuenta: El dejar libre paso a las experiencias presentes, sin juzgarlas ni criticarlas, es algo imprescindible para integrar las diversas partes de la personalidad. No buscar grandes descubrimientos en uno mismo, no "empujar el río", sino dejarlo fluir solo, libremente.
6. No murmurar: Toda comunicación, incluso las que se supone son "privadas" o que "no interesan al grupo", debe ventilarse abiertamente en él o en su defecto evitarse. Las murmuraciones, los cuchicheos sobre los demás, las risitas cómplices, son evitaciones, formas de rehuir el contacto, además de faltar el respeto al grupo e ir contra su cohesión al establecer temas "que no le competen" en su presencia. Esta regla tiene por fin el promover sentimientos e impedir la evitación de sentimientos.
7. Traducir las preguntas en afirmaciones; salvo cuando se trata de datos muy concretos. Preguntas como "¿Puedo ir al baño? ¿Me puedo cambiar de sitio? ¿Me puedo ir?", etc., deben ser traducidas como "Quiero ir al baño; Me quiero cambiar de sitio; Me quiero ir". Así, el preguntón asume su responsabilidad y las consecuencias de lo que afirma, en lugar de adoptar una postura pasiva y de proyectar su responsabilidad en el otro, a fin de que él le dé la autorización.
8. Prestar atención al modo en que se atiende a los demás. ¿A quién le prestamos atención? ¿A quién ignoramos?, etc.

9. No interpretar ni buscar "la causa real" de lo que el otro dice. Simplemente escuchar y darse cuenta de lo que uno siente en función a dicho contacto.

10. Prestar atención a la propia experiencia física, así como a los cambios de postura y gesto de los demás. Compartir con el otro lo que se observa, lo obvio, mediante la fórmula de "ahora me doy cuenta de ..."

11. Aceptar el experimento de turno; correr riesgos al participar en la discusión.

12. Considerar, aunque no se haga explícito, que todo lo dicho y vivido en el grupo es estrictamente confidencial.

◆ El ciclo de la experiencia

Para la TG, el llamado ciclo de la experiencia es el núcleo básico de la vida humana, dado que ésta no es más que la sucesión interminable de ciclos. También se le conoce como el "Ciclo de la autorregulación orgánica", pues se considera que el organismo sabe lo que le conviene y tiende a regularse por sí mismo.

La conceptualización de este ciclo pretende reproducir cómo los sujetos establecen contacto con su entorno y consigo mismos. Explica también el proceso de formación figura/fondo: cómo surgen las figuras de entre el fondo difuso, y cómo una vez satisfecha la necesidad dicha figura vuelve a desaparecer.

El ciclo de la experiencia se inicia cuando el organismo, estando en reposo, siente emerger en sí alguna necesidad; el sujeto toma conciencia de ella e identifica en su espacio algún elemento u objeto que la satisface, vale decir, que dicho elemento se convierte en figura, destacando sobre los demás que son el fondo. Acto seguido, el organismo moviliza sus energías para alcanzar el

objeto deseado hasta que entra en contacto con él, satisface la necesidad y vuelve a entrar en reposo nuevamente.

◆ Los estratos del yo

De acuerdo a Fritz Perls, en el Yo de todo ser humano existen seis capas que recubren, a manera de una cebolla, al Ser auténtico de las personas. Estas capas o estratos del Self, como también se les conoce, son las siguientes:

- 1) E. Falso
- 2) E. del como sí
- 3) E. Fóbico
- 4) E. Implosivo o del Atolladero
- 5) E. Explosivo
- 6) El Self verdadero.

En el estrato Falso se encuentra nuestra "fachada", lo que colocamos en nuestra vitrina de nosotros mismos y dejamos ver a los demás. Luego viene el estrato del "como sí"; allí están los roles, los juegos que empleamos para manipular a los demás, el actuar "como sí" fuéramos esto o aquello. Es nuestro carácter o forma habitual y rígida de actuar.

Si en el proceso terapéutico atravesamos el estrato Falso y el del "como sí" llegaremos al estrato Fóbico. Allí se encuentran todos nuestros temores y todas nuestras inseguridades frente a nosotros mismos; nuestros secretos mejor guardados y nuestras heridas narcisísticas; la pena, el dolor, la tristeza o la desesperación; aquello que no queremos ver ni tocar de nuestra personalidad y menos aún descubrir frente a los demás.

Si logramos pasar lo fóbico sentiremos una sensación de vacío, de inamovilidad, de falta de energía, de muerte. Hemos llegado al estrato del Atolladero, donde nos sentimos "atorados", sin salida. Sin embargo, detrás se encuentra el estrato Implosivo, donde se hallan todas nuestras energías sin usar, nuestra vitalidad "congelada" o dirigida hacia nosotros mismos para mantener nuestras defensas.

Finalmente, detrás de lo implosivo se encuentra el estrato Explosivo, donde las fuerzas estancadas se disparan hacia afuera en un arranque de autenticidad, dando paso al Yo verdadero que permanece oculto. Existen básicamente cuatro tipos de explosión: gozo, aflicción, orgasmo y coraje.

III. Logoterapia

La Logoterapia es un método psicoterapéutico creado por el Dr. Viktor Emil Frankl orientado a descubrir el sentido de la vida. El término "Logos", acuñado por Heráclito de Efeso en el siglo VI a.c. es utilizado por Viktor Frankl como Sentido, por lo tanto, la Logoterapia es la terapia que se enfoca en descubrir el sentido de la vida para cada persona. La Logoterapia es reconocida a nivel mundial como la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia, entendiéndose como la primera al Psicoanálisis de Sigmund Freud y como la segunda a la Psicología Individual de Alfred Adler.

El ser humano no sólo debe prestar atención al cuidado de su cuerpo sino que también debe apostar por el bienestar anímico. La medicina atiende la enfermedad corporal en busca de sus posibles remedios mientras que la ciencia de la psicología se centra en el estudio de la mente. Una de las escuelas psicológicas más prestigiosas es la fundada por el médico austriaco Victor Frankl que elaboró su pensamiento a través de la logoterapia.

La logoterapia es la psicología de la búsqueda de sentido que muestra que cualquier persona puede superar cualquier tristeza siempre que encuentra un motivo para vivir. Víctor Frankl describe su experiencia como prisionero en un campo de concentración en su libro "El hombre en busca de sentido". En dicha obra expresa cómo muchos de sus compañeros se dieron por vencidos y se dejaron morir al perder la esperanza de salir con vida de dicha tragedia.

En cambio Victor Frankl perseveró en la supervivencia gracias a que encontró una motivación esencial en el amor. De hecho, siempre pensaba en el momento en que volviese a ver a su esposa. También hablaba con ella a través del pensamiento y la imaginación en su rutina diaria en el campo. Otro de los ingredientes necesarios para hacer frente al dolor es el sentido del humor. Una cualidad que según Victor Frankl el ser humano puede poner en práctica incluso en las condiciones más dramáticas.

La creatividad y el arte también son dos ingredientes necesarios para cualquier persona que desea ser feliz. Es decir, podemos disfrutar con proyectos profesionales que nos permiten estar en contacto con la vocación. Conviene precisar que nunca es tarde para descubrir la verdadera vocación, es decir, nunca es tarde para apostar por el cambio. De hecho, muchas personas mayores acuden a la universidad para estudiar una carrera tras la jubilación.

Victor Frankl es un maestro de la psicología que comprende al ser humano, por tanto, la logoterapia puede orientarte en la mayor de tus conquistas: la felicidad.

Es un tratamiento y acompañamiento para personas que sufren problemas existenciales, ante el cambio de costumbres, la devaluación de las tradiciones y de los Valores así como una pérdida de sentido o crisis personal.

La Logoterapia detecta los síntomas de Vacío Existencial y despierta en el ser humano, la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida

La Logoterapia invita a hacernos conscientes de nuestra libertad de elegir y asumirla responsablemente, por ello es un camino hacia el crecimiento personal.

El Dr. Frankl concluyó "...llegué a comprender que lo primordial es estar siempre dirigido o apuntado hacia algo o alguien distinto de uno mismo: hacia un sentido que cumplir u otro ser humano que encontrar, una causa a la cual servir o una persona a la cual amar".

Conclusiones

- Una de las metas de la psicoterapia es ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional, comprueben en la realidad su pensamiento y conducta y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonales.
- La psicoterapia intenta curar al paciente enseñándole cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para manejar sus circunstancias de vida.
- Los terapeutas deben establecer una relación cálida y de apoyo hacia los pacientes, deben ser entusiastas, interesándose por las personas de una manera confiable, estimulante, paciente, tolerante y no enjuiciadora.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

El propósito del curso de Práctica Profesional Dirigida es lograr aplicar los conocimientos adquiridos durante la carrera, así como resolver los diferentes problemas y conflictos presentados. En este capítulo se presenta la metodología utilizada para estos fines, el programa del curso, las planificaciones y agendas de trabajo.

3.1 Programa de actividades de práctica profesional dirigida

I. Propósito del curso

La práctica profesional dirigida es dada durante el último año de carrera de psicología y consejería social sirviendo como requisitos 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 problemas.

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

II. Competencias

1. pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
2. investiga temas relacionados de interés en la aplicación práctica de la psicología
3. Resuelve problemas sociales ocasionados en las áreas de riesgos de la sociedad Guatemalteca.
4. Brinda ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica así como a poblaciones en riesgos con el fin de promover la salud mental en Guatemala.
5. Atiende caso en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
6. Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la guatemalteca.

III Contenido temático del curso

1. Planificación de programas de aplicación de la psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico, y tratamiento psicológico
3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico
4. Detección y atención de casos
5. Capacitación en salud mental
6. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
7. Atención a comunidades de riesgos
8. Detección de situaciones de resiliencia
9. Creación de programas y proyectos

IV. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

1. La universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil pre establecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizara en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
2. 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.
3. 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.
4. Se elaboraran proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
5. Se experimentara a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
6. 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.
7. La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiantes quedaría fuera del proceso.
8. 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.
9. El proceso de practica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

3.2 Cronograma de actividades

I Fase del 21 de enero al 28 de abril

Contenido	Actividades	Evaluaciones / Entrega de trabajos
-Información general -Entrega de programa y cronograma -Instrucciones sobre elaboración de informe final -Asignación de centro de práctica -Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica. Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo. Diagnóstico de conocimientos. Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos.	Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica. Valor 5 puntos Entrega de planificación Día sábado 6/02 Valor 5 puntos
La entrevista	Panel foro Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado.	Guía de lectura Valor 5 puntos
Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, informe clínico.	Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de marzo. En centro de práctica: Investigación marco de referencia Observación de actividades Integración en actividades del centro de práctica Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica.	Entrega y revisión Valor 5 puntos.

Continúa... I Fase del 21 de enero al 28 de abril

Contenido	Actividades	Evaluación/ Entrega de trabajos
<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p>	<p>Elaboración de referente metodológico</p> <p>En centro de práctica: Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc.</p> <p>Registro de casos/ formularios, etc.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc.</p> <p>Discusión de casos</p>	<p>Entrega y revisión del marco de referencia</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de historias clínicas de casos atendidos (por lo menos 2 casos)</p>
<p>Marco de referencia</p>	<p>Elaboración de marco de referencia</p>	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>
<p>Análisis y discusión de formas de psicoterapia:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas</p> <p>-Psicoterapias humanistas</p> <p>-Psicoterapias conductistas</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones</p> <p>Prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de psicoterapia</p> <p>Entrega de informes mensuales/ cada mes</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas).</p>

II Fase del 6 de mayo al 26 de agosto

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Supervisión de actividades primer grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica Valor 10 puntos.
Supervisión de actividades segundo grupo Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de historias clínicas Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias clínicas completas Valor 5 puntos Participación
Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de psicodiagnóstico	Entrega de tema Valor 5 puntos
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de psicopatología Valor 5 puntos
Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él.	Elaboración de planificación y cronogramas Ensayos en el aula Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos Presentación de constancias firmadas y selladas
Subprogramas de salud mental aplicada a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Elaboración de proyecto de salud mental Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad. Clausura en centro de práctica.	Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro.

III Fase del 2 de septiembre al 18 de noviembre

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Subprogramas de salud mental aplicada a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales.	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Valor 5 puntos Entrega de constancias de proyecto aplicado
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
Primera revisión de informe final	Elaboración de informe final	Presentación de primera parte del informe Valor 5 puntos
Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del informe
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del informe final Valor 15 puntos
Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación de actividades



Universidad Panamericana de Guatemala
 “Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Sede Chimaltenango

Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna Practicante: Ingrid Beatriz SitánAjsivinac

Mes: enero y febrero

COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Realizar activamente los preparativos para iniciar con éxito la práctica.	-Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica.	- Humanos	-Realiza correctamente los preparativos para iniciar la práctica.
Preparar con diligencia la planificación anual de práctica.	-Elaboración de la planificación general de actividades de práctica de campo. -Diagnóstico de conocimientos. -Visita a posibles centros de práctica. Entrega de carta de solicitud en el centro de práctica para su aceptación.	- Hojas - Programa de curso - Lapiceros - Lápices	-Elabora correctamente la planificación de práctica.

Mes: marzo

COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
<p>Participa activamente en el inicio de la práctica.</p> <p>Practica las técnicas de investigación en el centro de práctica.</p>	<p>-Presentación de planificación al encargado del centro de práctica.</p> <p>-Elaboración de diagnóstico institucional.</p> <p>-Integración en actividades del centro de práctica.</p>	<p>-Humanos</p> <p>-Guías de observación</p> <p>-Planificaciones</p> <p>-Hojas</p> <p>-Lapiceros</p>	<p>-Participa activa en el desarrollo de la práctica.</p> <p>-Muestra interés en la involucración de actividades planificadas por el centro de práctica.</p>

Mes: abril

COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
<p>Detecta y atiende casos encontrados en el centro de práctica.</p> <p>Posee conocimientos básicos sobre información socio profesional.</p>	<p>-Dinámicas, juegos y entrevistas.</p> <p>-Registro de casos.</p> <p>-Aplicación de cuestionarios y pruebas proyectivas.</p> <p>-Discusión de casos.</p>	<p>-Humanos</p> <p>-Juguetes</p> <p>-Hojas</p> <p>-Marcadores</p> <p>-Guía de trabajo</p> <p>-Lapiceros</p> <p>-Lápices</p> <p>-Copias</p> <p>-Test</p>	<p>-Detectar y atender efectivamente, casos psicológicos presentados.</p> <p>-Investigar a fondo los casos encontrados.</p> <p>-Participa activamente en las actividades que se planificaron.</p>

Mes: mayo

COMPETENCIA	ACTIVIDADES	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
<p>Preparar con eficiencia cada uno de los casos y los avances alcanzados.</p>	<p>-Elaboración de historias clínicas.</p> <p>-Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos.</p>	<p>-Humanos</p> <p>-Guías</p> <p>-Lapiceros</p> <p>-Hojas</p> <p>-Lápices</p>	<p>-Logra el resultado esperado a los casos atendidos.</p> <p>-Redacta correctamente las estadísticas de casos atendidos.</p>

Mes: junio

COMPETENCIA	ACTIVIDADES	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Resolver con éxito los casos encontrados durante la práctica.	-Discusión de casos	-Humanos	-Da a conocer los casos y avances obtenidos en cada caso.
Investigar diferentes temas relacionados a los casos atendidos.	-Investigaciones	-Internet	
	-Exposiciones	-Lapiceros	-Elaborar una guía para la discusión de sus casos.
		-Hojas	
		-Lápices	
		-Copias	

Mes: julio

COMPETENCIA	ACTIVIDADES	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Preparar con eficiencia cada uno de los casos y los avances alcanzados.	-Elaboración de historias clínicas.	-Humanos	-Lograr el resultado esperado a los casos atendidos.
	-Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos.	-Guías	
		-Lapiceros	-Redacta correctamente las estadísticas de casos atendidos.
		-Hojas	
		-Lápices	
		-Copias	

Mes: agosto

COMPETENCIA	ACTIVIDADES	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Poner en práctica los conocimientos adquiridos durante toda su carrera.	-Elaboración de planificaciones de proyectos.	-Humanos	-Realiza con exactitud los proyectos en el centro de práctica.
	-Elaboración de proyecto de salud mental.	-Planificaciones	
	-Entrega de carta de agradecimiento a la institución.	-Cronogramas	-Realiza con satisfacción la clausura con los compañeros del centro de práctica.
	-Clausura en el centro de práctica.	-Lapiceros	
		-Hojas	
		-Lápices	
		-Copias	

Mes: septiembre a noviembre

COMPETENCIA	ACTIVIDADES	RECURSOS	LOGROS ESPERADOS
Resolver problemas de salud mental en áreas marginadas.	-Aplicación de proyecto de salud mental. -Elaboración de resultados, gráficas y tablas del proyecto. -Elaboración de informe final.	-Humanos -Planificaciones -Lapiceros -Hojas -Lápices -Copias	-Logra con éxito la realización del proyecto de salud mental. -Redacta satisfactoriamente el informe final de práctica.

Ingrid Beatriz SitánAjsivinacVo.Bo. Licda. Sonia Pappa

Practicante

Asesora de Práctica

Capítulo IV

Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo se dan a conocer los resultados que se obtuvieron durante la práctica, dando a conocer el programa de atención de casos, con los logros, limitaciones, conclusiones y recomendaciones, asimismo, cinco historias clínicas de pacientes atendidos. También se darán a conocer el programa de capacitación, la presentación de gráficas que son el resultado de la atención de casos y del proyecto de salud mental.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Reforzamiento en la comunicación de cada familia.
- ✓ Mejoramiento de la autoestima
- ✓ Aceptación de uno mismo
- ✓ Mayor sociabilidad
- ✓ Mayor control de impulsos

4.1.2 Limitaciones

- ✓ Espacio reducido
- ✓ Timidez al hablar
- ✓ Poca afluencia de personas
- ✓ Desconfianza
- ✓ Llanto excesivo

4.1.3 Conclusiones

- ✓ Se ayudó a toda persona que lo necesitaba.
- ✓ Cada caso se resolvió con mucho cuidado.
- ✓ La familia fue pilar importante para la resolución de los conflictos.
- ✓ Se logró *insight* en cada caso

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Al tratar algún caso, se deberá organizar adecuadamente de acuerdo al problema presentado, para lograr una buena comunicación.
- ✓ Una excelente resolución de cada problema se realizará con interés absoluto, animo, dedicación, amor para que sea beneficiaria y exitosa, lo cual nos dejará un orgullo de haber ayudado a los demás como un orgullo positivo en sí mismo.
- ✓ Para obtener una enseñanza efectiva en los diferentes casos de cada persona es necesario que de antemano, se conozcan los lados opuestos para tratar de darle la mayor y eficaz resolución.

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

Historia Clínica No. 1

I. Datos generales

Nombre: A.C.A.
Sexo: F
Edad: 52 años
Religión: Católica
Escolaridad: Ninguno
Ocupación: Ama de casa
Estado Civil: Casada
Dirección: Caserío Santa María, Cerro Alto, aldea Pahuit, Patzicia

II. Motivo de consulta

Refiere la psicóloga del MP que la paciente presenta sentimientos de culpa debido a que su hija hace dos años fue violada por tres individuos y de lo cual ella cree que por no cuidarla bien le sucedió tal cosa. Lloro casi todos los días, no comprende bien la situación debido a su poco manejo del tema.

III. Historia del problema actual

La paciente es una señora de avanzada edad, fue referida debido a que desde hace dos años su hija sufrió de violación, al enterarse de lo sucedido la señora acudió al MP a poner la denuncia, la psicóloga de esa institución llevo el caso pero después de diferentes evaluaciones que se le hicieron a la niña se le diagnóstico un posible retraso mental y por tal razón el caso no prospero, esto significo frustración para la paciente. La niña es la última de 9 hermanos cuando sufrió de esta situación tenía solo 13 años y como consecuencia de la violación la niña quedó embarazada y ahora tiene un niño de aproximadamente un año, la paciente reclama manutención para su nieto pero por la ignorancia de la víctimas no se ha podido avanzar en el caso, lo más dolorosa para la paciente es que los victimarios son familiares de ellos y tienen que verlos todos los días.

IV. Historia familiar

La paciente tiene 9 hijos y la víctima de violación es la última y la única soltera, el esposo de la paciente sufre de posible Alzheimer por los síntomas que ella menciona por lo que no cuenta con él para afrontar esta situación, desde que supo lo que le sucedió a su hija sufre de constantes dolores de cabeza, insomnio, y llora constantemente al ver la situación de su hija. La paciente es de escasos recursos, ella vende quesos y de eso sustenta a su esposo, su hija y su nieto y en ocasiones realiza trabajos limpiando casas o lavando ropa.

V. Factores precipitantes

Se agudizó el problema de la paciente debido a que su caso no procedió ante el MP y en consecuencia provoco que se culpara por la situación por la cual atraviesa, y esto ha ocasionado que presente recurrentes dolores de cabeza.

VI. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La paciente no ha encontrado apoyo en su familia debido a que sus hijos constantemente le reclaman el no haber cuidado bien a su hija y la acusan de ser cómplice ya que creen que la niña planeó todo con el victimario.

VII. Anamnesis

La paciente creció en un ambiente de carencia, no tuvo la oportunidad de estudiar, se casó a los 15 años, tuvo 9 hijos, debido a su condición social no ha comprendido correctamente la situación por la cual está atravesando y esto ha ocasionado una serie de situaciones en su vida.

VIII. Historia médica

Debido a los pocos recursos económicos no se ha podido realizar ningún chequeo médico, sufre de constantes dolores de cabeza que es que más recuerda aparte de las enfermedades comunes como la gripe y tos.

◆ Examen mental

La paciente es muy humilde de apariencia sencilla, colabora y coopera en el momento de solicitarle que exprese lo que siente, utiliza un lenguaje sencillo, su estado de ánimo varía dependiendo de su relato en ocasiones se expresa enojada, frustrada, con resentimiento y se puede decir que odio hacia las personas que las dañaron se muestra también preocupada porque ella es la que mantiene a su familia.

Está orientada en tiempo, hila sus ideas pero le cuesta expresarse, de vocabulario limitado de bajo nivel de inteligencia, cuando conversa mueve mucho las manos y los pies, se ve muy bien y pero le cuesta mucho comprender lo que le está sucediendo, se ve y se siente que todo lo que expresa es con mucha sinceridad.

IX. Evaluación multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

- Eje III Ninguno
- Eje IV Sentimientos de culpa, conflictos con los hijos.
Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
Problemas económicos: pobreza extrema
- Eje V EEAG: 75 (actual)

X. Pronóstico

Favorable si recibe psicoterapia adecuada.

XI. Plan terapéutico

Terapia breve: 8 sesiones de una hora 2 veces por semana.

- Culpabilidad
- Aceptación
- Apoyo emocional por parte de su familia
- Perdón

Historia Clínica No. 2

I. Datos generales

Nombre: S. E. A. G.
Sexo: F
Edad: 13 años
Religión: Evangélica
Escolaridad: Básico
Ocupación: Estudiante
Estado Civil: Soltera
Dirección: Patzicia

II Motivo de consulta

Fue referida por el médico al área de psicología, ya que presentaba dolor de cabeza y dolor abdominal, se le hicieron los chequeos correspondientes y no se diagnosticó encontró nada.

III. Historia del problema actual

La paciente refiere que desde que era más pequeña la mamá la privó de su vida de juegos, la agredía psicológicamente, esto ha repercutido en sus estudios ya que debido al nacimiento de sus hermanos menores que son gemelos ha tenido que encargarse ella de cuidarlos juntamente con la mamá. Esto significa que en sus tiempos libres tiene que hacer el aseo de la casa, cuidar a sus hermanos y hacer sus tareas por lo que está cargada física y psicológicamente tomando responsabilidades que no le corresponden a ella.

En los últimos días ha padecido de un dolor de cabeza muy fuerte y le dan retorcionones en su abdomen por lo que la mamá decidió llevarla al centro de salud para que el médico chequeara su estado físico.

IV. Factores precipitantes

Se agudiza el problema debido a que los hermanos menores de la paciente tienen que cambiar de colegio ya que sus padres están pasando por una crisis económica esto quiere decir que ella tendrá que ir a dejarlos e ir a traerlos hasta el nuevo establecimiento escolar.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esto ha influenciado en su vida ya que se le ha cargado de muchas responsabilidades, el cuidado de sus hermanos es difícil ya que son muy traviesos y si ellos hacen algo la mamá la regaña y la culpa el papá y la familia más cercana se preocupan más por los gemelos que por ella.

VI. Anamnesis

Creció normal querida por sus padres y su familia más cercana, se le consentía por ser la única hija y la única nieta por parte del papá, le compraban todo lo que ella quería en ese tiempo si la dejaban jugar, tenía libertad de hacer lo que ella deseaba.

VII. Historia médica

Tuvo las enfermedades comunes de la niñez, no padeció de ninguna enfermedad que requiriera atención especial.

VIII. Historia familiar

Tiene dos hermanos son gemelos tienen 7 años, su mamá es ama de casa y su papá trabaja en el campo, ella se llevaba bien con sus padres, pero debido al nacimiento de sus hermanos todo cambió, la atención que le daban cambió tanto por sus padres como la de los demás familiares, su condición económica cambió debido a que sus hermanitos nacieron a los 7 meses y esto implicó comprar medicamentos especiales, pañales, leche, incluso gastar para trasladarse al hospital de la cabecera para llevarse a los chequeos médicos a los bebés, todo esto repercutió en el cambio de atención de los padres y las preocupaciones por estabilizar la vida económica de la familia.

◆ Examen mental

La niña vestía adecuada a su edad, su conducta muy amable, colaboradora en todo lo que se le preguntaba trataba de cooperar sin poner resistencia, su estado anímico era muy notable, sus ojos llorosos y tristes, se mostraba con sentimientos encontrados, muy cariñosa, orientada en tiempo y espacio, sus ideas muy claras, su pensamiento muy maduro para su edad, se ve que es muy inteligente, le cuesta comprender lo que realmente sucede en su vida.

IX. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno negativista desafiante (313.81) principal

Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Mala relación con padres y hermanos Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG: 65

X. Pronóstico

Favorable si se recibe psicoterapia adecuada.

XI. Plan terapéutico

Doce sesiones de una hora cada una

Psicoterapia Cognitivo conductual

Aumenta la capacidad del paciente de resolver sus problemas y conocer sus habilidades para mejorar la comunicación con sus padres, utilizando las diferentes técnicas para aumentar su autoestima.

Terapia familiar, es importante fomentar cambios significativos en la familia, como la comunicación y la interacción entre los miembros de la familia.

Historia Clínica No. 3

I. Datos generales

Nombre: E. R. A.
Sexo: M
Edad: 7 años
Religión: Católico
Escolaridad: Estudiante

Estado Civil: Soltero
Dirección: Zona 1, Patzicia

II. Motivo de consulta

Lo refiere la maestra porque cometió una travesura con sus compañeros la cual la ven como incorrecto

Presenta bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, se niega a participar en las actividades que se realizan en el aula.

III. Historia del problema actual

El paciente ha sufrido desde que su madre empezó a trabajar manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde la reciente separación con su madre. Anteriormente presentó cambios en su conducta y rendimiento escolar, pero en menor grado que en la actualidad.

IV. Factores precipitantes

Se agudizó el problema debido a la separación de sus padres.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

El paciente comenta que no quiere que su madre trabaje porque no quiere quedarse solo y la abuela que lo cuida no le pone atención.

VI. Anamnesis

Desde que era más pequeño ha presentado problemas de conducta, es muy intranquilo, muy exigente tal vez por ser hijo único, le cuesta poner atención en clase, pero realizaba sus tareas adecuadamente.

VII. Historia médica

Solamente enfermedades comunes de la niñez.

VIII. Historia familiar

El paciente manifiesta que su madre es muy buena, pero que él no quiere que ella trabaje por que no le gusta quedarse con su abuela.

◆ Examen mental

El paciente llega muy presentable, usa ropa limpia y adecuada a su edad, colabora con las preguntas que se hacen, utiliza lenguaje de acuerdo a su edad, su estado de ánimo es tristeza como de soledad, se comunica con facilidad, es muy inteligente, formula e hila bien sus ideas, no sabe con certeza lo que sucedió con la separación de sus padres.

IX. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Perturbación familiar por separación de los padres. Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG: 71

X. Pronóstico

Favorable si se sigue con psicoterapia.

XI. Plan terapéutico

Realizar 10 sesiones de una hora cada uno. Terapia familiar

El paciente aprenda a comunicarse adecuadamente con su mamá y que a lo largo de la terapia el niño comprenda y acepte la separación de sus padres.

Historia Clínica No. 4

I. Datos generales

Nombre: K.S.S.Ch.
Sexo: F
Edad: 30 años
Religión: Católica
Escolaridad: Ninguno
Ocupación: Ama de casa
Estado Civil: Casada
Dirección: Aldea la Canoa, Patzicia

II. Motivo de consulta

Paciente refiere que no sabe qué hacer ya que su esposo la engaña y aparte de eso la trata mal, le dice palabras obscenas y ha tratado de pegarle en varias ocasiones.

III. Historia del problema actual

Paciente refiere que todo inició hace 5 años atrás, cuando le comentaron que su esposo la engañaba con otra persona. Ella refiere que ella confiaba ciegamente en él, nunca lo había celado, ni sufría cuando su esposo no estaba en casa, pero ahora cada vez que él sale, ella piensa que fue a buscar a la otra persona.

Cree que eso ya no tiene solución, ya que por aunque su esposo trata de explicarle que nunca ha habido nada con nadie, ella no le cree y sufre por eso.

IV. Factores precipitantes

Esta situación inicio cuando escuchó comentarios de otras personas, que indicaron que es una persona celosa, que no confía en su esposo y que lo vigila demasiado, dice haberse molestado, porque no era así. Empezó a analizar por qué, y decidió investigar y seguir a su esposo y a esa otra persona para ver que realmente estaba pasando. Ella refiere que desde entonces no confía en su esposo porque cree que él la engaña.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Debido a esta situación se vio en serios problemas toda la familia ya que ella sufría mucho y perdió toda la confianza que le tenía en su esposo. Sus hijos están sufriendo mucho por el problema que se dio, hasta el momento considera que ellos sufren ya que la relación de pareja no ha vuelto a ser la misma de antes.

VI. Anamnesis

La paciente refiere que desde muy temprana edad empezó a trabajar para poder ayudar a su mamá, ya que sus demás hermanos no lo hacían. Por la misma situación la relación con ellos no fue muy buena ya que no ayudaban a su mamá.

Cuando ella era joven sufrió de una violación sexual, de la cual ella quedó embarazada y dio a luz a un niño, el cual tuvo y creció con ella. La paciente nació en Guatemala, sufrió en su niñez por el abandono de su padre, y su mamá la dejó con su abuelo y junto a él creció, ella cree que si su padre hubiera estado con ella, no hubieran abusado de ella.

VII. Historia médica

La paciente refiere que ha estado bajo tratamiento médico, debido a que padece de presión alta. Pero dice que lamentablemente su salud mejora solo mientras esta bajo efectos de los fármacos. Así como también de las enfermedades comunes.

VIII. Historia familiar

Paciente refiere que es la menor de 5 hermanos, creció sola con su mamá y su hermana mayor, su padre los abandonó cuando se enteró que su mamá estaba embarazada. Toda su familia vive en la capital, allí fue donde conoció a su esposo y con el cual concibió 3 hijos, a los cuales dice querer mucho, aunque realmente a su esposo ya no lo quiera como antes y solo quisiera estar lejos de él, ya que se siente utilizada. Refiere la paciente que su esposo la toma a la fuerza para tener relaciones con ella.

IX. Diagnóstico multiaxial

Eje I Depresión menor

Eje II Ninguno

Eje III Enfermedades del sistema circulatorio

Eje IV Perturbaciones familiares, e interpersonales

Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V EEAG 65

X. Pronóstico

Paciente necesita seguir con psicoterapia.

XI. Plan terapéutico

Se hace uso de la terapia cognitivo conductual, así como también la terapia racional emotiva para que la paciente cambie su manera de pensar, aplicando la técnica de la silla vacía.

La familia debería recibir la terapia familiar para que el proceso de mayor efecto.

Historia Clínica No. 5

I. Datos generales

Nombre: M.V.T.A.
Sexo: F
Edad: 28 años
Religión: Evangélica
Escolaridad: Diversificado
Ocupación: Maestra
Estado Civil: Casada
Dirección: Av. La Reforma, Patzicia

II. Motivo de consulta

Paciente refiere tener demasiado dolor pélvico al momento de tener relaciones sexo-genitales con su pareja.

III. Historia del problema actual

Paciente refiere tener dolor vaginal al momento de sostener relaciones sexuales con su pareja, esto viene sucediendo desde que ella se casó. Actualmente está preocupada porque cree que su pareja le es infiel, ya que él, le ha pedido su espacio para no insistirle y así no hacerle daño, dice que prefiere estar solo, ya que es la única manera en que él no le insiste para tener intimidad con ella, ella refiere quererlo, no puede mantener las relaciones con frecuencia por la incomodidad física que presenta casi en todas las ocasiones al momento de la relación sexual.

III. Factores precipitantes

La resistencia de ella para no tener relaciones sexuales con su pareja.

IV. Impacto del trastorno en el sujeto y familia

La paciente refiere que ella ha tratado por todos los medios evitar que su familia se entere de los problemas de pareja. Su familia sospecha que existen problemas pero no conocen la realidad de la situación que está viviendo.

La afectada directamente es la hija que tienen, ya que aunque ellos tratan de que no se dé cuenta de la situación, ella sabe que algo está pasando.

VI. Anamnesis

La paciente refiere que ella se casó muy enamorada de su esposo, pero que tristemente desde el inicio de la relación con su pareja no fue aceptada por los papás de su novio, pues decían que ella era muy poco para él, que debería buscar a alguien más. Pero él siempre le insistió que él la ama y eso es lo que importa.

Ellos decidieron contraer matrimonio aun en esa situación que vivían, se casaron, vivieron en la casa del esposo con sus papás. Paciente refiere que su vida desde entonces fue un infierno ya que sufrió de maltrato por parte de su esposo, sus suegros y cuñados (as), siempre la agredían de forma psicológica.

La paciente y su esposo únicamente tienen una hija de 7 años de edad. La paciente en ocasiones es muy impulsiva, especialmente si cree que su relación se puede terminar por terceras personas.

Actualmente está muy insegura de su relación, por la situación que está viviendo.

VII. Historia médica

La paciente refiere que cuando empezó con esos dolores vaginales, visitó al ginecólogo, el cual le realizó una serie de exámenes de laboratorio y ultrasonido, pero el diagnóstico que le dieron fue de una infección vaginal fuerte, para el mismo le dieron tratamiento, el cual dio una leve mejoría pero el problema continuó.

Refiere la paciente que ha visitado otros médicos, le han dado tratamientos, pero no presenta mejoría. Esa situación la tiene desesperada no solo a ella sino a su pareja también.

VIII. Historia familiar

Nació en una familia muy unida, es la tercera de cinco hermanos, ella ocupa el tercer lugar, creció en un ambiente agradable, con mucho cariño y amor, cuenta con el apoyo de su familia (papás y hermanos).

Refiere la paciente que anteriormente ella trabajaba en una escuelita de una aldea de la localidad, cuando conoció al que actualmente es su esposo, se enamoraron y decidieron iniciar una relación de noviazgo, un año más tarde decidieron contraer matrimonio, al año de casados nace su hija que en la actualidad tiene 7 años de edad.

◆ Examen mental

Es una persona paciente, recta, colaboradora, con una actitud positiva, un lenguaje acorde a su estatus social, muestra mantener un buen humor, de sentimientos de miedo, tristeza, confusión. Comprende correctamente que su problema le está costando su matrimonio, está centrada en tiempo y espacio.

IX. Evaluación multiaxial

Eje I	Trastorno somatomorfo indiferenciado
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas de salud Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 70

X. Pronóstico

Paciente necesita seguir con psicoterapia y seguimiento especial médico.

XI. Plan terapéutico

Realizar 15 sesiones de una hora cada una

Terapia de pareja, para reforzar los lazos conyugales, reforzar la comunicación para comprender lo que la otra persona quiere, terapia sexual ayudará a mejorar su comunicación íntima y conocerse mejor.

4.2 Programa de capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Autoestima elevada
- ✓ Mejor comunicación en su entorno familiar y social
- ✓ Mayor seguridad en toma de decisiones
- ✓ Mayor conocimientos de acoso escolar
- ✓ Aceptación de sí mismo

4.2.2 Limitaciones

- ✓ Espacio limitado para realizar actividades
- ✓ Poca colaboración de la población a capacitar
- ✓ Mala iluminación del lugar donde se realizó la charla
- ✓ Impuntualidad por parte de los participantes

4.2.3 Conclusiones

- ✓ El incentivar a los adolescentes para mejorar su autoestima ha sido de gran ayuda para mejorar su comportamiento dentro y fuera de su hogar.
- ✓ La mediación dentro de los conflictos que presentan los adolescentes los ha ayudado a tomar con mayor madurez sus problemas entre sus padres, amigos y compañeros.

- ✓ La autoestima es una de las herramientas más práctica que se puede utilizar dentro de la mediación y conciliación entre los niños y adolescentes.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Mejorar la comunicación en cada familia para mantener una buena y mejor relación.
- ✓ Mejorar la conducta de los jóvenes dentro y fuera de su hogar.
- ✓ Seguir incentivando a las mujeres mediante diferentes charlas motivacionales que les ayudaran a elevar su autoestima y a conocerse a sí mismas.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Charla del bullying o acoso sexual

Dirigida a niños, niñas y padres de familia de alumnos de, quinto y sexto grado de primaria de EORM de aldea La Canoa, Patzicia, Chimaltenango.

Fecha: martes 17 de abril de 2012.

1. Objetivos

Los niños, niñas y padres de familia están en la capacidad de:

- Identificar cuando un niño o niña sufre de bullying o acoso escolar.
- Toma las decisiones correctas para ayudar al niño abusado.
- Ayuda a la víctima de acoso escolar
- Comprende a la víctima y lo apoya para la resolución de su problema.

2. Actividades (ver anexo)

3.Contenido (Breve resumen)

El bullying o acoso escolar

El acoso escolar es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma continua a lo largo de un tiempo determinado. El acoso escolar es una forma característica y extrema de violencia escolar.

Este tipo de violencia escolar se caracteriza por intimidar a la víctima, implicando un abuso de poder en tanto que es ejercida por un agresor más fuerte. El sujeto maltratado queda, así, expuesto física y emocionalmente ante el sujeto maltratador, generándose como consecuencia una serie de secuelas psicológicas. Es común que el acosado viva aterrorizado con la idea de asistir a la escuela y que se muestre muy nervioso, triste y solitario en su vida cotidiana. En algunos casos, la dureza de la situación puede acarrear pensamientos sobre el suicidio e incluso su materialización, consecuencias propias del hostigamiento hacia las personas sin limitación de edad.

Charla 2

Charla sobre violencia intrafamiliar

Dirigida a Comadronas del área de Patzicia, Chimaltenango.

Fecha: jueves 10 de mayo de 2012

1. Objetivos

Las comadronas están en la capacidad de:

- Comprender la importancia de conocer la violencia intrafamiliar.
- Reconocer las señales o secuelas que deja la violencia intrafamiliar.
- Ayudar a la víctima de maltrato a tomar acciones sobre el caso.

2. Cronograma de actividades (ver anexo)

3. Contenido (Breve resumen)

La violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar, este puede ser por afinidad, sangre o afiliación y que transforma en agresores las relaciones entre ellos causando daño físico, psicológico, sexual, económico o social a uno o varios de ellos.

Charla 3

Charla de autoestima

Dirigida a adolescentes de espacio amigable del Centro de Salud de Patzicia, Chimaltenango.

Fecha: martes 22 de mayo de 2012

1. Objetivos

Los adolescentes de espacio amigable están en la capacidad de:

- Identificar los indicadores de una baja autoestima.
- Comprender lo que significa tener una autoestima positiva.
- Practicar las diferentes técnicas de una autoestima sana.
- Reducir los riesgos de una baja autoestima.

2. Cronograma de actividades (ver anexo)

3.Contenido (Breve resumen)

¿Qué es la Autoestima?

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Charla 4

Charla sobre embarazos en adolescentes

Dirigida a adolescentes y jóvenes de espacio amigable Patzicia, Chimaltenango.

Fecha: martes 12 de junio de 2012.

1. Objetivos

Los adolescentes están en la capacidad de:

- Comprender las consecuencias de un embarazo no deseado
- Conocer los diferentes métodos anticonceptivos
- Identificar los riesgos de un embarazo a temprana edad
- Decidir si quiere o no tener relaciones sexuales a temprana edad.

2. Cronograma de actividades (ver anexo)

3.Contenido (Breve resumen)

Embarazo en adolescentes

Se le define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Conocer técnicas de autocuidado
- ✓ Convivir con todos los compañeros
- ✓ Compartir experiencias
- ✓ Practicar las técnicas de autocuidado

4.3.2 Limitaciones

- ✓ Demasiado calor
- ✓ Poco tiempo para realizar el proyecto

4.3.3 Conclusiones

- ✓ Fortalecimiento de la comunicación.
- ✓ Fue una experiencia para reflexionar.
- ✓ Se practicó lo aprendido durante estos 5 años.
- ✓ En equipo se trabaja mejor
- ✓ Hubo unidad y sintonía en el grupo

4.3.4 Recomendaciones

- ✓ Realizar actividades como esta que ayudan a reforzar nuestro autocuidado.
- ✓ Planificar con más tiempo estas actividades.
- ✓ Que el futuro psicólogo aprenda a manejar las técnicas de autocuidado.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

I. Introducción

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

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

II. Justificación

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

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

III. Objetivos

General

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

Específicos

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

IV. Metodología

El grupo de estudiantes utiliza el proyecto como método, esta es una estrategia con la cual se puede llevar al futuro profesional a un proceso donde se integra el conocimiento adquirido durante la formación del psicólogo. Dicho proyecto busca enfrentar a los futuros profesionales a situaciones reales en donde se ponen en práctica todas las herramientas disponibles, y así provocar una mejora en la comunidad o grupo en el cual se ejecuta dicho proyecto.

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

V. Recursos

- * Humanos:

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

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

- * Didácticos:

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

- * Financieros:

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

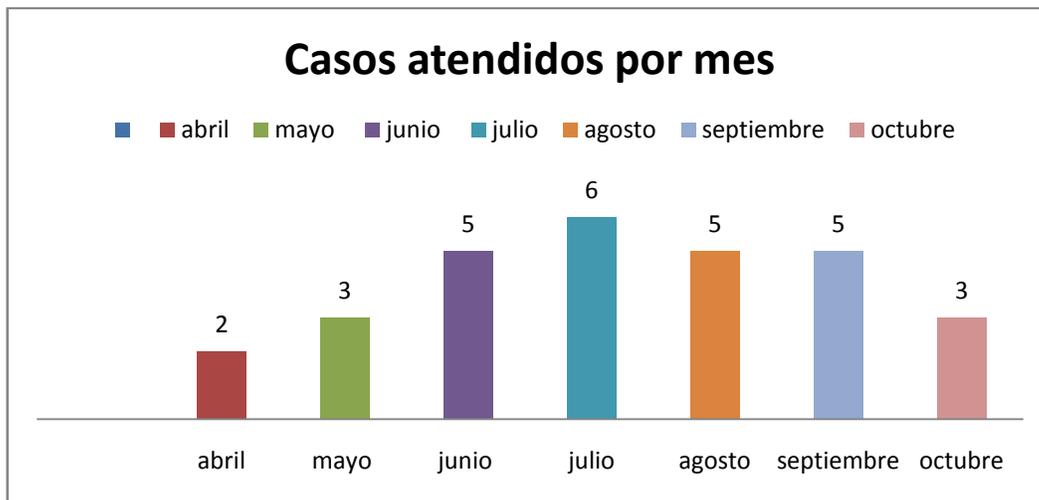
- * Transporte:

Para este proyecto se contrató un vehículo expreso.

4.4 Presentación de resultados con gráficas

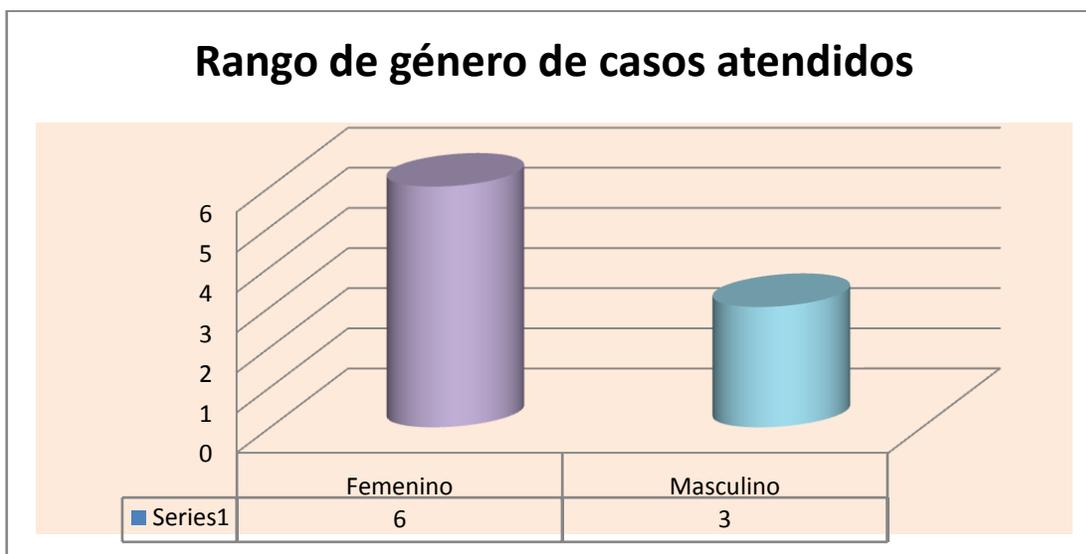
4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1



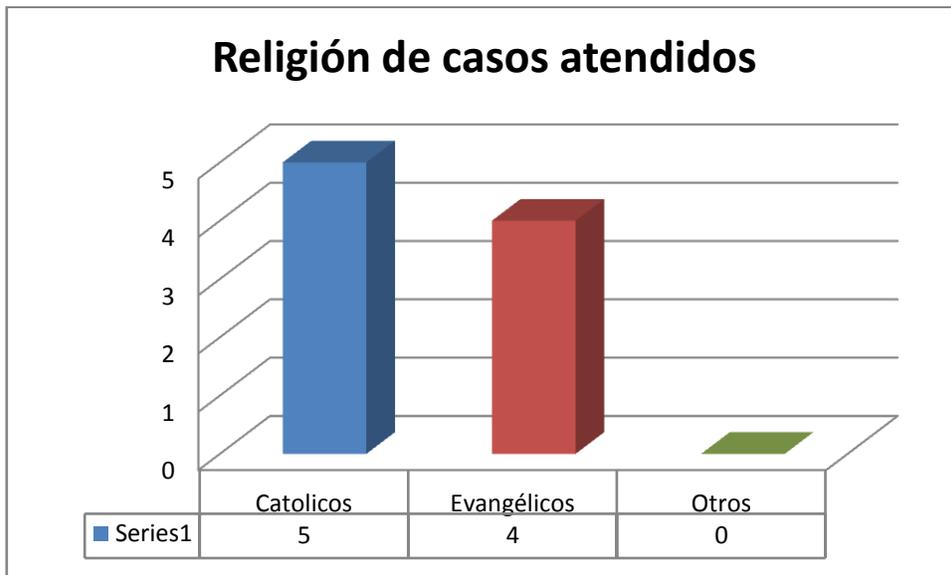
Fuente: propia

Gráfica 2



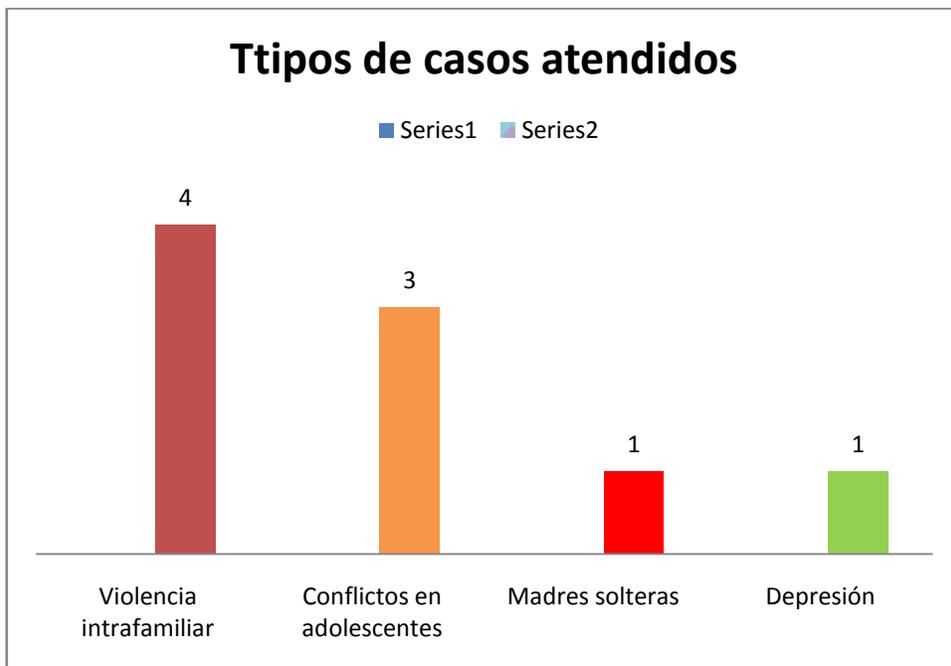
Fuente: propia

Gráfica 3



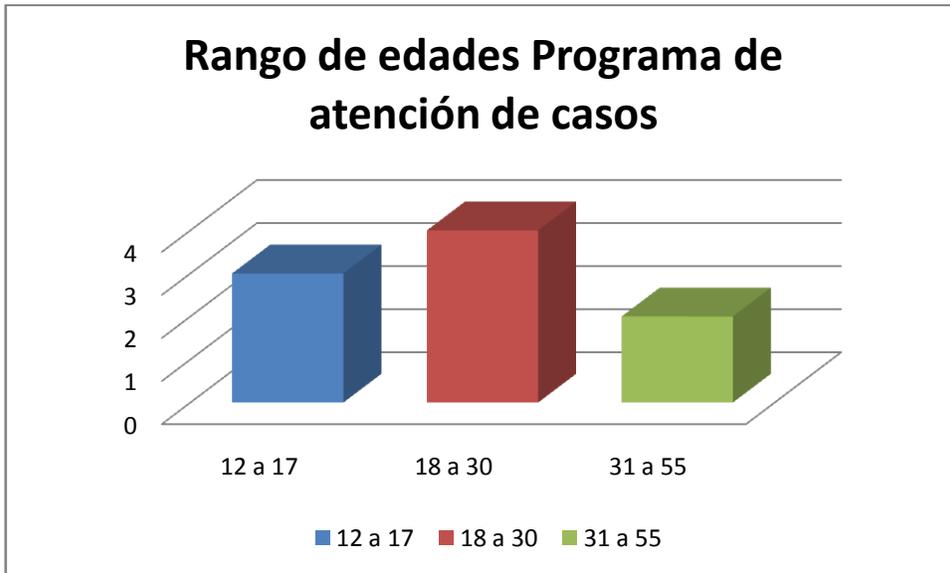
Fuente: propia

Gráfica 4



Fuente: propia

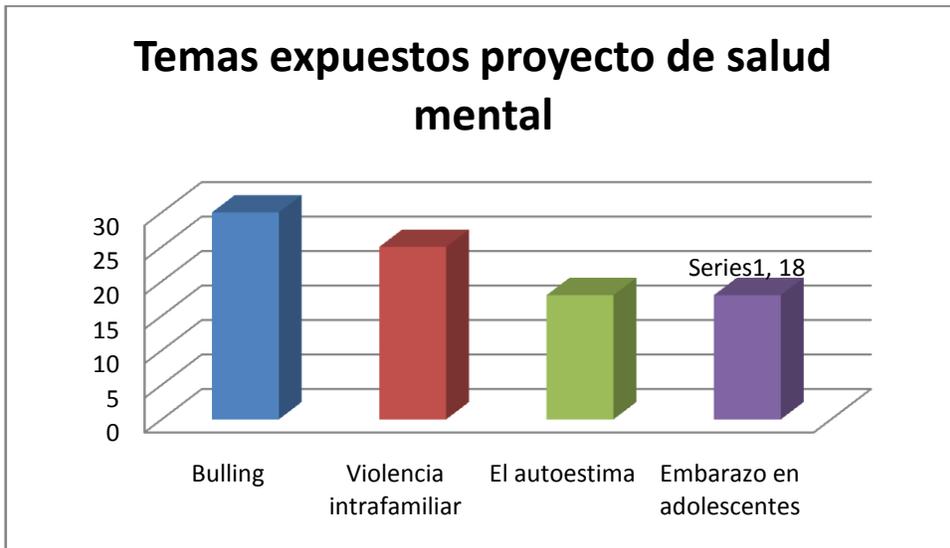
Gráfica 5



Fuente: Propia

4.4.2 Programa de capacitación

Grafica 6



Fuente: propia

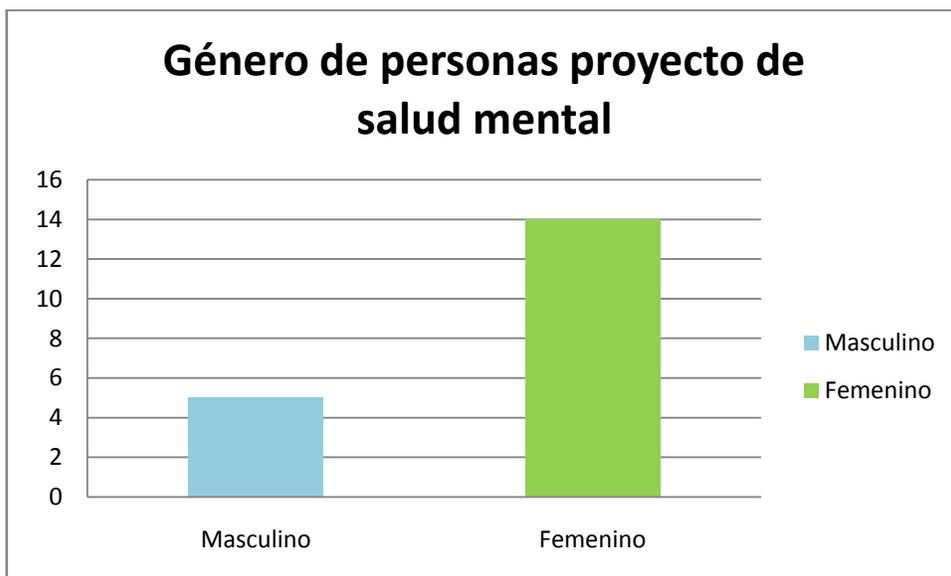
4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 7



Fuente: propia

Gráfica 8



Fuente: propia

4.4.4 Anàlisis de datos

1. En la gràfica 1 se observa los casos que se atendieron mensualmente desde abril hasta octubre. Observandose que hubo mas afluencia durante el mes de julio.
2. En la gràfica 2 se observa el rango de género de los casos constantes atendidos 6 mujeres y 3 hombres.
3. En la gràfica 3 se observa el rango de la religión que profesan las personas atendidas 5 católicos y 4 evangélicos y en otras religiones no hay nadie.
4. En la gràfica 4 se observa los diferentes tipos de casos atendidos 4 de violencia intrafamiliar, 3 conflictos en adolescentes, 1 madre soltera y 1 caso de depresión.
5. En la gràfica 5 se observa el rango de edad de los casos atendidos de 12 a 18 años se atendieron 3, de 19 a 30 años se atendieron 4 y de 31 a 55 se atendieron 2 personas.
6. En la gràfica 6 se observan los temas expuestos en el proyecto de salud mental 30 personas asistieron a la charla del bullying, 25 personas asistieron a la charla de violencia intrafamiliar y 18 personas asistieron a las charlas de la autoestima y embarazo en adolescentes.
7. En la gràfica 7 se muestra que todos los casos se atendieron individualmente.
8. En la gràfica 8 se muestra que asistieron al proyecto de salud mental 14 mujeres y 5 hombres.

Conclusiones

1. La realización de la práctica ayudó a conocer y mejorar el área clínica.
2. Fue necesario investigar a profundidad cada problema atendido para brindar una mejor atención y resolución de los mismos.
3. Los diferentes métodos psicológicos utilizados, fueron de gran ayuda para detectar problemas en la conducta de los pacientes atendidos.
4. Las charlas que se impartieron lograron una mejora en la vida y la conducta de todos los participantes.

Recomendaciones

1. Aprovechar los espacios radiales con los que cuentan los diferentes centros de práctica para dar a conocer a toda la población el trabajo que desempeña un Psicólogo.
2. Crear espacios para el tratamiento de salud mental en instituciones que trabajan en diferentes áreas de Chimaltenango.
3. Que los futuros profesionales en psicología puedan actualizarse constantemente para que puedan brindar una mejor atención a sus pacientes como a toda persona que solicite sus servicios.
4. Crear proyectos para dar a conocer la importancia de mantener una buena salud mental en toda la población de Chimaltenango.
5. Realizar pequeñas charlas sobre la violencia intrafamiliar que es el principal problema que se vive actualmente, para dar a conocer cómo se desarrolla, como se puede evitar o buscar ayuda profesional.

Referencias

1. Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G., Recinos. *Conductas problema en el niño anormal*. Editorial Trillas.
2. Álvaro Antonio Jerez Magaña, *Trastorno Bipolar* Citada Editores, Guatemala 2009.
3. Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM_IV Editorial Masson, S.A. México.
4. Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desórdenes de personalidad*. New York Guilford.
5. Bellak y Small. *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. Editorial Pax, México.
6. Berstein Douglas A. y Nietzel Michael. *Introducción a la Psicología Clínica*. Mc Graw-hill.
7. Brenner, D. (1990). *La terapia efectiva*. New York: Pergamon.
8. Bruce E. Compas, (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw-hill.
9. Compas, Bruce E. *Introducción a la Psicología*. Mc. Graw-hill.
10. Douglas A. Bernstein. *Introducción a la Psicología Clínica*. Mc. Graw-hill.
11. Ellis, Albert. *Manual de la Terapia Racional Emotiva*. Volumen II Bilbao: Editorial Desclee.
12. Frankl, Victor. *Psicoterapia y Humanismo*. Fondo de Cultura Económica.
13. Gonzales N, J. de J. (1999). *Psicoterapia de grupos*. México: El Manual Moderno.
14. Monedero, C. (1978). *Psicopatología General*, Segunda Edición, Madrid: Biblioteca Nueva.

15. Morris, Ch. y Maisto A. (2001). *Introducción a la Psicología*. México: Pearson Educación.
16. Oblitas Luis A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México, Cengage learning, S. A.
17. Richard P. HalginSussan Krauss. *Psicología de la Anormalidad*. Mc Graw-hill Quinta Edición.
18. Salvatore Cullari, *Fundamentos de Psicología Clínica*. Pearson Educación, México 2001.
19. Susan C. Jenkis, M.D. *Manual de Psiquiatría*. Edición Harcourt Tercera Edición.

Internet

20. Diccionario de Psicología (2000). Madrid, España. Oceano Grupo Editora S.A. Web.
21. Evaluación Psicológica. Recuperado 20.03.2012. <http://www.psicodiagnostico.cl/Empresa.Htm>.
22. Guía: utilidad y características del psicodiagnóstico. Recuperado 10.07.2012 www.fnc.org.ar/psicodiagnostico.html.
23. Psicología Online. Recuperado 05.05.2012. <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/index.htm>.
24. Violencia Intrafamiliar - INE Guatemala. Recuperado 02.06.2012. www.ine.gob.gt/np/violenciaintrafamiliar/index.htm.

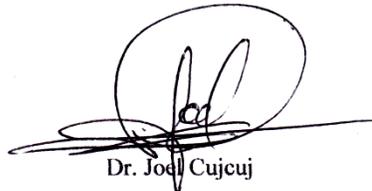
Anexos

Patzicía 23 de octubre de 2012

A: Universidad Panamericana

Por este medio se hace constar que la señorita Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac, estudiante del quinto año de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, realizó su Práctica Profesional Dirigida en el Centro de Salud de Patzicía, cumpliendo con trescientas horas de práctica.

Para los usos legales que a la interesada convenga firmo y sello la presente en una hoja tamaño carta a los veintitrés días del mes de octubre de dos mil doce.



Dr. Joel Cujuj

Director Centro de Salud



Vo. Bo.




UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante tota, adipere sapientia"

Sede Chimaltenango

Chimaltenango febrero de 2012

A:
Director
Joel Cujcuj
Centro de Salud Patzicia
Su Despacho

Lo saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores.

Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la srta. Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac del quinto grado de la carrera de Psicología y Consejería Social, pueda realizar la **Práctica Profesional Dirigida** en la institución que usted acertadamente dirige, ya que lo anterior es un requisito de la carrera, según el Reglamento Académico de esta universidad.

Dicha práctica tiene una duración de **500 horas**, iniciando en marzo período en que el alumno practicante cumplirá con lo estipulado por la universidad.

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

Atentamente,

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica

M.A. Licda. Thelma Tánchez
Coordinadora



Recibido
06/03/12
11:15 a.m.

Patzicía, marzo 2012

A: QUIÉN INTERESE

Por este medio se hace constar que la señorita Ingrid Beatriz Sitán Ajsivinac, de la Universidad Panamericana de Quinto Grado de la Carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, realizará sus prácticas en el Centro de Salud de Patzicía, Chimaltenango en el área de Trabajo Social.

Se extiende la presente constancia para los usos que a la interesada convengan.



Dr. Joel Cujcuj

Director Centro de Salud



Actividad “programados para triunfar”



En la playa



Cena de gala



Actividad de la fogata



Actividad del Rally



Foto



Foto de regreso en el bus

