

PPD-ED-64
C235
C-2

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



**Problemas emocionales en pacientes discapacitados
y su familia, detectados en el Centro de Rehabilitación
FUNDABIEM en el departamento de Chimaltenango
(Informe Práctica Profesional Dirigida)**

Pablo Samuel Canú Socop

Guatemala, enero 2011



BIBLIOTECA UPANAMA. 19, 696 C-2
Q. 100.-
FEB 2011

**Problemas emocionales en pacientes discapacitados
y su familia, detectados en el Centro de Rehabilitación
FUNDABIEM en el departamento de Chimaltenango**
(Informe Práctica Profesional Dirigida)

Pablo Samuel Canú Socop

Guatemala, enero 2011

DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

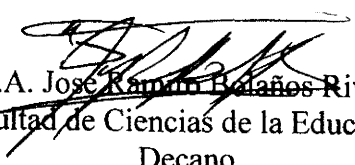
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: Pablo Samuel Jonathan Canú Socop estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, de esta Facultad solicita autorización para la realización de la Práctica Profesional Dirigida para completar requisitos de graduación.

Dictamen No. 005 10/2010

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

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **"Problemas emocionales en pacientes discapacitados y su familia detectados en el Centro de Rehabilitación FUNDABIEM en el departamento de Chimaltenango"**. Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante **Pablo Samuel Jonathan Canú Socop** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.


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



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

*En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Centro de
Rehabilitación Fundabiem de Chimaltenango, presentado por el estudiante*

Pablo Samuel Canú Socop

*quien se identifica con número de carné 0601234 de la carrera de Licenciatura
en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de
contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen
Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**


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

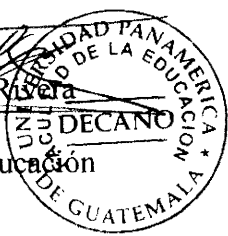
En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Supervisada con la temática: **Problemas emocionales en pacientes discapacitados y su familia detectados en el Centro de Rehabilitación FUNDABIEM en el departamento de Chimaltenango.** Presentado por el estudiante: **Pablo Samuel Canú Socop**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Jacqueline Girón
Revisor (a)

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Problemas emocionales en pacientes discapacitados y su familia, detectados en el Centro de Rehabilitación FUNDABIEM en el departamento de Chimaltenango.** Presentado por el estudiante **Pablo Samuel Canú Socop**, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


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



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1	
Marco de referencia	
Introducción	3
1.1 Descripción de la institución	3
1.2 Misión	4
1.3 Visión	4
1.4 Organigrama	4
1.5 Objetivos	5
1.6 Población que atiende	5
1.7 Descripción de la población que atiende	6
1.8 Planteamiento del problema	6
Capítulo 2	
Referente teórico	
Introducción	7
2.1. Problemas emocionales en pacientes discapacitados y su familia	7
2.1.1. Discapacidades	7
2.2. Psicopatología	23
2.2.1. Los modelos en psicopatología	25
2.2.2. Principales trastornos psicopatológicos	27
2.2.2.1. Trastornos de las conductas motoras	27
2.2.2.2. Trastornos del habla	33
2.2.2.3. Trastornos de las funciones cognitivas	37
2.2.2.4 El Retraso Mental	40

2.2.2.5. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	47
2.2.2.6. Síndrome de down (Trisomia 21)	56
2.2.2.7. Síndrome de Asperger	63
2.3. Métodos de psicodiagnóstico	70
2.3.1 Etapas del psicodiagnóstico	71
2.3.2. Informe psicológico	75
2.3.3. Historia clínica	76
2.3.4. Instrumentos útiles para elaborar el psicodiagnóstico	84
2.3.4.1. Entrevista psiquiátrica	84
2.3.4.2. Tests psicológicos	91
2.3.5. Diagnóstico multiaxial	93
2.3.5.1. Manuales de psicodiagnóstico	94
2.4. Psicoterapia	98
2.4.1. La relación terapéutica	99
2.4.2. Competencias de la psicoterapia	101
2.4.3. El proceso terapéutico	101
2.4.4 Modelos de psicoterapia	104
2.4.4.1 Modelo psicodinámico	104
2.4.4.2 Modelo conductual	112
2.4.4.3 Modelo humanista	120
2.4.4.4 Modelo sistémico	125
2.4.5 Formas de psicoterapia	131
2.4.5.1. Psicoterapias Psicoanalíticas	131
2.4.5.2. Psicoterapias conductistas	135
2.4.5.3. Psicoterapias Humanistas	140

2.4.5.4. Psicoterapias Sistémicas	150
2.4.5.5. Psicoterapias Alternativas	152

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción	160
3.1. Programa de práctica profesional dirigida	160
3.2. Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	167
3.3. Cronograma de capacitaciones	170
3.4. Cronograma de trabajo proyecto de salud mental	172

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción	173
4.1. Programa de atención de casos	173
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos	175
4.2 Programa de Capacitación	190
4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados	192
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	196
4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental	198
4.4 Gráficas y análisis de resultados	205
4.4.1 Programa de atención de casos	205
4.4.2 Programa de capacitación	207
4.4.3 Programa de proyecto de salud mental	209
4.4.4 Análisis de datos	211

Conclusiones	213
--------------	-----

Recomendaciones	214
-----------------	-----

Referencias	215
-------------	-----

Anexos	217
--------	-----

Resumen

En el presente informe se recopiló información tanto bibliográfica como de campo sobre los problemas emocionales en personas discapacitadas y su familia del municipio de Chimaltenango que asisten al centro de rehabilitación Fundabiem, en el cual se realizó la Práctica Profesional Dirigida como requisito para el estudiante de la carrera de Psicología y Consejería Social de quinto año.

Básicamente el trabajo en la parte teórica resume lo que es la discapacidad, tipos de discapacidad y los problemas emocionales que esta trae, a continuación se detalla los criterios para la psicopatología, los métodos diagnósticos para terminar en las psicoterapias que sirven para ayudar a las personas con discapacidad y al mismo tiempo apoyar a sus familias, información que fue de apoyo para el practicante en la realización de la práctica.

En la parte de investigación de campo se deja constancia de la labor realizada por el practicante en su centro de práctica entre estos se enumeran las principales patologías encontradas así como el proceso que se llevo a cabo para atender a las personas que lo requerían y como se benefició al centro Fundabiem.

Introducción

Durante la Práctica Profesional Dirigida en el centro Fundabiem Chimaltenango se detectaron casos en los cuales los pacientes discapacitados presentaban problemas emocionales al igual que su familia por tal razón se realizó la presente investigación con el propósito de describir el problema, la discapacidad y los tipos que existen.

Las personas que tienen que vivir con una discapacidad pasan por un proceso de crisis emocional que les hace más difícil el proceso de aceptación al igual que su familia debe adecuarse al nuevo estilo de vida del miembro, o bien aceptar al nuevo integrante de la familia con una discapacidad. La pregunta es ¿Qué apoyo psicológico recibe la persona y su familia?

Con el propósito de responder esta pregunta el presente informe trata de resumir lo que es la discapacidad y los problemas emocionales que conlleva así como las técnicas terapéuticas en las que se apoya la psicología para promover en la persona y su familia una convivencia con el nuevo estilo de vida a causa de la limitación física, sensorial o cognitiva.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En el presente capítulo se dan a conocer las actividades que se desarrollaron en las instalaciones donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida. La finalidad de dicha institución es servir a los más necesitados, cuenta con una amplia atención con las diversas terapias que ahí se provee como bienestar del minusválido.

Fundabiem es una institución privada no lucrativa que brinda un beneficio social proporcionando rehabilitación a la población que de alguna manera padece de alguna discapacidad física ya que es la más grande de Centro América.

1.1 Descripción de la institución

La Fundación pro-bienestar del minusválido Fundabiem, es una institución privada no lucrativa, de beneficio social creada en 1986 por acuerdo gubernativo No. 415-86 con el objeto de promocionar rehabilitación a la población que padece de alguna discapacidad física. Cuenta con 24 centros, clínicas y puestos de rehabilitación, cubriendo 18 departamentos en toda la república. Cubre las áreas de: Atención médica, (medicina general, pediatría, fisiatría, neurología, traumatología y ortopedia), fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, educación especial, talleres ocupacionales, psicología, trabajo social, charlas sobre prevención a la

discapacidad, terapeuta por un día, refacción, y servicio de transporte con rutas establecidas para el paciente y su acompañante.

1.2 Misión

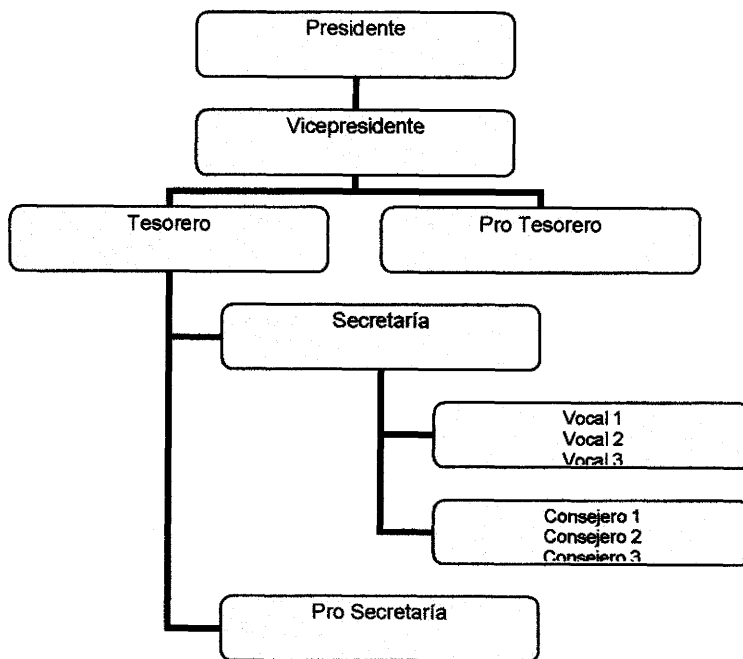
“Ser una institución modelo a nivel latinoamericano en habilitación y rehabilitación integral de personas con discapacidad prioritariamente físicas y al mismo tiempo en la implementación de programas y estrategias de los distintos niveles de atención con énfasis en la proyección”.

1.3 Visión

“Brindar a nivel nacional los servicios de habilitación y rehabilitación integral con participación de la comunidad a personas con discapacidades prioritariamente físicas con el fin de lograr su máxima integración a la sociedad en igualdad de derechos y oportunidades”.

1.4 Organigrama

Fundabiem cuenta con una asamblea general, integrada por personas asociadas a la institución, siendo el mismo su órgano supremo. Cuenta con un consejo directivo electo por la asamblea cada dos años, mismo que trabaja ad-honorem y esta integrado de la siguiente forma:



1.5 Objetivos

- Rehabilitar a personas que tienen una discapacidad física.
- Integrar a la sociedad en igualdad de derechos y oportunidades a personas con discapacidad
- Implementar programas y estrategias de los distintos niveles de atención con énfasis en la proyección.
- Brindar a nivel nacional los servicios de habilitación y rehabilitación integral.

1.6 Población que atiende

La institución atiende a todo tipo de personas, en su mayoría niños aunque no excluye a jóvenes y adultos que cada día buscan sus servicios.

1.7 Descripción de la población que atiende

Atiende a personas del Departamento de Chimaltenango y lugares cercanos; atiende personas de todas las edades pero en su mayoría son niños y niñas. Está enfocado a personas de escasos recursos y se atiende todo tipo de discapacidad física.

1.8 Planteamiento del problema

Las personas que asisten a terapia psicológica son los padres y madres de los discapacitados en su mayoría, o personas que están en el proceso de terapia física. Estas personas llegan por terapias de apoyo para la aceptación de integrantes de la familia con alguna discapacidad o bien a la aceptación de la limitación. Se hace necesaria la atención psicológica para estas personas ya que la discapacidad de sus hijos provoca serios problemas de índole emocional en ellos.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

En el presente capítulo se recopiló toda la información teórica que fue necesaria como complemento para el trabajo en el centro de práctica y así poder prestar un mejor servicio psicológico.

Se describen los principales problemas detectados en la población así como, las implicaciones emocionales atendidas para sus familias. Se detallan algunas enfermedades que causan discapacidad en niños y temas de importancia para la aplicación de la psicología clínica y social.

2.1. Problemas emocionales en pacientes discapacitados y su familia

2.1.1. Discapacidades

La discapacidad no es una enfermedad sino cualquier restricción o ausencia de la capacidad física, intelectual o sensorial y también se le considera una dolencia que requiere de atención médica o una enfermedad mental que puede ser de carácter transitorio o permanente, pudiéndola dividir en tres tipos: neuromotora (parálisis cerebral y distrofia músculo-esquelética), sensorial (problemas del lenguaje, sordera, debilidad visual y ceguera) y mental.

Los discapacitados, minusválidos o tantas formas como se les denomina a aquellas personas que tienen capacidades diferentes a las de nosotros, han sido y aún son víctimas por muchos años, de grandes discriminaciones, dejándolos en un segundo plano u “otra clase”, escondiéndoseles y

negándoseles realizar muchas de las actividades a las que todos, por el simple hecho de ser humanos tenemos derechos.

Pensamientos que afortunadamente desde la segunda mitad del siglo XX han venido cambiando, gracias a cambios en la legislación, a la actitud de la población y a la lucha de los discapacitados por sus derechos como ciudadanos e individuos productivos. Productividad que ha sido demostrada, siendo en muchos casos iguales o mejores que cualquiera que disfrute del funcionamiento cabal de su cuerpo.

Desafortunadamente como la mayoría de cambios en el pensamiento de la humanidad, es un proceso lento, que no ha recorrido aún mucho, ya que a pesar de todas las leyes y legislaciones que existen en pro de ellos, no son cumplidas, especialmente en países en vía de desarrollo como el nuestro, dejándoles y siguiendo creando mas barreras en contra de su desarrollo.

Leyes tales como: no ser víctimas de marginación o discriminación; desplazarse libremente en espacios públicos abiertos o cerrados; disfrutar de los servicios públicos en igualdad de circunstancias; desplazarse y tener libre acceso en el interior de espacios laborales, estudiantiles, comerciales y recreativos; contar con espacios en el transporte público reservados para su uso y plenamente identificados; gozar de un trato amable, cortés y respetuoso de parte de la población en general y la eliminación de las barreras arquitectónicas; Sin tener que dejar esto solo a aquellos discapacitados con recursos económicos suficientes.

Al sector salud le corresponde principalmente promover la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas y condicionantes de la discapacidad; ofrecer orientación en materia de rehabilitación, y atender integralmente a los discapacitados, incluyendo la adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales. Pero también como ciudadanos, ayudar al estado con esta ardua misión, conociendo la situación de este valiente sector, cambiando nuestra visión hacia ellos y, sobre todo, que aprendamos las excepcionales lecciones que nos dan, ya que no es solo cuestión de leyes sino de muchos aspectos más.

2.1.1.1. Grados de discapacidad

El 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se aprobó la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de 'Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud', con las siglas CIF.

La clasificación habla de funcionamiento (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), discapacidad (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y salud (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

La nueva conceptualización que la CIF hace del término 'discapacidad' también es fundamental. Discapacidad es asumido como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de:

1. Deficiencias de función y deficiencias de estructura (antes deficiencias).
2. Limitaciones en las actividades (antes discapacidades).
3. Limitaciones en la participación (antes minusvalías).

La Clasificación se divide en tres partes:

a. Funciones y estructuras corporales

- Cambios en las funciones corporales (funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las psicológicas)
- Cambios en las estructuras corporales (son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, extremidades y componentes)

b. Actividades y participación

- Capacidad, como la ejecución de tareas en un entorno uniforme
- Desempeño/ realización, como la ejecución de tareas en el entorno real

c. Factores contextuales

- Factores ambientales, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, con efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.
- Factores personales, entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo efecto es el impacto de los atributos de la persona

A partir de esta clasificación, se puede determinar el grado de discapacidad de una persona. La propuesta de la CIF es usar una misma escala genérica de gravedad en cinco niveles para todos los componentes (funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales)

El porcentaje hace referencia en el caso de las limitaciones para realizar una actividad, a que el problema esté presente en al menos ese porcentaje de tiempo en relación a la dificultad total para realizar dicha actividad que será de un 100%.

A partir de esta escala se podrán establecer las definiciones correspondientes:

1. NO hay deficiencia Ninguna, ausencia, insignificante 0-4%
2. Deficiencia LIGERO Poca, escasa 5-24%
3. Deficiencia MODERADO Media, regular 25-49%
4. Deficiencia GRAVE Mucha, extrema 50-95%
5. Deficiencia COMPLETO total 96-100%

2.1.1.2. Tipos de discapacidad

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado discapacitante.

Partiendo de esta distinción básica promovida por la OMS a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se puede identificar numerosas clases de deficiencia asociadas a las distintas discapacidades.

Para identificar las características de los grandes grupos se ha recurrido a esa misma fuente agrupando las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran heterogeneidad que existe dentro de cada uno.

a. Las deficiencias físicas

Es cierto que esta categoría, tanto como las correspondientes a los trastornos mentales y sensoriales, no es enteramente precisa, sino más bien un esquema que responde a objetivos de delimitación dentro de un espectro amplio. No obstante, su uso puede ayudar a comprender la compleja realidad de las discapacidades.

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.

En todos los casos de deficiencias de carácter físico el eje problemático en torno al cual se estructura la trama de la integración (deficitaria) es la autonomía personal, ya que aunque en cada etapa del ciclo vital las expectativas en torno a la autonomía son distintas, como también lo son entre las personas que no padecen discapacidad, se trata de un elemento esencial desde el punto de vista de la calidad de vida. Pues bien, hablar de autonomía supone referirse a ámbitos tan variados como el laboral, el educativo, la comunicación social y por supuesto la accesibilidad, que aglutina a todas estas facetas vitales. La escasa participación en actividad y empleo, el déficit y el desajuste educativo, así como la sobreprotección familiar, que redundan en la falta de autonomía, son problemas comunes a todas las personas con discapacidad. Pero tal vez se manifiesten de forma especialmente reconocible en términos de accesibilidad en aquellas personas que tienen muy reducida su capacidad de movimiento, como los usuarios de sillas de ruedas.

b. Las deficiencias mentales

Como ocurre con el resto de los colectivos, el integrado por las personas con deficiencias mentales es de difícil cuantificación, entre otras razones por la falta de precisión en la determinación de sus límites.

Concretamente la EDDDES (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud) incluye en la categoría de deficiencia mental el espectro del retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales. En esta última recoge trastornos tan diversos como el autismo, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros. La falta de acuerdo en torno a la idoneidad de la inclusión de algunos de éstos últimos en categorías distintas y sobre todo la imposibilidad de realizar su cuantificación de manera aislada, hace ineludible una exploración previa del conjunto, considerando la categoría 'otros trastornos' como enfermedades mentales.

c. Las deficiencias sensoriales

Al igual que en los casos de los grupos anteriores, al hablar de deficiencias sensoriales es necesario recordar que las categorías de análisis presentan limitaciones en la descripción de la realidad para la que se aplican.

No obstante, asumiendo los criterios de clasificación empleados en la encuesta, son útiles como aproximación al tamaño y sobre todo a la composición del colectivo resultante. La categoría 'deficiencias sensoriales' incluye, para los fines de este estudio a quienes presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje.

Dentro del grupo de las deficiencias sensoriales se incluyen, como se ha dicho, colectivos afectados por trastornos de distinta naturaleza. Las deficiencias auditivas presentan a su vez distintos grados, desde las hipoacusias (mala audición) de carácter leve hasta la sordera total prelocutiva y postlocutiva, y los trastornos relacionados con el equilibrio.

A estas diferencias se unen las distintas estrategias técnicas y comunicativas empleadas por quienes padecen deficiencias auditivas (lenguaje de signos, implantes cocleares o audífonos), configurando un colectivo de rasgos muy heterogéneos, tanto por sus perfiles orgánicos como por sus estrategias de integración. El otro gran colectivo incluido en la categoría de deficiencias sensoriales lo constituyen las personas con trastornos visuales.

2.1.1.3. Causas de la discapacidad

Son muchos los factores, pero estos pueden ser antes del nacimiento, durante el parto o por accidentes. De algunas enfermedades discapacitantes se desconoce el origen, pero la mayoría se deben a múltiples factores entre los que se encuentran:

- Problemas genéticos, cuando alguno de las células sexuales al fusionarse para dar origen a una nueva vida, presentan algún problema en sus cromosomas.

- Problemas congénitos, surgidos durante el embarazo, por accidentes o enfermedades de la madre o por medicamentos o drogas consumidas principalmente por la madre.
- Complicaciones durante el parto o por un parto mal atendido.
- Por accidentes cuyos efectos hayan lesionado el cerebro, la columna vertebral o los nervios de alguna parte del cuerpo.
- Por el uso y consumo de algunas drogas que afectan el sistema nervioso central.
- Por daños orgánicos en alguno de los órganos de los sentidos, principalmente en los ojos o los oídos.

2.1.1.4. Consecuencias emocionales

Considerar la discapacidad como un castigo impide la aceptación. Lo que se requiere en primera instancia es que la persona con discapacidad crezca de manera individual. En la medida en que se da la aceptación se aprende a vivir con la nueva realidad.

A nivel interno, la aceptación es una carrera de resistencia en la que es necesario administrar fuerza y generar actitudes emocionales específicas que fortalezcan el reto a la vida. Quienes viven con una discapacidad a veces sienten la necesidad de compararse con quienes les rodean; sin embargo, las comparaciones pueden generar sentimientos que bloquean el proceso de aceptación.

Es importante resaltar que, en el difícil proceso de la aceptación, la limitación más importante es la discapacidad emocional ya que la imagen desvalorizada genera una imagen negativa de uno mismo. Esto puede convertirse en una gran loza, una cadena que impida construir una nueva vida. Por lo general, la persona con discapacidad tiene un concepto pobre de sí misma y vive con sentimientos de inferioridad y culpa, lo cual la lleva a no aceptarse y sentirse incapaz de establecer una relación de intercambio con los demás.

Las familias en las que hay un miembro con discapacidad modifican su forma de hacer las cosas, alteran sus horarios de comida, de reposo y de trabajo. Ello puede afectar las relaciones familiares en formas inesperadas. La clave está en reconocer y trascender el dolor, en compartir el proceso personal y encontrar formas de hacer más llevaderas las principales fuentes de estrés que enfrenta la familia.

La familia es un factor fundamental para que el individuo con discapacidad logre una vida plena, independientemente de su edad y condición. Es en la familia donde las personas con discapacidad buscan el ánimo y la confianza para encarar sus desventajas. Una institución jamás tendrá el efecto acogedor y alentador que por naturaleza posee la familia, ya que ésta es el espacio en el que se otorga seguridad individual, donde se establecen los vínculos fundamentales que permiten desarrollar proyectos y enfrentar la adversidad con ánimo y esperanza; es el ámbito que ayuda a convertir las debilidades en fortalezas. En síntesis, la familia es generadora de autoestima.

Es necesario ofrecerles oportunidades sociales y prácticas en la igualdad y no en la diferencia, que se pueden especificar en las siguientes líneas de actuación a nivel social y actitudinal:

- Se trata de que una persona con discapacidad viva situaciones afectivas y experiencias semejantes a los demás.
- Permitirle que se sienta útil e independiente dentro de los límites de su capacidad.
- Asignarle un papel social para desarrollar su propia estima e identidad.
- Reconocer el derecho a ser diferente.
- Reforzar el concepto de persona por encima de otros calificativos o etiquetas que podamos añadirle.
- Posibilitar la participación activa desde la igualdad de oportunidades en cualquier actividad propia de la sociedad concreta en que vive una persona.

2.1.1.5. Consecuencias sociales

El problema de la exclusión social de las personas con discapacidad, las cuales son etiquetadas, estigmatizadas, marcadas de por vida por el solo hecho de ser diferentes y colocadas en una posición de inferioridad. Esto ha generado, actitudes de rechazo, lástima, angustia, incomodidad y conductas de sobreprotección familiar, lo que conduce a tratarlos como personas incapaces de valerse por sí mismas, potenciarse y desarrollarse.

Así entonces los sujetos con discapacidad, siendo en teoría sujetos con los mismos derechos que los demás, se ven impedidos de ejercerlos por las conductas de discriminación que la sociedad les manifiesta, haciéndoles sentirse como "ciudadanos de segunda clase".

Destacamos entonces que la principal problemática del tema de la discapacidad es la situación de exclusión social en diferentes instancias y pobreza en la mayor parte, dada la inexistencia de igualdad de oportunidades a las cuales se ven enfrentados los sujetos con discapacidad ya sea física, mental y sensorial.

Podemos ver así que en las condiciones generales de vida se van entrecruzando múltiples factores limitantes que no permiten un desarrollo normal y conveniente para los sujetos con discapacidad. La ignorancia, el miedo, el abandono, la lastima son factores sociales que se han presentado a lo largo de toda la historia en relación al tema de la discapacidad, lo cual genera los conflictos educacionales, laborales, participativos, culturales entre otros que afectan directamente la integración social de sujetos discapacitados.

En el campo de la discapacidad, la integración se refiere al proceso de incorporar física y socialmente dentro de la sociedad a las personas con discapacidad, que se encuentran segregadas del resto de ella. Señala los esfuerzos para hacer que las personas pasen a ser miembros activos de la sociedad, teniendo los mismos privilegios y derechos que las personas "normales".

Aunque en nuestro país no todas las personas con discapacidad están socialmente excluidas, la discriminación sistemática que experimentan y las barreras que tienen que afrontar en el contexto educativo, laboral y social, hace que sean mucho más vulnerables a dicho fenómeno que otros grupos.

Es de vital importancia manifestar que todas y cada una de las diferentes dimensiones de exclusión por las que atraviesan los sujetos con discapacidad, van a repercutir directa e indirectamente en la familia y su entorno, ya que cabe destacar que existe una mayoría de personas con discapacidad que viven en familia.

Así por ejemplo la exclusión a nivel educacional ira a repercutir en la formación integral (capacidades, talentos y potencialidades) del sujeto, lo que va en desmedro de su proceso de socialización y de su propia formación para el trabajo.

También hay que observar que las barreras, físicas, arquitectónicas o sensoriales así como la falta de adaptación de los medios de trabajo a las diferencias del discapacitado se constituyen, indirectamente, en un importante factor de exclusión.

Las diversas carencias y conflictos que se han planteado repercute en diversas actividades de la vida diaria de los sujetos discapacitados, impidiendo el desarrollo de habilidades y potencialidades e incluso de lograr una mejora en su calidad de vida, lo cual hace que la persona con discapacidad tenga aún más elevado su nivel de dependencia a otros, los cuales generalmente son miembros del grupo familiar.

Así la situación de desventaja en la que se halla una persona con discapacidad debe ser entendida no sólo por las secuelas de su deficiencia o daño sino, además, por la manera en que reacciona la comunidad y por las alternativas que ofrece a la formación y a la participación de la persona "diferente"

2.1.1.6. Consecuencias familiares

Partimos diciendo, que la familia es la base fundamental de la sociedad. En muchas familias, el nacimiento de un niño discapacitado rompe la unidad familiar y en otras ocasiones generan lazos que jamás se rompen.

A finales de la década de los 60 se consideraba a los niños con discapacidad como enfermos de salud e inútiles, que obligatoriamente debían estar a cargo de sus familias en lugares apartados, siendo privados de sus espacios escolares, familiares, comunitarios y de recreación.

El estado en su papel ha asumido sus obligaciones, pero ha ido dejando de lado la capacitación y sensibilización que requieren las familias, para la comprensión de la discapacidad. Socialmente se ha concebido al niño con discapacidad como un ser incapaz, objeto de compasión y de acciones paternalistas sin tener en cuenta que son niños que poseen capacidades y habilidades y que si pueden hacer muchísimas cosas que quizá nosotros no imaginamos.

a. Desintegración familiar

La familia juega un rol indispensable en el discapacitado, ya que independientemente de su discapacidad los niños ríen, lloran, necesitan afecto, lo dan y lo crean, buscando que se les brinden alternativas, para que puedan ser “normales” y así poder ser aceptados por la sociedad. Cuando hablamos de familia, sabemos que es el principal lazo de unión que puede tener un niño con discapacidad, existen dos tipos: las familias funcionales y las disfuncionales.

Cuando hablamos de familias funcionales hacemos referencia a aquellas familias conformadas por padre, madre, hijos y abuelos o tíos si se trata de familias extensas. Las familias disfuncionales, son aquellas en donde el padre o madre han tenido que asumir la responsabilidad de crianza, económica, educativa, entre otras.

Un niño con discapacidad no necesariamente hace que la familia sea disfuncional, pero su aparición puede llegar a desequilibrar a la familia, siempre y cuando no se hallan preparado con

anterioridad para asumir este suceso; es ahí el momento en el que el conocimiento, la información, la educación, el apoyo, el reconocimiento de los derechos, el ejercicio de los mismos se hace necesario para que el niño con discapacidad no se convierta en un estorbo u obstáculo para el buen desarrollo familiar.

Según la psicóloga Silvia Afanador (1994), quien ha tenido experiencia en el desarrollo de programas de intervención con familias con individuos con Síndrome de Down: “es primordial que antes de asumir posturas o seguir patrones de crianza, los padres se deberían hacer preguntas como: ¿Cuál es mi actitud frente a la discapacidad?, ¿Qué significa para mi historia de vida tener un hijo con discapacidad?, ¿Qué necesito como padre para poder educar a un hijo con discapacidad?, ¿Cómo vamos a organizarnos como pareja y como familia para asumir la educación y rehabilitación de este hijo? ; a partir de dichas preguntas se puede elaborar un duelo frente a la pérdida de un hijo sano y los sentimientos que genera un hijo con discapacidad”.

En las familias en las que encontramos niños con discapacidad, existen relaciones erróneas como: La Relación Culposa, en donde los padres son permisivos con el niño por sentirse culpables de la discapacidad. Relación de Sobre Exigencia, en donde los padres creen que el niño tiene que sobresalir por encima de los demás.

Para finalizar destacamos que las pautas de comportamiento se adquieren primeramente en el hogar, es allí donde se educa, se imponen las reglas y se acuerdan los límites, explicándole al niño el porqué de cada una de las instrucciones; dándole un lugar en la familia sin ser preferencial ni excluyente.

b. Depresión

La depresión es una respuesta emocional y conductual patológica a las vivencias del duelo. Como sabemos una situación de discapacidad es una pérdida que necesariamente origina un duelo que todos debemos elaborar para que ésta no maneje nuestra existencia y nos lleve al estancamiento.

En la depresión existe una falta de realidad. Se vive el pasado y se niega el presente. Existen metas ilusorias que no corresponden con la realidad y que al ser derrumbadas la persona se hunde más. Un ejemplo claro de ello es cuando la persona tras haber adquirido una discapacidad enmarca su pensamiento y con él su actitud en la creencia de que su situación es pasajera y por ello concentra toda su energía en su recuperación y en hacer de su rehabilitación algo que lo lleve a SER como ANTES. Pero cuando se da cuenta de su realidad corporal, es decir, que las neuronas afectadas no se regeneran y que por ello su movilidad y sensibilidad no van a ser como en el pasado aparece pues la depresión. Es por ello que la persona que vive una depresión, vive en su pasado y niega el presente, no lo acepta.

Pero la depresión no es algo que aparece de la nada en contra de la voluntad de cada individuo. De esta la persona es totalmente responsable pero no consciente de ello, ya que es preferible creer que es una enfermedad que les da a las personas por culpa de una situación que es ajena más no porque esa fue la manera en que eligió responder a su vivencia.

En la discapacidad aparece una situación importante y es la responsabilidad del individuo para asimilar su nueva condición que todos sabemos que es nacer de nuevo cuando la discapacidad es adquirida, o asimilar una condición de diferencia en la manera de realizar rutinas diarias con respecto a las personas que no tienen discapacidad refiriéndome a las personas que nacen con ella. En este sentido, la depresión aparece como una forma extrema de la persona de rehuir su responsabilidad, o sea, la responsabilidad propia de encarar lo que le sucede y aceptarlo. Así las cosas, el depresivo no actúa si no que vegeta, es como si estuviera más muerto que vivo, lo que llamamos muerto en vida. Pero a pesar de su negativa a encarar activamente la vida, a través de los sentimientos de culpabilidad sigue teniendo que afrontar la responsabilidad solo que de forma dañina para su sí mismo.

También la agresividad es otro aspecto que aparece en la depresión de la siguiente manera: la agresividad que no es conducida hacia el exterior, se vuelca hacia sí mismo y se vivencia en el interior del ser humano convertida en dolor corporal y/o emocional (esta acción es llamada retroflexión). Así, la agresividad reprimida en el aspecto psíquico conduce a la depresión que

conlleva no solo sentimientos de culpabilidad si no también numerosos síntomas somáticos que la acompañan con sus dolores difusos. Esta agresividad dirigida contra uno mismo encuentra su expresión más clara en el suicidio, donde cabe preguntar hacia quien se dirige en realidad ese propósito. Las úlceras por presión o escaras son otro ejemplo muy real de la agresividad dirigida hacia sí mismo, donde cabe la pregunta ¿a quién o a qué quería realmente desgarrarle la piel? Entonces, la persona deprimida retroflexiona su expresión o la vuelve hacia sí mismo, al no poder manifestar su insatisfacción, su miedo o su ira con la situación que vive. Es por ello que siempre va a ser mejor hacerle frente a la discapacidad aceptándola y asumiéndola ya que evitarla sugiere mayor energía y esfuerzo que al final termina acabando con la persona.

c. Etapas de adaptación

La adaptación a la discapacidad ha sido descrita como una serie de etapas o tareas importantes. Estas etapas son normales y esperables, sin embargo, no se presentan nítidas, ni en un orden específico. Las personas difieren en cómo avanzan a través de estas etapas. Algunos avanzan más rápido que otros, algunos pueden saltar una etapa o recorrerlas en un orden diferente. Las dificultades en la adaptación existen cuando el individuo tiene problemas para resolver una de estas etapas o se queda estancado en una de ellas, deteniendo así el avance hacia la fase final de la aceptación. La adaptación es un proceso a lo largo de la vida. Los aspectos emocionales de la discapacidad pueden ser un factor importante en la determinación de los resultados y beneficios de todos los esfuerzos de rehabilitación. Mientras que varias etapas han sido descritas en la literatura, las siguientes son las más comúnmente descritas:

1. Incertidumbre: Cuando los síntomas aparecen por primera vez pero el individuo no ha sido diagnosticado, puede sentirse preocupado y confundido. Puede preguntarse: “¿qué está mal conmigo, y qué me va a pasar?”. Dado que muchas discapacidades tienen una naturaleza cambiante e impredecible, la incertidumbre puede no quedar nunca completamente resuelta. Los planes a futuro pueden necesitar ser continuamente revisados.

2. Shock: El shock se refiere a un estado de aturdimiento, que puede ser, tanto psíquico, como emocional. El shock es una reacción al trauma, tal como el escuchar un diagnóstico. Puede durar desde unos breves momentos, hasta algunos días, o aún más. El individuo es incapaz de comprender la magnitud o severidad de la discapacidad o sus efectos.
3. Negación: La negación es inicialmente una reacción normal o un necesario mecanismo de defensa. Protege al individuo de abrumarse psicológicamente; asegura que no hay depresión. La negación es nociva sólo cuando interfiere con el tratamiento o los esfuerzos de rehabilitación. Con el tiempo, la negación debe "suavizarse", esto es, el individuo reconoce emocionalmente que ha ocurrido una pérdida.
4. Depresión/pena/duelo: La negación lleva gradualmente a un más completo reconocimiento de la pérdida; en este punto emergen la pena y la depresión. Junto con ella puede ocurrir una baja en la autoestima. Estos sentimientos se consideran una reacción normal a una pérdida real, tal como una enfermedad o la pérdida de una parte o una función del cuerpo. Los sentimientos de depresión pueden incrementarse porque las respuestas de otras personas, antes gratificantes, pueden disminuir. La depresión puede expresarse como hostilidad externada y culpa frecuentemente dirigida contra los miembros de la familia. Se ha dicho que la pena es la más dolorosa de todas las emociones humanas; al mismo tiempo, se ha descrito como la más "curativa". El individuo puede afligirse su imagen corporal, por la función, por las satisfacciones previas que pueden ahora ser negadas, y por la pérdida de expectativas futuras basadas en la función.
5. Aceptación: La aceptación no implica ser feliz con respecto a la discapacidad. Más bien se refiere al abandono de falsas esperanzas y a la exitosa adaptación a los nuevos roles que basados en las limitaciones realistas y los nuevos potenciales. El individuo continúa con su vida cotidiana. La discapacidad se contrae en importancia y otros aspectos de la vida crecen en significación. El individuo se siente cómodo con el sí mismo cambiado.

2.2. Psicopatología

El término psicopatología, etimológicamente *psyché psyjé*: alma o razón; *páthos pazos*: enfermedad, *logía* o *logos*, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

1. Como designación de un área de estudio: aquella área de la salud que describe y ordena los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.
2. Como término descriptivo: aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.
3. Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica, se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados no-sanos en el proceso mental. El papel del aprendizaje, análisis de la conducta Psicología conductista o cualquier otro proceso cognitivo permite explicar los estados no-sanos de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud.

El término psicopatología puede ser usado también para denotar conductas anormales, pero que sólo puede ser entendida como trastorno en la individualidad de esta persona. Existe psicopatología pero el término por sí solo no explica el problema, sino que describe la presencia del problema. Este enfoque suele trabajar con criterios psicopatológicos y entiende que la normalidad y anormalidad se distribuyen en un continuo, no de forma dicotómica. En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatomías, podría ser clasificada de psicopatología.

Es preciso diferenciar la psicopatología con problemas orgánicos bien identificados como los problemas de atención y ánimo por hipotiroidismo de aquellos donde tales problemas son hipotéticos y el aprendizaje parece ser un agente explicativo fundamental como la depresión por causa psicológica. La psicopatología hace referencia, bien a los síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica con una clara explicación biológica, como en el caso del hipotiroidismo, o bien a los síntomas de trastornos psicológicos, o bien a estados contrarios a la salud mental mediante determinados procesos mentales.

2.2.1. Los modelos en psicopatología

Para el estudio de la psicopatología, se han dado diferentes enfoques y/o modelos para dar una explicación a éste, como lo son: el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico, el conductual, el cultural, el humanista, el cognitivo, el existencial, el social, el evolucionista y el constitucional.

2.2.1.1. Modelo psicodinámico

El modelo psicodinámico es impulsado por la teoría de personalidad de Freud (1856-1939). Bajo este modelo se asume que los desordenes psicológicos son el resultado de la ansiedad ocasionada por una serie de conflictos sin resolver y fuerzas inconscientes en el ser humano que al entrar en constante lucha pueden conducir estados de malestar. Esto bajo la premisa de que la psicopatología como tal aparece cuando el individuo intenta usar muchos mecanismos de defensa y estos fallan.

Los conflictos son ocasionados por tres fuerzas: el id que consiste en los instintos inconscientes, el ego que consiste en una especie de mediador entre el id y la realidad, el súper ego que son todos los estándares morales de la sociedad que envuelve a el individuo. Cuando el ego teme que perderá un conflicto se protege a si mismo usando la ansiedad como mecanismo de defensa, el uso exagerado de mecanismos de defensa produce psicopatología. Otros desordenes son ocasionados por experiencias emocionales que se asocian a pérdidas durante la infancia.

El tratamiento por lo regular ayuda al paciente a recobrar la sanidad con respeto a su motivación y conflictos, de manera que la persona puede tener un modo de vida normal.

Los procesos psicológicos constituyen la causa fundamental de los problemas mentales y psicosomáticos. Las tres principales orientaciones teóricas que cubren de manera más completa el panorama de la psicopatología científica actual: perspectiva biomédica, conductual y cognitiva.

2.2.1.2. Modelo biológico

La perspectiva biológica, también llamada biomédica o médica, fisiológica o neurofisiológica en este el trastorno mental se concibe como una enfermedad, igual a cualquier otra enfermedad física. Alteraciones psicopatológicas que se producen porque existen anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas y neurológicas).

El modelo médico de los trastornos psicopatológicos, se fundamenta en una serie de conceptos centrales que contribuyen a configurar los componentes básicos de su estructura:

- Signo: Indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo.
- Síntoma: Indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional. Unidad mínima describable en psicopatología. Estos se pueden clasificar en:
 - Primarios: Nos orientan hacia un diagnóstico determinado.
 - Secundarios: No cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado.
- Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. Agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas.
- Enfermedad mental (entidad nosológica): Estructura totalizante en la que adquieren sentido los fenómenos particulares, y dota de recursos explicativos al médico para comprender desde los factores etiológicos del trastorno hasta la validez del pronóstico, aumentando, la eficacia del tratamiento.



- Discontinuidad entre lo normal y lo anormal: El trastorno mental, al ser considerado como una enfermedad, se clasifica y diagnostica de criterios categoriales.

2.2.1.3. Modelo conductual

Los dos factores primarios que determinaron el surgimiento del modelo conductual en psicopatología son:

- a) Madurez alcanzada por la psicología del aprendizaje (aplicación de principios del condicionamiento clásico y operante al control de la conducta anormal).
- b) Insatisfacción con el estatus científico y modus operandi del modelo médico respecto a la conducta anormal.

La misma evolución histórica de la perspectiva conductual, ha dado lugar a diferentes orientaciones o submodelos que se asumen y aplican alternativamente en la actualidad, desde la concepción de la propia conducta anormal como en el campo aplicado de la modificación de conductas.

La constitución del modelo conductual (o conductista) sobre la conducta anormal, corrió paralelo al desarrollo de la modificación de la conducta (o terapia de conducta).

J. B. Watson obtuvo influencia de dos conceptos fundamentales: uno metodológico (objetivismo) y otro teórico (el condicionamiento como eje principal de la conducta). Además, situó al conductismo como única alternativa psicológica; las unidades de análisis del conductismo son variables objetivas (observables). Así, el condicionamiento se convirtió en un concepto central para explicar los mecanismos de la conducta compleja.

2.2.1.4. Modelo cognitivo

Los temas centrales de la psicología cognitiva actual, son el estudio de la conciencia y la actividad mental, que son los procesos mentales superiores del individuo.

La denominada “cognición social” (o psicología social cognitiva) resulta un marco de trabajo imprescindible para el psicopatólogo, puesto que si pretende comprender cómo y por qué se producen los problemas y anomalías que presentan las personas, no puede olvidar que son seres sociales. Estudiar como se registran, elaboran y recuperan los estímulos sociales, tales como la información acerca de uno mismo y de los demás, y cuáles son los contenidos de esos estímulos.

2.2.2. Principales trastornos psicopatológicos

Entre los principales trastornos estudiados se hará un enfoque analítico de los siguientes

2.2.2.1. Trastornos de las conductas motoras

Los trastornos del desarrollo psicomotor son muy difíciles de definir. Reflejan siempre alteraciones en las que se ven afectados varios aspectos del desarrollo del niño; de ahí la importancia de intervenir cuanto antes, pues el trastorno puede ir repercutiendo negativamente en otras áreas del niño, agravando y comprometiendo el desarrollo del niño.

Se puede decir que, de modo general, los trastornos psicomotrices están muy ligados al mundo afectivo de la persona; de ahí, que en la valoración se deba contemplar la globalidad del individuo.

El psicomotricista, como finalidad del tratamiento, buscará que el niño consiga un mayor dominio sobre su propio cuerpo y, por tanto que logre más autonomía; el trabajo terapéutico se

hará incidiendo tanto sobre el propio cuerpo como sobre las relaciones que éste establece con el entorno.

Las manifestaciones de cada trastorno son muy individuales de cada caso, pese a caracterizarse por unos rasgos básicos comunes. Un examen profundo y completo es básico para detectar las deficiencias y trabajar sobre ellas.

Algunas manifestaciones de estos trastornos son:

2.2.2.1.1. Debilidad motriz

Básicamente, estos niños siempre presentan tres características:

1. torpeza de movimientos (movimientos pobres y dificultad en su realización).
2. paratonía: el niño no puede relajar el tono de sus músculos de forma voluntaria; incluso en vez de relajarlos, los contrae exageradamente. Este rasgo es el más característico de este trastorno.
3. Sincinesias.

A veces, también presentan inestabilidad motriz, tics y tartamudeo. Este trastorno afecta a diferentes áreas del niño: al afectivo, la sensorial, al psíquico y al motor,

Será muy importante realizar un buen diagnóstico que discrimine si el niño sufre una "debilidad motriz" o se trata de otro trastorno psicomotor, para enfocar correctamente el tratamiento o reeducación.

2.2.2.1.2. Inestabilidad motriz

El niño con inestabilidad motriz es incapaz de inhibir sus movimientos, así como la emotividad que va ligada a éstos. Es incapaz de mantener un esfuerzo de forma constante; se muestra muy disperso.

Suele predominar la hiperactividad y las alteraciones en los movimientos de coordinación motriz. Hay una constante agitación motriz.

Suele tratarse de un niño problemático y mal adaptado escolarmente; presenta problemas de atención, de memoria y comprensión, así como trastornos perceptivos y de lenguaje; el propio fracaso escolar aumenta su desinterés por los aprendizajes. Ya hemos dicho anteriormente que se desencadena toda una secuencia de alteraciones que recaen a su vez sobre otras.

2.2.2.1.3. Inhibición motriz

El niño inhibido motrizmente suele mostrarse tenso y pasivo. Muestra como un temor a la relación con el otro, a la desaprobación, y ello le hace "no hacer", "inhibir" lo que serían los amplios movimientos corporales que le harían demasiado "visible".

2.2.2.1.4. Retrasos de maduración

Se valorará en relación al desarrollo motor de un niño normal o estándar; pero también deberán valorarse otros factores (además del psicomotor), afectados por esta "dinámica madurativa".

Probablemente, encontraremos también como características de este retraso un niño con inmadurez afectiva, actitud infantil y regresiva, dependencia y pasividad.

2.2.2.1.5. Disarmonias tónico-motoras

Nos referimos a alteraciones en el tono: hay una mala regularización del mismo.

Puede darse en individuos con un buen nivel motor. Tienen que ver con las variaciones afectivas, con las emociones.

Algunas de ellas son:

1. Paratonia: el individuo no puede relajarse y el pretenderlo aumenta más su rigidez.
2. Sincinesia: son movimientos que se realizan de forma involuntaria, al contraerse un grupo de músculos, al realizar otro movimiento sobre el que centramos nuestra atención. Por ejemplo, mientras el niño escribe saca la punta de la lengua. Tiene que ver con cierta inmadurez sobre el control del tono. Suele ser algo normal hasta los 10-12 años, edad en la que van desapareciendo. Por sí mismas no son un trastorno, sino que suelen formar parte de algún otro problema.

2.2.2.1.6. Trastornos del esquema corporal

En estos trastornos se diferencian dos grupos:

1. los trastornos referentes al "conocimiento y representación mental del propio cuerpo"
2. los trastornos referidos a la "utilización del cuerpo" (de la orientación en el propio cuerpo y, desde éste, del espacio exterior; y de una inadecuada utilización del mismo en su relación con el entorno). Es donde se encuentran la mayoría de los problemas. Los orígenes de éstos pueden encontrarse en esas primeras relaciones afectivas del niño con su entorno; ello demuestra, una vez más, la estrecha relación entre la afectividad y la construcción del esquema corporal.

Dentro de este grupo de trastornos, se encuentran:

1. Asomatognosia: el sujeto es incapaz de reconocer y nombrar en su cuerpo alguna de sus partes. Suele esconder alguna lesión neurológica. La Agnosia digital es la más frecuente en los niños: éste no es capaz de reconocer, mostrar ni nombrar los distintos dedos de la mano propia o de otra persona. Suelen haber otras alteraciones motrices acompañando a ésta.

2. Trastornos de la lateralidad: estos trastornos son, a su vez, causa de alteraciones en la estructuración espacial y, por tanto, en la lectoescritura (y, de ahí, al fracaso escolar). Los más frecuentes son:
- a) Zurdería contrariada, aquellos niños que siendo su lado izquierdo el dominante, por influencias sociales pasa a encubrirse con una falsa dominancia diestra. La zurdería en sí no es un trastorno; sí el imponer al niño la lateralidad no dominante para él.
 - b) Ambidextrismo: el niño utiliza indistintamente los dos lados de su cuerpo para realizar cosas; también origina serios trastornos espaciales en el niño y en sus aprendizajes.
 - c) Lateralidad cruzada: también origina problemas de organización corporal. Cuando el niño no tiene una lateralidad claramente definida, hay que ayudar a resolverlo en algún sentido.

2.2.2.1.7. Apraxias infantiles

El niño que presenta una apraxia conoce el movimiento que ha de hacer, pero no es capaz de realizarlo correctamente. Se trata de un trastorno psicomotor y neurológico.

Existen muchos tipos de apraxias, y reciben nombre en función de la localización de su incapacidad:

- Apraxia ideatoria: en este caso, para el niño resulta imposible "conceptualizar" ese movimiento.
- Apraxia de realizaciones motoras: al niño le resulta imposible ejecutar determinado movimiento, previamente elaborado. No hay trastorno del esquema corporal. Se observan movimientos lentos, falta de coordinación.
- Apraxia constructiva: incapacidad de copiar imágenes o figuras geométricas. Suele haber una mala lateralidad de fondo.
- Apraxia especializada: sólo afecta al movimiento realizado con determinada parte del cuerpo.

- Apraxia facial: referente a la musculatura de la cara.
- Apraxia postural: referente a la incapacidad de realizar ciertas coordinaciones motrices.
- Apraxia verbal (el sujeto comprende la orden que se le da, pero motrizmente es incapaz de realizarla).
- Planotopocinesias y cinesias espaciales: el niño muestra gran dificultad en imitar gestos, por muy simples que éstos sean, ya que ha perdido los puntos de referencia fundamentales (de arriba-abajo, derecha-izquierda.). El esquema corporal está muy desorganizado.

2.2.2.1.8. Dispraxias infantiles

Se trata de apraxias leves. Dentro de las dispraxias hay también diversos grados de afectación.

El niño "dispráxico" tiene una falta de organización del movimiento.

Suele confundirse, a veces, con la "debilidad motriz"; de ello depende un buen diagnóstico.

No hay lesión neurológica. Las áreas que sufren más alteraciones son la del esquema corporal y la orientación témporo-espacial. Aunque el lenguaje suele no estar afectado, el niño con dispraxia presenta fracaso escolar, pues la escritura es de las áreas más afectadas.

2.2.2.1.9. Tics

Son movimientos repentinos, absurdos e involuntarios que afectan a un pequeño grupo de músculos y que se repiten a intervalos. Generalmente, no tienen como causa ninguna lesión de tipo neurológico.

Desaparecen durante el sueño. Suelen aparecer entre los 6 y los 8 años y muchas veces lo hacen en la pubertad. Hay mucha variabilidad. Suelen parecerse a gestos utilizados comúnmente.

Pueden clasificarse según la parte del cuerpo en la que se localiza:

1. tics faciales (son los más frecuentes)

2. tics de la cabeza y cuello
3. tics del tronco y de los miembros
4. tics respiratorios (resoplidos, aspiraciones)
5. tics fonatorios (gruñir.)

Una persona puede tener un solo tic o varios; en este último caso suelen realizarse siempre en el mismo orden; también hay quien los hace simultáneamente.

Aunque pueden ser controlados voluntariamente durante determinado tiempo, factores como la presencia de otras personas, las situaciones de estrés emocional, tienden a desencadenarlo y/o aumentarlo.

El tratamiento aplicado deberá adaptarse a la personalidad del niño; a partir de ello, el especialista infantil determinará si es conveniente prescribir medicación, realizar un tratamiento psicomotriz, entrar en psicoterapia, un tratamiento conductual o una combinación de ellas.

Asimismo se orientará a la familia para que proceda a ayudar al niño de la forma más conveniente, ya que el medio familiar en el que se desenvuelve un niño con tics suele ser tenso y lleno de hábitos perfeccionistas. La familia deberá evitar "estar encima" del niño cada vez que haga el tic y, sobre todo, no culpabilizarlo ni reprimirlo.

2.2.2.2. Trastornos del habla

Los trastornos del habla se refieren a varias afecciones en las cuales la persona tiene dificultad para comunicarse por vía oral.

2.2.2.2.1. Causas, incidencia y factores de riesgo

El habla es una de las formas primarias con la que las personas se comunican con quienes se encuentran a su alrededor y es una forma efectiva de vigilar el crecimiento y desarrollo normales, así como de identificar problemas potenciales.

1. Las disfluencias son trastornos del ritmo usualmente caracterizados por la repetición de un sonido, una palabra o frase. El tartamudeo es quizás la disfluencia más seria.
2. Las deficiencias en la articulación implican sonidos que se producen de manera incorrecta o inapropiada.
3. Los trastornos de la voz implican anomalías en la calidad, el tono y volumen del sonido.

Existen muchas causas potenciales del deterioro del habla y la más común es el retardo mental.

Otras causas pueden abarcar:

- Trastorno por déficit de atención (TDA)
- Autismo
- Parálisis cerebral
- Paladar hendido
- Síndrome del maullido del gato
- Trastornos del paladar
- Síndrome de Gilles de la Tourette
- Hipoacusia
- Dificultades de aprendizaje
- Trastornos neurológicos, incluyendo accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson y ELA
- Esquizofrenia
- Anquiloglosia
- Lesión en las cuerdas vocales

El retardo en el desarrollo del habla es uno de los síntomas comunes en los niños con retraso en el desarrollo y se presenta en un 5 a 10% de todos ellos. Los niños tienen una probabilidad 3 ó 4 veces mayor que las niñas de presentar trastornos del habla.

2.2.2.2.2. Síntomas

a. Disfluencia:

- Repetición de sonidos, palabras o frases después de los 4 años de edad
- Frustración al intentar comunicarse
- Sacudidas de la cabeza al hablar
- Pestañeo al hablar
- Vergüenza al hablar

b. Deficiencia en la articulación:

- Habla ininteligible a la edad de 3 años
- Omisión de las consonantes al comienzo de las palabras a la edad de 3 años
- Omisión de las consonantes al final de las palabras a la edad de 4 años
- Problemas persistentes en la articulación después de los 7 años
- Omisión de sonidos donde deben ocurrir
- Distorsión de sonidos
- Sustitución de un sonido correcto por uno incorrecto

c. Trastornos de la voz:

- Desviaciones en el tono de voz
- Desviaciones en el volumen y calidad de la voz

d. Signos y exámenes

- Evaluación de la Articulación de Denver (*Denver Articulation Screening Examination*)
- Escala de Desarrollo del Lenguaje Temprano (*Early Language Milestone Scale*)
- Prueba de Denver II (*Denver II*)
- Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (*Peabody Picture Test Revised*)

2.2.2.2.3. Tratamiento

El mejor tratamiento es la prevención e intervención oportunas por parte de un logopeda. El entrenamiento para el habla es un esfuerzo que requiere de dedicación y tiempo y puede producir muy buenos resultados si es consistente y continuado.

La terapia del habla y del lenguaje es el tratamiento para la mayoría de los niños con discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las discapacidades en el habla se refieren a problemas con la producción de sonidos, mientras que los problemas con el aprendizaje del lenguaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas.

El propósito principal de ésta área es promover las destrezas de comunicación funcionales de acuerdo al potencial sensorial, perceptual y motor del participante. Ofrece además, evaluación y recomendación de equipo en el área de ayudas aumentativas y/o alternas. Se realizan evaluaciones y cernimientos en las áreas de:

1. Destrezas de comprensión y expresión del lenguaje
2. Destrezas de habla
3. Articulación
4. Voz y ritmo o fluidez al hablar

2.2.2.3. Trastornos de las funciones cognitivas

El trastorno de ciertas funciones mentales como la atención, la memoria o el comportamiento, condiciona la vida de quien lo padece y de las personas que viven a su alrededor. El paciente entra en un proceso de confusión que le impide valerse por sí mismo. Un diagnóstico y un tratamiento adecuado puede en muchos casos aumentar su autonomía y mejorar su calidad de vida y la de las personas de su entorno.

Un trastorno de la función cognitiva es la alteración de las funciones cognitivas, tales como memoria, orientación, lenguaje, atención, aprendizaje y conducta, que afecta a la actividad y a las relaciones sociales de quien lo padece.

Las funciones cognitivas son las encargadas de que podamos pensar, percibir y actuar. Así que, si estas funciones están alteradas, también lo estará el comportamiento de la persona que lo sufre y hará o dirá cosas totalmente inusuales.

2.2.2.3.1. Diferentes grados de alteración cognitiva

El grado de alteración es un aspecto muy importante a tener en cuenta para diagnosticar la posibilidad de rehabilitación del paciente.

Por lo general la padecen personas mayores o personas que empiezan a desarrollar otra enfermedad, en la que pueden aparecer síntomas de pérdida de facultades cognitivas.

Aunque no es necesario que aparezcan estos síntomas para diagnosticar enfermedades como Parkinson, Alzheimer, alcoholismo, esclerosis múltiple y deterioro motriz. Sin embargo suelen estar presentes y suelen variar según la intensidad y gravedad.

Según el grado de alteración se diferencia:

1. Trastorno de las funciones cognitivas asociado con la edad. Se refiere a fallos normales en las funciones cognitivas relacionados con el envejecimiento, fallos en la memoria, atención y lenguaje. Estas funciones no están lo suficientemente alteradas como para que se considere un problema de trastorno cognitivo. Se trata más bien de trastornos propios de la edad.
2. Deterioro cognitivo leve. Hay cierto grado de deterioro de alguna de las funciones cognitivas, pero no lo suficiente como para que necesiten la ayuda de los demás, pueden valerse por sí solos, continúan siendo autónomos pero necesitan realizar ejercicios o rehabilitación para intentar frenar el deterioro.
3. Deterioro cognitivo demencial. Cuando se producen altos niveles de deterioro. Se trata de personas dependientes que necesitan tratamiento farmacológico además de tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Qué hacer para prevenir el deterioro cognitivo

Para prevenir o retrasar la aparición del deterioro cognitivo, es fundamental tener voluntad y ser constantes en la realización de ejercicios que favorezcan las funciones cognitivas y que impiden que se atrofien.

Para ello, es aconsejable:

- Estar mentalmente activos. Ejercitar el cerebro realizando actividades mentales. No se trata de resolver grandes operaciones matemáticas ni de memorizar textos muy extensos, sino más bien se trata de estar mentalmente activos con actividades sencillas como las propias de la vida cotidiana, esforzándonos por llevarlas a cabo mientras sea posible. Así pues, leer el periódico, hacer la lista de la compra, llevar la contabilidad de la casa, hacer crucigramas y sopa de letras, son actividades que impiden que las funciones cognitivas se atrofien o disminuyan.

- Relacionarnos socialmente. Mantener una vida social activa. Es decir, hablar con los amigos, salir con ellos a merendar, cenar, quedar para pasear o hacer cualquier otro tipo de deporte, realizar juegos de mesa como dominó y cartas. Todas estas actividades nos ayudan a tener una vida ocupada y llena de actividades con las que inconscientemente estamos realizando ejercicios cognitivos. Además, hemos de tener en cuenta, que los amigos y las relaciones sociales nos aportan grandes beneficios afectivos.
- Estar informados sobre las noticias que suceden en nuestro país y fuera de él. Ver los telediarios, oír la radio y leer el periódico, son los mejores medios para estar informados sobre la actualidad y una buena forma para mantenernos mentalmente activos.

Si se observa un deterioro de alguna de las funciones cognitivas, se debe consultar lo antes posible con un especialista para que ponga un tratamiento o para que inicie al paciente en la realización de aquellos ejercicios de rehabilitación más apropiados para el déficit cognitivo que está empezando a sufrir. Un diagnóstico a tiempo es la mejor prevención.

2.2.2.3.2. Tratamiento

Se ha avanzado mucho respecto al tratamiento de personas que sufren de trastorno cognitivo. Actualmente se logra la rehabilitación y mejora de la mayoría de estas personas y se obtiene una mejor calidad de vida, tanto para ellas como para los familiares y personas que les rodean.

Cuando el deterioro es leve es suficiente realizar a diario ejercicios que favorezcan las funciones cognitivas. Se puede programar una hora determinada al día y un tiempo concreto para realizarlos.

Cuando existe un deterioro considerable, es fundamental seguir un programa de rehabilitación específico para la función cognitiva que esté afectada. Existen diferentes tratamientos según el área funcional afectada y según el grado de alteración.

Los distintos tipos de tratamiento que se ofrecen son los siguientes:

- Estimulación cognitiva.
- Estimulación motriz.
- Evaluación y diagnóstico neurológico.
- Tratamiento psiquiátrico o psicológico.
- Tratamiento farmacológico.
- Terapia ocupacional y talleres.
- Asesoramiento a familiares.
- Terapias de grupo.

2.2.2.4 El Retraso Mental

El concepto diagnóstico del retraso mental (RM), está constituido por bajo CI y déficits adaptativos, y fue desarrollado por la Asociación Americana de Retraso Mental en 1992, y en la DSM-IV dentro de los Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia. Actualmente se enfatiza la idea de que el retraso mental no es una característica innata de un individuo, sino el resultado variable de la interacción entre las capacidades intelectuales de la persona y el ambiente, es decir, la concepción actual se ajusta a un modelo biopsicosocial.

El 90% de los individuos con baja inteligencia están diagnosticados a los 18 años y requiere tres características:

1. Inteligencia por debajo del promedio (CI 70 o inferior).
2. Deterioro de la capacidad adaptativa.
3. Comienzo en la infancia.

El DSM-IV-TR subclasifica la gravedad del retraso mental basándose en puntuaciones de CI.

2.2.2.4.1. Descripción clínica

En el retraso mental se aprecia un enlentecimiento del desarrollo, en general en todas las áreas de funcionamiento, que se pone de manifiesto en las siguientes áreas:

Cognitivamente: puede existir una orientación hacia lo concreto, egocentrismo, distractibilidad y poca capacidad de atención. La hiperactividad sensorial puede conducir a conductas desbordantes, a la evitación de estímulos, y a la necesidad de procesar estímulos a niveles de intensidad bajos.

Emocionalmente: tienen dificultades para expresar sentimientos y percibir afectos tanto en sí mismo como en los otros. La expresividad de la afectividad puede estar modificada por los impedimentos físicos (hipertonía, hipotonía).

Retraso del habla: que pueden inhibir la expresión del afecto negativo, lo que conduce a instancias de una hiperactividad afectiva aparente que incluye una ira impulsiva y una baja tolerancia a la frustración.

Dificultades adaptativas: las complejidades normales de las interacciones diarias pueden poner a prueba los límites cognitivos del con RM. En casos extremos, el descontrol impulsivo puede conducir a la violencia y la destructividad. Los cambios en la vida diaria pueden forzar las capacidades cognitivas y las habilidades de afrontamiento, lo que a veces conduce a la frustración.

Reacciones emocionales primitivas: a la frustración y a la tensión pueden implicar conductas agresivas, autolesivas o autoestimulantes.

- a. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio)

- b. Déficits o alteraciones concurrentes de la actividad actual [la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural) en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, ocio, habilidades sociales/interpersonales, trabajo, utilización de recursos comunitarios, salud y seguridad.
- c. El inicio es anterior a los 18 años.

Gravedad correspondiente al nivel de afectación individual

- a. Retraso mental leve: CI entre 55 y aproximadamente 70.
- b. Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55.
- c. Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40.
- d. Retraso mental profundo. CI inferior a 20-25.
- e. Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test habituales.

Existe un aumento de patología de dos a cuatro veces mayor entre las personas con retraso mental, por lo que muchos individuos presentan diagnósticos múltiples, entre ellos más del 50% tienen un diagnóstico psiquiátrico adicional. Algunos trastornos se dan en mayores proporciones en asociación con el retraso mental: TDAH, pica, trastornos del estado de ánimo, trastorno de la comunicación, trastornos generalizados del desarrollo, trastorno por movimientos estereotipados y esquizofrenia. También pueden apreciarse trastorno por estrés postraumático y trastornos adaptativos. Además, pueden darse toda la serie de tipos de personalidad y trastornos de la personalidad.

Estas generalizaciones, sin embargo, están siendo cuestionadas a medida que la investigación permite una mayor diferenciación de diversos síndromes de retraso mental. En contraste con la vieja idea de que el retraso mental es una forma inespecífica de desarrollo lento, los nuevos datos fenomenológicos indican que estos síndromes no son iguales.

2.2.2.4.2. Etiología

La etiología depende en parte del nivel de retraso mental. El retraso mental leve es generalmente idiopático o familiar, es decir, está asociado a dificultades socioculturales o psicosociales. Estos individuos viven en condiciones socioeconómicas precarias, y su funcionamiento se ve influido por la pobreza, la enfermedad, las deficiencias en el cuidado de la salud y el deterioro en la búsqueda de ayuda.

Sin embargo, la presentación de varias anomalías genéticas, físicas y neurológicas en las personas con retraso mental leve, recuerda que las fuerzas sociales pueden no ser el factor etiológico dominante.

Las alteraciones tempranas prenatales que dañan el cerebro son catastróficas en el desarrollo temprano, dado que el feto no tiene una respuesta inmunológica en la gestación temprana. Así, las infecciones de la madre (toxoplasmosis, SIDA congénito, rubéola en el primer mes de embarazo), exposición intrauterina a toxinas (alcohol, cocaína, plomo), a los medicamentos y a la radiación X, pueden tener como resultado un retraso en el crecimiento uterino.

Más de 200 síndromes biológicos reconocidos que implican retraso mental suponen la desorganización de virtualmente, todos los sectores del funcionamiento bioquímico o fisiológico del cerebro. En el momento del nacimiento, el trauma obstétrico y la isoimmunización Rh pueden causar lesión cerebral. Normalmente, el nacimiento prematuro a no ser en los casos extremos (menos de 28 semanas de gestación o menos de 1500 g).

Algunas formas de alteración neuroevolutiva pueden tener lugar después del nacimiento. Los factores ambientales son especialmente importantes en países subdesarrollados, en los que la asistencia médica puede ser limitada. También pueden contribuir las alteraciones e infecciones neurológicas, incluyendo las convulsiones.

En el 25% de las formas grave y profunda del retraso mental pueden identificarse etiologías biomédicas conocidas, entre las que se incluyen las alteraciones genéticas.

2.2.2.4.3. Síndrome de X frágil

En el síndrome de frágil X se presenta retraso mental de leve a severo. Los varones afectados presentan grandes testículos (macroorquidismo). En el 80% se presentan anomalías conductuales, que incluyen hiperactividad, violencia, estereotipias, resistencia a los cambios ambientales y conductas automutilantes, también exhiben déficits del lenguaje expresivo y receptivo y problemas de articulación. Los síntomas frontales pueden incluir lenguaje y conducta perseverantes, déficit de atención y dificultad para cambiar de tema. Aproximadamente entre el 20 y el 40% de los varones con síndrome de frágil X presentan características del trastorno autista. Alrededor de un tercio, tienen anomalías neuroendocrinas (aumento de la línea base de LH y FSH, disminución de testosterona, embotamiento de TSH siguiendo a una infusión de TRH); en las hembras se observan tasas elevadas de fertilidad y embarazos múltiples. En las mujeres (que están parcialmente protegidas por el hecho de tener dos cromosomas X), un estado portador puede ser asintomático, o estar asociado a retraso mental leve o a trastornos del aprendizaje. Se ha propuesto que la anomalía genética implica una secuencia nucleótida (citosina-guanina-guanina) repetida de manera redundante en varios grados y que resulta extremadamente larga. Los pacientes con un síndrome del frágil X muestran un mayor número de «localizaciones frágiles» en el q27.3 del final del brazo largo del cromosoma X, que se corresponde con la localización de la secuencia del gen anormal, cuando sus células se incuban en un medio bajo de folato y timidina. La gravedad clínica parece correlacionar con el grado de expresión citogenética. El folato oral reduce la frecuencia de localizaciones frágiles in vivo y mejora el comportamiento y la atención.

2.2.2.4.4. Evaluación

Todos los diagnósticos psiquiátricos pueden acompañar al retraso mental y todos los tipos de personalidad pueden darse con el retraso mental. Aproximadamente de un tercio a la mitad de

estos pacientes presentan TDAH. Pueden presentar también trastornos afectivos unipolares y bipolares, trastornos por ansiedad, reacciones psicóticas, trastorno autistas e incapacidades específicas del aprendizaje.

Las investigaciones más relevantes sobre la relación enfermedad psiquiátrica y retraso mental sugieren que hay una tendencia a infradiagnosticar los trastornos mentales en este tipo de pacientes. Estos errores en el diagnóstico pueden deberse a un problema conocido como ensombrecimiento diagnóstico, el término hace referencia a los casos en los que la presencia del RM reduce la significación diagnóstica de un problema acompañante se atribuyen al propio retraso.

2.2.2.4.5. La evaluación debería incluir:

Un examen físico y tests de laboratorio, incluyendo estudios cromosómicos, estudios de aminos y ácidos orgánicos, función tiroidea, pruebas de plomo y un estudio de mucopolisacáridos. También radiografías (rayos X) de los huesos largos y de las muñecas. Una evaluación neurológica, incluyendo un EEG y una tomografía computarizada. Se debería evaluar el tamaño y las simetrías de la cabeza y la cara, la forma de la cabeza (incluyendo el pelo), la posición de ojos y orejas y las asimetrías de las funciones motoras y sensoriales. Se debe obtener información del historial materno de abortos, infecciones o exposición a tóxicos, y del tamaño y la actividad fetal. A nivel psicológico, se requieren tests que incluyan una evaluación neuropsicológica.

2.2.2.4.6. Diagnóstico diferencial

Los criterios diagnósticos del RM no incluyen ningún criterio de exclusión, por lo tanto el diagnóstico debe establecerse siempre que se cumplan los criterios diagnósticos, prescindiendo de la presencia de otro trastorno.

Sólo algunos casos de RM tienen su inicio tras un periodo de funcionamiento normal, pudiendo recibir el diagnóstico adicional de demencia, pero requiere que la afectación de la memoria y otros déficits cognitivos representen una merma significativa del nivel previo de capacidades. Puesto que este diagnóstico adicional puede ser difícil de establecer en niños pequeños, se aconseja se haga a partir de los 4-6 años de edad. En general, el diagnóstico de demencia en sujetos menores de 18 años sólo se establece cuando la alteración no se tipifica de modo satisfactorio con el diagnóstico de RM únicamente (DSM-IV-TR).

2.2.2.4.7. Hereditarios

Defectos de un único gen; dominante (esclerosis tuberosa) Errores metabólicos innatos; recesivo (fenilcetonuria) Aberraciones cromosómicas (síndrome de cromosoma X frágil) Herencia poligénica (retraso familiar asociado a desventajas psicosociales)

2.2.2.4.8. Prenatales

Alteraciones del desarrollo tempranas (embrionarias) Defectos en los genes, pero no heredados (Trisomía par 21/Síndrome de Down).

Infecciones maternas (ETS, rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus) Exposiciones a tóxicos (alcohol, crack o cocaína, plomo) Exposiciones médicas (convulsivos, radiación) Alteraciones del desarrollo más tardías (fetales) Malformaciones cerebrales.

Nacimiento extremadamente prematuro (bajo peso al nacer) Pequeño para su edad gestacional.

Desnutrición extrema. Anormalidades neurológicas (traumatismo, enfermedad) Convulsiones intrauterinas (cuestionable). Trastorno de la gestación, enfermedad materna (toxemia, diabetes, hipoglucemia)

2.2.2.4.9. Perinatales

Isoinrnunización Rh o ABO

Traumatismo cerebral relacionado con el nacimiento (cuestionable) Asfixia relacionada con el nacimiento (cuestionable) Ansiedad respiratoria (cuestionable)

2.2.2.4.10. Post natales

Infección cerebral (encefalitis, meningitis)

Traumatismo craneal (malos tratos o negligencia, accidentes) Enfermedad o lesión neurológica

Trastorno metabólico o endocrino (hipotiroidismo) Exposición a agentes tóxicos (plomo, radiación) Desnutrición extrema

2.2.2.5. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Es un trastorno de causa poco clara, probablemente con la intervención de factores genéticos y ambientales, en el que existe una alteración a nivel del sistema nervioso central, manifestándose mediante un aumento de la actividad, impulsividad y falta de atención, y asociándose con frecuencia otras alteraciones.

El factor genético está demostrado, puesto que el TDAH es 5-7 veces más frecuente en hermanos y 11-18 veces más frecuente en hermanos gemelos. Se han descrito varios genes posiblemente implicados.

El TDAH es una de las causas más frecuentes de fracaso escolar y de problemas sociales en la edad infantil.

2.2.2.5.1. Síntomas básicos

El TDAH tiene tres síntomas básicos: hiperactividad, impulsividad y falta de atención, identificados en el DSM-IV de la siguiente manera:

Items de hiperactividad-impulsividad

- a. Inquietud, se mueve en el asiento
- b. Se levanta cuando debería estar sentado
- c. Corre y salta en situaciones inapropiadas
- d. Dificultad para jugar tranquilamente
- e. Excitado a menudo, "como una moto"
- f. Verborrea
- g. Responde antes de que finalice la pregunta
- h. Dificultad para guardar el turno en actividades de grupo
- i. Interrumpe a otros en los juegos y conversaciones.

Items de inatención

- a. No atiende detalles, comete errores
- b. Dificultad para mantener la atención
- c. Sordera ficticia
- d. No sigue instrucciones, no termina las tareas
- e. Dificultad para organizarse
- f. Evita tareas que requieren esfuerzo continuado
- g. Olvida y pierde cosas necesarias para su actividad
- h. Fácil distraibilidad por estímulos externos
- i. Olvidadizo en las actividades diarias

El TDAH tiene predominio de hiperactividad / impulsividad cuando se detectan 6 o más items de hiperactividad / impulsividad y menos de 6 items de inatención.

El TDAH tiene predominio de inatención cuando se detectan 6 o más items de inatención y menos de 6 items de hiperactividad / impulsividad.

Se considera un TDAH combinado cuando se detectan 6 o más items de hiperactividad / impulsividad y 6 o más items de inatención.

En cualquier caso, todos estos items deben persistir más de 6 meses, en dos o más lugares (colegio, casa, etc.).

2.2.2.5.2. Trastornos asociados

Cerca de dos terceras partes de los niños remitidos a consulta por TDAH presentan algún otro trastorno asociado, incluyendo entre el 30 a 50% de trastorno de conducta (TC), 15 a 20% de trastornos afectivos y 20 a 25% de trastornos de ansiedad. El síndrome de Tourette y el trastorno de tics crónico frecuentemente se presentan también como comórbidos. En adolescentes, también pueden aparecer abusos de sustancias. Recientes estimaciones de trastornos del aprendizaje en TDAH los sitúan en un 10-25%, dependiendo de la población y de los criterios usados. Los retrasos del habla y del lenguaje son también comunes.

El Ontario Child Health Study encontró que, en niños entre 4 y 11 años, un 53% de los chicos y un 42% de las chicas que tenían TDAH tenían al menos otro diagnóstico. Para las edades de 12 a 16 años, la proporción de sujetos con TDAH y al menos otro diagnóstico fue del 48% para niños y del 76% para niñas. La experiencia clínica sugiere que los niños remitidos a servicios de salud mental especializados tienen aún más comorbilidad que aquellos tratados por pediatras.

La conducta delictiva o la personalidad antisocial se ve en un 25-40% de los adolescentes y adultos remitidos de niños como TDAH, especialmente en niños con trastornos de conducta

tempranos. Además, los adolescentes con TDAH que consumen drogas desarrollan con más frecuencia que sus pares trastornos por abuso de sustancias.

2.2.2.5.3. Trastornos asociados más frecuentes

Trastorno Oposicionista Desafiante: el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) consiste en un patrón de conductas negativistas, hostiles y desafiantes presente de forma persistente durante al menos 6 meses. Dichas conductas incluyen discusiones con adultos, rabietas y enfados, negativa a cumplir las normas establecidas o las órdenes de los adultos, mentiras, culpar a otros de malas conductas propias y resentimiento. Aunque para su existencia no es imprescindible que haya un TDAH previo, este último multiplica el riesgo de padecer un TOD por 10. Entre un 50 y un 70% de niños con TDAH presentan también un TOD, y es con frecuencia precursor del Trastorno de Conducta.

Trastorno de Conducta: el Trastorno de Conducta (TC) consiste en un patrón de comportamientos en el que se violan sistemáticamente las normas sociales o legales y los derechos básicos de los demás, de forma persistente y durante al menos un año. Pueden presentarse conductas agresivas hacia personas y animales (intimidación y amenazas, peleas, uso de armas potencialmente dañinas, crueldad física), destrucción de la propiedad, robos y mentiras para eludir responsabilidades, y violaciones graves de las normas establecidas. Se presenta en un 20-50% de niños y adolescentes con TDAH, y algunos evolucionarán hacia un Trastorno Antisocial de la Personalidad en la vida adulta.

Trastornos por abuso de drogas: el riesgo en el TDAH de presentar abusos de sustancias en la adolescencia o la vida adulta es del 12 al 24%, y la presencia de TOD y/o TC es un predictor para presentar posteriormente dichos trastornos. Estos trastornos se presentan con frecuencia más temprano, y duran más, que en personas que no padezcan el TDAH. Los últimos estudios de seguimiento parecen apuntar a que el tratamiento con psicoestimulantes mantenido más de un año actúa como factor protector frente al desarrollo de abusos de drogas en la adolescencia o la vida adulta.

Trastornos de ansiedad: los trastornos de ansiedad y el TDAH son los dos trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia, y se dan a la vez en un mismo individuo en aproximadamente un 25% de los casos. Por otra parte, la presencia de TDAH aumenta por 3 el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad.

Trastornos afectivos: la mayor parte de los estudios sitúan el rango de presencia de un trastorno afectivo en el TDAH (ya sea una depresión mayor o una distimia) en el 20-30%, con un riesgo de padecerlos para estos niños 5 veces superior al de la población normal. Algunos estudios han sugerido, además, que la coexistencia de ambos trastornos señala hacia un peor pronóstico en el niño que los padece. Respecto al Trastorno Bipolar, parece que su presencia suele estar marcada por antecedentes familiares de dicha enfermedad, pudiendo ser quizás un subtipo familiar diferenciado de TDAH. Sin embargo, esta relación también podría deberse en parte a un artefacto debido a la similitud de los síntomas de hiperactividad-impulsividad y los de manía. En cualquier caso, el diagnóstico de TDAH no aumenta el riesgo de presentar un Trastorno Bipolar, aunque el diagnóstico de Trastorno Bipolar en la infancia sí incrementa llamativamente el riesgo de presentar un diagnóstico adicional de TDAH.

Trastornos del sueño: los niños con TDAH suelen presentar problemas tanto en la conciliación del sueño (se retrasa) como en el mantenimiento de éste (se despiertan de noche) y en su duración (se despiertan antes). Pueden presentar también somnolencia (hablan dormidos), terrores nocturnos, pesadillas, movimientos involuntarios y sonambulismo. Sin embargo, parece que la calidad de su sueño es sustancialmente similar a la de los niños sin TDAH.

Trastorno de Tics: hasta un 18% de los niños pueden presentar un tic motor en la infancia, tasa que baja al 2% en la adolescencia y al 1% en la vida adulta. La presencia de un TDAH no parece incrementar particularmente el riesgo de presentar un trastorno por tics.

Trastornos de la coordinación motora: presentes como problemas del equilibrio, torpeza motora fina (dificultades con gestos como coger un lápiz o usar un teclado de ordenador), choques y caídas frecuentes y poca habilidad para ciertos deportes.

Problemas de rendimiento académico: debidos tanto a los propios síntomas del TDAH como a la asociación de trastornos específicos del aprendizaje. Más de un 20% presentan problemas específicos del aprendizaje (en lectura, escritura, matemáticas), quizás relacionados con una posible ligazón genética entre ambos trastornos.

Problemas intelectuales: el grupo de niños con TDAH puntúa entre 7 y 10 puntos menos que sus iguales en las pruebas de inteligencia, sobre todo en el área verbal, dato quizás en relación con las dificultades de procesamiento cognitivo que implican los síntomas del trastorno.

Lesiones y accidentes: el niño hiperactivo tiene 4 veces más posibilidades de sufrir accidentes y lesiones graves (fracturas óseas, traumatismos cráneo-encefálicos y rotura de dientes.) que el niño sin este trastorno, debido a su impulsividad y a la presencia de trastornos de la coordinación motora.

2.2.2.5.4. Cómo se diagnostica

El diagnóstico de TDAH es complejo, y debe basarse en la evaluación clínica realizada por un médico experto en el reconocimiento y tratamiento del mismo. Dicha evaluación debe obtenerse tanto de la observación de la conducta del niño como de la información obtenida de padres, colegio y otros familiares.

Pueden usarse de forma complementaria escalas de evaluación de la conducta, rellenas por los padres, profesores y otros cuidadores del niño. Proporcionarán información acerca de la gravedad del trastorno, de la presencia e importancia de otros trastornos psiquiátricos o de diversos problemas comportamentales, y podrán ser de ayuda a la hora de valorar la eficacia de los tratamientos aplicados. Pero debe recordarse que dichas escalas son complementarias, y que nunca podrán por sí solas determinar un diagnóstico. Dada la evidencia de la importante carga genética del TDAH, es conveniente realizar una historia médica detallada tanto personal como familiar.

Por último, debe tenerse en cuenta que hay un gran número de trastornos en la infancia que pueden presentar síntomas similares a los del TDAH, y cuyo diagnóstico debe descartarse en el proceso de evaluación del mismo. En estos se incluyen, entre otros, los trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta y trastornos de ansiedad y afectivos (como depresión, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo).

2.2.2.5.5. Evaluación del TDAH

La entrevista a los padres es el núcleo del proceso de evaluación. Frecuentemente es difícil confirmar el diagnóstico de TDAH sólo con la entrevista del niño o del adolescente, ya que algunos niños y muchos adolescentes son capaces de mantener la atención y el control conductual mientras están en la consulta. Además, tienen una gran dificultad subjetiva para percibir las dificultades propias, y no son capaces de referirlas adecuadamente. La entrevista clínica de los padres y de los niños sirve también para descartar otras causas médicas, psiquiátricas o ambientales de los síntomas. Son especialmente importantes las preguntas acerca de la historia familiar de TDAH, otros trastornos psiquiátricos, y adversidades psicosociales (por ejemplo, pobreza, psicopatología parental o ausencia de ésta, conflictos familiares), a causa de su relación con el pronóstico.

2.2.2.5.6. Evaluación escolar

Es esencial obtener información de conductas y aprendizaje escolares, así como de los cursos superados y notas. Profesores, trabajadores sociales escolares y orientadores pueden proporcionar información sobre las intervenciones que se hayan intentado y sus resultados. Las pruebas psicoeducativas se indican para evaluar las capacidades intelectuales y para investigar las discapacidades del aprendizaje que puedan enmascarse como TDAH o coexistir con éste. Las pruebas de capacidad ayudarán además en la planificación educativa.

2.2.2.5.7. Escalas de medición

Los profesionales disponen de escalas destinadas específicamente al diagnóstico del TDAH. Hay escalas para padres, profesores y mixtas.

2.2.2.5.8. Evaluación médica

Debe incluir una historia médica completa y un examen físico básico. La historia debe incluir el uso por el paciente de fármacos prescritos y el abuso de drogas. Deben descartarse déficits visuales y auditivos. Las pruebas de función tiroidea están indicadas sólo en presencia de hallazgos sugestivos de hipo o hipertiroidismo en la historia médica o en el examen físico, bocio, historia familiar de enfermedades tiroideas, o enlentecimiento del crecimiento.

2.2.2.5.9. Evaluaciones complementarias

Las evaluaciones del discurso y del lenguaje pueden ser sugeridas por hallazgos clínicos. En circunstancias especiales, la evaluación ocupacional o recreativa puede proporcionar información suplementaria respecto a torpeza motora o a habilidades adaptativas.

2.2.2.5.10. Los objetivos del tratamiento del TDAH son los siguientes:

- a. Mejorar o anular los síntomas-guía del TDAH
- b. Reducir o eliminar los síntomas asociados
- c. Mejorar las consecuencias del TDAH: aprendizaje, lenguaje, escritura, relación social y actitud en el entorno familiar.

Las tres bases imprescindibles del tratamiento son:

1. Información exhaustiva a padres y profesores.

2. Tratamiento farmacológico.
3. Tratamiento psicopedagógico.

El tratamiento farmacológico es imprescindible en 7 de cada 10 niños con TDAH, y tiene que individualizarse en cada niño, identificando la dosis mínima eficaz y bien tolerada por el mismo. Aunque hay otras alternativas farmacológicas, el tratamiento habitual es mediante psicoestimulantes, que mejoran la liberación de noradrenalina y dopamina.

2.2.2.5.11. Etiología

El origen del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno hiperkinético no se conoce del todo. La información disponible hasta la fecha sugiere la improbabilidad de encontrar una causa única al trastorno, considerándose más bien la vía final de una serie de causas biológicas que interactúan entre sí y con otras variables ambientales, tanto de orden biológico como psicosocial. Las ideas iniciales del "daño cerebral mínimo han llegado en los últimos años a evolucionar hacia estudios de neurobiología y genética. Del mismo modo, aunque los factores psicosociales no se consideran actualmente como causa principal, el estudio de los problemas familiares presentes en niños con esta patología ha revelado su importante papel en el desarrollo de los síntomas, en la aparición de comorbilidad conductual (trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial) y, por ende, en el diseño de las intervenciones terapéuticas.

a. Factores ambientales

Aunque muchos han sido los factores ambientales (tanto biológicos como psicosociales) relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), hasta la fecha ninguno (ni ninguna combinación de ellos) se ha demostrado como causa necesaria y/o suficiente para la manifestación del trastorno.

Dentro de los factores biológicos destacan los eventos durante la gestación y pre-perinatales, tales como el consumo materno de tabaco, alcohol, drogas y otros problemas del embarazo, mala salud materna, menor edad de la madre, edad fetal postmadura, parto prolongado, distrés fetal, bajo peso al nacer y hemorragias preparto. Los estudios a este respecto, no obstante, distan mucho de ser concluyentes, salvo a la hora de presentar una serie de factores predisponentes a una mayor vulnerabilidad general, no específica para el TDAH.

Los factores psicosociales, de igual modo, determinan más un riesgo psicopatológico general que un riesgo concreto para patologías mentales concretas. Dentro de estos factores de riesgo genérico, algunos investigadores encuentran una asociación positiva entre el TDAH y el índice de factores de adversidad de Rutter (problemas de pareja, clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno y acogimiento no familiar del niño). Estos factores tienden a aparecer como predictores universales de adaptabilidad y salud psíquica, y en ciertos aspectos (delincuencia paterna, conflictos familiares, clase social baja) podrían ser más una expresión de la presencia en los padres del trastorno que su causa en el niño. Así, los hallazgos sobre la contribución ambiental al TDAH deben interpretarse con cautela, ya que muchos datos de función familiar y de adversidad tienen en su origen una notable contribución de la herencia en términos biológicos, pudiendo deberse más a la presencia en los padres de síntomas y trastornos similares a los hallados en sus hijos.

2.2.2.6. Síndrome de down (Trisomía 21)

El Síndrome de Down (SD), también llamado trisomía 21, es la causa más frecuente de retraso mental identificable de origen genético. Se trata de una anomalía cromosómica que tiene una incidencia de 1 de cada 800 nacidos, y que aumenta con la edad materna. Es la cromosomopatía más frecuente y mejor conocida.

2.2.2.6.1. Etiología

En el 95% de casos, el SD se produce por una trisomía del cromosoma 21 debido generalmente a la no disyunción meiótica en el óvulo. Aproximadamente un 4% se debe a una traslocación robertsoniana entre el cromosoma 21 y otro cromosoma acrocéntrico que normalmente es el 14 o el 22. Ocasionalmente puede encontrarse una traslocación entre dos cromosomas 21. Por último un 1% de los pacientes presentan un mosaico, con cariotipo normal y tri-somía 21. No existen diferencias fenotípicas entre los diferentes tipos de SD. La realización del cariotipo es obligada para realizar un adecuado asesoramiento genético dado que el riesgo de recurrencia depende del cariotipo del paciente.

2.2.2.6.2. Clínica

Los niños con SD se caracterizan por presentar una gran hipotonía e hiperlaxitud ligamentosa. Fenotípicamente presentan unos rasgos muy característicos.

- Cabeza y cuello: leve microcefalia con braquicefalia y occipital aplanado. El cuello es corto.
- Cara: los ojos son "almendrados", y si el iris es azul suele observarse una pigmentación moteada, son las manchas de Brushfield. Las hendiduras palpebrales siguen una dirección oblicua hacia arriba y afuera y presentan un pliegue de piel que cubre el ángulo interno y la carúncula del ojo (epicanto). La nariz es pequeña con la raíz nasal aplanada. La boca también es pequeña y la protusión lingual característica. Las orejas son pequeñas con un helix muy plegado y habitualmente con ausencia del lóbulo. El conducto auditivo puede ser muy estrecho.
- Manos y pies: manos pequeñas y cuadradas con metacarpianos y falanges cortas (braquidactilia) y clinodactilia por hipo-plasia de la falange media del 5º dedo. Puede observarse un surco palmar único. En el pie existe una hendidura entre el primer y segundo dedo con un aumento de la distancia entre los mismos (signo de la sandalia).

- Genitales: el tamaño del pene es algo pequeño y el volumen testicular es menor que el de los niños de su edad, una criptor-quidia es relativamente frecuente en estos individuos.
- Piel y faneras: la piel es redundante en la región cervical sobretodo en el período fetal y neonatal. Puede observarse livedo reticularis (cutis marmorata) de predominio en extremidades inferiores. Con el tiempo la piel se vuelve seca e hiperque-ratósica.

El retraso mental es constante en mayor o menor grado.

2.2.2.6.3. Diagnóstico

Las características fenotípicas del SD pueden no ser muy evidentes en el período neonatal inmediato. En este momento la gran hipotonía y el llanto característico, agudo y entrecortado, pueden ser la clave para el diagnóstico. Al poco tiempo se define el fenotipo característico, aunque cada uno tendrá sus propias peculiaridades. El diagnóstico definitivo vendrá dado por el estudio de los cromosomas.

2.2.2.6.4. Riesgo de recurrencia

El SD puede diagnosticarse prenatalmente realizando un estudio citogenético de vellosidades coriónicas o de líquido amniótico. El riesgo depende de la edad materna, pero también del cariotipo de los progenitores.

En el caso que se trate de una trisomía 21, el riesgo de recurrencia para las mujeres de edad superior a los 30 años es el mismo que le da su edad. En las mujeres más jóvenes es algo más alto.

En el caso de que exista una traslocación y alguno de los progenitores sea portador, no influye la edad materna, pero existe un riesgo más alto de recurrencia si el portador de la traslocación es la madre. En el caso de que alguno de los padres tenga una traslocación Robertsoniana entre dos

cromosomas 21 el riesgo de recurrencia es del 100% independientemente del sexo que lo transmita. Si ninguno de los progenitores es portador de una traslocación el riesgo de recurrencia es de alrededor de un 2-3%

2.2.2.6.5. Seguimiento

Los niños con SD deben seguir los controles periódicos y vacunas como cualquier otro niño de la misma edad, pero además se debe prestar especial atención a las complicaciones que pueden aparecer inherentes a su cromosomopatía. Deben usarse gráficas de crecimiento específicas para el SD, y si existe un retraso ponderoestatural muy marcada nos puede orientar hacia la existencia de una patología cardíaca, endocrina o a una alteración nutricional.

Un 30-60% de los SD presentarán una cardiopatía. Aunque clínicamente no se constate un soplo cardíaco, se deberá realizar un ecocardiograma en los primeros dos meses de vida. Si existe cardiopatía se deberá insistir a los padres en la necesidad de profilaxis antibiótica ante cualquier procedimiento que suponga un riesgo de endocarditis bacteriana (dental, nefrouro-lógico). No debe olvidarse el riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar sobretodo en los niños con comunicación interventricular o con canal atrioventricular, que pueden estar asintomáticos en el primer año de vida. En los individuos sin cardiopatía congénita de base, deberá realizarse un ecocardiograma entre los 18 y los 20 años de edad para descartar patología valvular.

Más de un 50% de estos niños tienen problemas oculares y auditivos. Entre los primeros el estrabismo, la miopía, la hipermetropía y las cataratas son los más frecuentes. Se debe realizar una exploración oftalmológica dentro del primer año de vida. Si se evidencia nistagmus, estrabismo o se observa leucocoria debe remitirse al oftalmólogo inmediatamente. Si la exploración oftalmológica es normal deberán realizarse controles cada dos años. La mayoría presentan una hipoacusia. Entre el nacimiento y los 6 meses de edad deben realizarse unos potenciales evocados auditivos. Los controles posteriores deberán incluir una revisión audiológica anual hasta los tres años y posteriormente cada dos años. Si presentan otitis de repetición es recomendable que sean vistos por un otorrinolaringólogo, para poder tratar las

causas solucionables de hipoacusia y así no interferir en el desarrollo del lenguaje. Los individuos con SD pueden presentar los primeros síntomas de hipoacusia a partir de la segunda década de la vida, manifestándose en ocasiones como un trastorno del carácter, pudiendo ser interpretado como una enfermedad psiquiátrica.

Las apneas obstructivas del sueño son frecuentes en estos individuos. Las manifestaciones clínicas habituales según la edad del paciente pueden ser desde ronquidos hasta posturas inusuales al dormir, fatigabilidad diurna, aparición de enuresis en individuo previamente continente e incluso cambio de carácter. En algunos niños estos síntomas aparecen por la propia hipotonía sin que el tejido linfoide de amígdalas y adenoides produzca una obstrucción al flujo aéreo. El diagnóstico se realiza mediante polisomnografía. Existen varios procedimientos quirúrgicos recomendados pero si no funcionan o no están indicados, puede aplicarse una presión continua parcial en la vía aérea (CPAP) mediante máscara o tubo, para mantenerla abierta durante el sueño.

Desde el punto de vista digestivo, un 12% nacen con malformaciones intestinales que requerirán abordaje quirúrgico, siendo la atresia duodenal y la enfermedad de Hirschsprung las más frecuentes. Los vómitos y la ausencia de deposiciones en los primeros días de vida pueden orientarnos hacia esta patología. A pesar de que el estreñimiento es frecuente debido al poco tono muscular, el estreñimiento pertinaz, que no responde ni a un tratamiento dietético ni a laxantes, debe hacer sospechar una enfermedad Hirschsprung en cualquier época de la vida. No debe olvidarse que el estreñimiento también es un signo de hipotiroidismo. Dado que estudios recientes sugieren que los niños con SD tienen mayor riesgo de desarrollar celiaquía, ante cualquier signo de mal absorción deberían realizarse unos anticuerpos antiendomisio en suero.

La alimentación puede ser difícil durante la lactancia debido a la hipotonía. La duración de las tomas se alarga y la macroglosia puede empeorar los problemas de succión. Son necesarias las revisiones odontológicas, la primera alrededor de los dos años de edad y posteriormente bianuales. Los dientes de los niños con SD tienden a ser pequeños, deformados y situados de forma irregular. Debido a la tendencia a la obesidad la dieta debe ser equilibrada, rica en fibra y

con una cantidad total de calorías inferior a las recomendadas para niños del mismo peso y talla. Debe aconsejarse realizar ejercicio de forma regular desde edad temprana. Existe además un retraso de talla en todos los individuos.

Hasta un 30% desarrollarán un hipotiroidismo a lo largo de la vida. El diagnóstico puede ser difícil porque los síntomas quedan enmascarados por la propia clínica del SD (retraso madurativo y de crecimiento, macroglosia, hipotonía, piel seca, estreñimiento). Aunque generalmente aparece durante la adolescencia se recomienda realizar un estudio de la función tiroidea cada 6 meses a los más pequeños y posteriormente controles anuales. Dado que la patología autoinmune es más frecuente en este grupo de población deberán estudiarse los anticuerpos antitiroideos si se demuestra un hipotiroidismo.

Un 15% de los individuos con SD presentan evidencia radiológica de inestabilidad de la articulación atlanto-axoidea, estando totalmente asintomáticos, sin ninguna clínica de compresión medular. Por ello el manejo de este hallazgo es un tema controvertido. Para su diagnóstico debe realizarse un estudio radiológico cervical en posición flexionada, neutral y extendida. La distancia entre el arco anterior de la primera vértebra cervical y la apófisis odontoides debe ser menor o igual a 5 mm. Se recomienda realizarlo antes de que el niño inicie la escolarización, y si aparece inestabilidad modificar sus actividades pero sin ser excesivamente restrictivo. Estas exploraciones se exigen para participar en ciertas actividades deportivas y es aconsejable realizarlas cuando el paciente va a ser sometido a una intervención quirúrgica. Se recomienda una exploración neuroradiológica si se observan alteraciones del diámetro de la luz del canal medular.

Desde el punto de vista de maduración sexual, la menarquia en las niñas con SD aparece algo más tarde, siendo posteriormente bastante regulares. A pesar de que la mayoría de ciclos son anovulatorios pueden llegar a concebir. Los varones tienen unos genitales pequeños, y la erección y eyaculación completas son difíciles. Durante la infancia deben examinarse los genitales externos de las niñas y posteriormente se realizará una exploración pélvica en las pacientes que sean sexualmente activas. En caso de no poderse realizar se aconseja practicar ecografías pélvicas. Deberá realizarse una citología después de las primeras relaciones sexuales con una

periodicidad de entre uno y tres años. La exploración mamaria debe realizarse anualmente y se recomienda una mamografía anual a partir de los 50 años de edad. Algunos autores sugieren iniciarlas a los 40 años con una periodicidad cada dos años hasta los 50 y posteriormente anuales, sobre todo si hay antecedentes familiares de cáncer de mama.

Ni las características físicas ni los datos analíticos podrán predecirnos el desarrollo mental de los niños con SD. Dado que todos presentan retraso mental en grado variable, deberán seguir estimulación precoz en su área de residencia. Debe insistirse en el perfeccionamiento del lenguaje y en la capacitación para el cuidado personal. Con un soporte educacional adecuado menos de un 10% tendrán un retraso mental profundo. A partir de los 18 años deben buscarse signos de demencia (pérdida de memoria, incontinencia urinaria) y de pérdida de la capacidad de vida independiente.

Un 5%-10% de pacientes con SD tendrán convulsiones, con dos picos de incidencia, uno alrededor de los dos años y que se presentan como espasmos infantiles y posteriormente en la edad adulta en forma de convulsiones tónico-clónicas. La hiperactividad y los rasgos autistas aparecen con mayor frecuencia que en la población general. La hiperactividad responde bien al tratamiento estimulante. Los trastornos psiquiátricos pueden ser de diagnóstico difícil. Son frecuentes la depresión, la ansiedad, la patología compulsiva y la demencia.

La esperanza de vida de los individuos con SD ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Si no tienen cardiopatía la supervivencia suele ser hasta la sexta década de la vida.

Otros problemas asociados al síndrome de Down son las frecuentes bronquitis, neumonías, catarros de vías altas, sinusitis y otitis, contribuyendo éstas últimas, en parte, al déficit auditivo. Un 10% de los recién nacidos con SD presentan una reacción leucemoide que es muy típica del síndrome. Estos niños también tienen un riesgo más elevado de desarrollar una leucemia aguda linfoblástica o no linfoblástica.

2.2.2.7. Síndrome de Asperger

El síndrome o trastorno de Asperger es un trastorno neuromental que forma parte del espectro de trastornos autísticos. Se encuadra dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (DSM-IV-TR). Sus características fueron descritas por Wing y Gold. El término fue utilizado por primera vez por Lorna Wing en 1981 en un periódico médico, bautizándolo en honor a Hans Asperger, un psiquiatra y pediatra austríaco cuyo trabajo no fue reconocido internacionalmente hasta la década de 1990. Fue reconocido por primera vez en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales en su cuarta edición en 1994 (DSM-IV).

2.2.2.7.1. Características

El síndrome de Asperger es un trastorno severo del desarrollo, que conlleva una alteración neurobiológicamente determinada en el procesamiento de la información. La persona que lo presenta tiene un aspecto e inteligencia normal o incluso superior a la media, presenta un estilo cognitivo particular y frecuentemente, habilidades especiales en áreas restringidas.

Se manifiesta de diferente forma en cada individuo, pero todos tienen en común las dificultades para la interacción social, especialmente con personas de su misma edad, alteraciones de los patrones de comunicación no-verbal, intereses restringidos, inflexibilidad cognitiva y comportamental, dificultades para la abstracción de conceptos, coherencia central débil en beneficio del procesamiento de los detalles, interpretación literal del lenguaje, dificultades en las funciones ejecutivas y de planificación, interpretación nula de los sentimientos y emociones ajenos y propios.

Supone una discapacidad para comprender el mundo de lo social que se manifiesta al nivel de comportamientos sociales inadecuados, proporcionándoles a ellos y sus familiares problemas en todos los ámbitos. Los déficits sociales están presentes en los aspectos del lenguaje, las dificultades en el ritmo de la conversación y es frecuente la alteración de la prosodia (entonación,

volumen y timbre de voz). Asimismo suelen estarlo los patrones de contacto ocular y gestual. En la mayoría de los casos dificultades en la coordinación motora.

Es un trastorno muy frecuente (de 3 a 7 por cada 1.000 nacidos vivos) que parece tener mayor incidencia en niños que niñas. Recientemente reconocido por la comunidad científica, como entidad diferenciada del autismo, es todavía poco conocido entre la población general e incluso por muchos profesionales.

Las personas neurotípicas (esto es, sin el síndrome de Asperger) poseen un sofisticado sentido de reconocimiento de los estados emocionales ajenos (empatía). La mayoría de las personas son capaces de asociar información acerca de los estados cognitivos y emocionales de otras personas basándose en pistas otorgadas por el entorno y el lenguaje corporal de la otra persona. Las personas con síndrome de Asperger (SA) no poseen esta habilidad, no son empáticas; se puede decir que tienen una especie de "ceguera emocional". Para las personas más severamente afectadas puede resultar imposible incluso reconocer el significado de una sonrisa o, en el peor de los casos, simplemente no ver en cualquier otro gesto facial, corporal o cualquier otro matiz de comunicación indirecta. Del mismo modo, el control voluntario de la mímica facial puede estar comprometido. Es frecuente que las sonrisas "voluntarias" en las fotografías familiares sean una colección de muecas sin gracia. Por el contrario, las sonrisas espontáneas suelen ser normales. Las personas con SA en general son incapaces de "leer entre líneas", es decir, se les escapan las implicaciones ocultas en lo que una persona le dice de forma directa y verbal.

Es importante notar, sin embargo, que debido a que es un trastorno con severidad variable, algunos pacientes se aproximan a un nivel de normalidad en sus habilidades de comprensión e interpretación de las señales no verbales. Encuentran particularmente abrumador el contacto ocular y por lo tanto con frecuencia lo evitan. Esta falta de contacto ocular puede llevar a mayores dificultades para interpretar emociones ajenas o en la forma como lo interpretan los demás.

Comúnmente se ha considerado que las personas afectadas por síntomas autísticos suelen ser superdotadas y, como sucede en el síndrome de Asperger, lo que ocurre es que el cerebro afectado se concentra intensamente en temas específicos, lo cual puede ser interpretado como una cualidad especial. Esta impresión acerca de la capacidad intelectual ha sido probada en estudios epidemiológicos recientes que demuestran que los individuos con síndrome de Asperger tienen una capacidad intelectual igual o superior a la media.

Un paciente afectado por el síndrome de Asperger puede, por ejemplo, encontrarse obsesionado por la astronomía, por los dinosaurios, otro con la construcción de maquetas. Intereses particularmente comunes entre pacientes son los medios de transporte (por ejemplo los trenes o aviones) y los ordenadores, tal vez debido a los aspectos de la física, lógica y causa-efecto que comparten estos ámbitos, los cuales no requieren de una interacción social (recuérdese que carecen de empatía, se hallan menos dotados en el ámbito social). Por ello Hans Asperger llamó a sus jóvenes pacientes "pequeños profesores", debido a que pacientes de tan solo trece años de edad conocían su área de interés con la profesionalidad de un profesor universitario.

En términos generales son atraídos por cosas ordenadas. Cuando estos intereses coinciden con una tarea útil desde el ámbito material o social, el individuo con Asperger puede lograr una vida ampliamente productiva. En la carrera por dominar su interés, los individuos con Asperger a menudo manifiestan un razonamiento extremadamente refinado, una gran concentración, una actitud perfeccionista y una memoria casi perfecta.

Estas circunstancias conllevan numerosos problemas durante la infancia y la vida adulta. Cuando una maestra pregunta a un niño con Asperger que ha olvidado su trabajo escolar "¿Qué pasa, tu perro se comió tu tarea?", el niño con Asperger permanecerá silencioso tratando de decidir si debe explicar a su maestra que él no tiene perro y que además los perros no comen papel. Esto es, el niño no comprende el sentido figurado de la pregunta o no puede inferir lo que la maestra quiere decir a partir de su tono de voz, postura o expresión facial. Ante tanta perplejidad, el niño podría responder con una frase totalmente sin relación a lo que se está hablando (como por ejemplo, "¿Sabe que mi padre se ha comprado un ordenador nuevo?"). Ante esto, y la falta de

detección del SA, desgraciadamente la maestra podría concluir que el niño es arrogante, insubordinado o “raro”.

Del mismo modo, el síndrome de Asperger puede también causar problemas en la interacción social normal con los padres, ya que los niños no responden a los patrones típicos de socialización. Las dificultades para interpretar las sutiles pistas de la comunicación no verbal pueden llevar al paciente a conflictos frecuentes e incluso a ser ignorado en sus necesidades básicas. El niño o adolescente con Asperger con frecuencia se siente confundido porque no es capaz de comprender en qué se equivoca o por qué razón es rechazado por los demás. El resultado suele derivar en problemas de ansiedad, depresión, conductas obsesivas y agravamiento de conductas inapropiadas con el consecuente aislamiento social.

Los afectados en edad pre y adolescente suelen ser víctimas de marginación y acoso escolar por sus compañeros de estudios por lo que esta circunstancia dificulta su integración social futura y su avance en las escuelas.

2.2.2.7.2. Rasgos y síntomas

Esta es una lista de síntomas del Síndrome de Asperger. No todas las personas con Asperger tienen todos los síntomas, dada su variabilidad en los niveles de autismo que existen. La gente con síndrome de Asperger:

- Puede ser sensible al tacto o a los ruidos fuertes.
- Puede ser torpe cuando camina o practica deporte.
- A menudo tiene problemas comprendiendo las emociones de otras personas.
- Puede tener dificultades reconociendo expresiones faciales.
- A menudo no comprenden cuando alguien está bromeando o usa un lenguaje que no es preciso en su ámbito.

- A menudo hablan en voz alta, en voz muy baja o con una voz carente de emociones (una voz monótona).
- A menudo no les gustan los cambios de colegio, trabajo o en su rutina diaria.
- Pueden aprender a hablar muy pronto o muy tarde.
- Pueden aprender a leer muy pronto o muy tarde.
- Tienen problemas socializando.
- No comprenden cómo piensan otras personas.
- Con frecuencia tienen una fuerte atracción hacia intereses concretos como los juegos para ordenador, las estadísticas deportivas, los programas de TV, entre otras cosas.
- Tienen dificultades en entender o no les interesa el juego simbólico.
- Se mueven de forma repetitiva.
- Les puede costar educarse sea en casa o fuera de ésta y pueden ser muy testarudos e insistentes.
- Suelen ser crédulos e ingenuos

2.2.2.7.3. Efectos de las dificultades en la comunicación

Cuando la gente habla con otra, usa el lenguaje verbal para comunicarse. También usan el tono de su voz y la comunicación no verbal como la expresión facial, el movimiento de las manos y el lenguaje corporal para dar a entender lo que quieren decir. Así mientras la gente habla, también observa señales en la cara de la otra persona y movimientos de su cuerpo para conocer lo que sienten y si dicen exactamente lo que sus palabras están diciendo. Cuando la gente habla, usan la comunicación no verbal para añadir información a sus palabras. Las personas que tienen problemas para entender la comunicación no verbal se pierden esa información extra. Las personas con síndrome de Asperger:

- Pueden tener dificultades para entender el sonido de las voces de otras personas.
- Pueden quedarse confundidos si el lenguaje corporal y las palabras de una persona no dicen lo mismo.

- Intentan hacer exactamente lo que las palabras le dicen. Si alguien le dice Coge a tu pareja para el próximo baile, entonces literalmente cogerán a su pareja en vez de entender que la frase significa "pide cortésmente a alguien que baile contigo".
- Pueden no darse cuenta de que otra persona está disgustada o enfadada hasta que otra persona lo muestre claramente.
- Pueden no entender que cuando alguien frunce el ceño significa "¡Estás diciendo o haciendo algo malo y deberías parar ya!".
- Pueden no saber si otra persona bromea. Tienen dificultades para entender la ironía, el sarcasmo o la jerga.
- Pueden no comprender los intereses de otra persona o los motivos por los que hacen lo que hacen.
- Pueden hacer o hablar de lo mismo una y otra vez. Otras personas lo encontrarían engorroso.
- Pueden desconocer, a menos que se les diga, cuando otras personas quieren que paren de hablar de sus intereses.
- Pueden sentirse solitarios y despreciados.
- Pueden ser blanco de burlas y crueldades.

Al síndrome de Asperger a veces se le llama síndrome del "planeta equivocado" porque la gente con el síndrome sienten que son bastante normales pero viven en un mundo lleno de extraterrestres. Para una persona con síndrome de Asperger, tener el síndrome es lo normal, porque lo ha tenido toda su vida.

2.2.2.7.4. Origen

Desde la primera descripción del síndrome, Hans Asperger notó la semejanza que existía entre los niños afectados y sus padres. Desde entonces se ha reconocido el carácter genético de la condición, aunque se desconocen los mecanismos básicos. Haciendo un análisis de los datos recolectados hasta el momento es muy probable que se trate de una condición poligénica, en la

cual la posesión de los alelos menos favorecidos de un conjunto de genes funcionalmente relacionados llevaría a la expresión del síndrome. Los genes probablemente involucrados están asociados con la neurotransmisión monoaminérgica en la región prefrontal y/o las proteínas de "andamiaje sináptico" asociadas a la constitución de circuitos estables durante el proceso del desarrollo neural (como la neurexina). Justamente el carácter poligénico explicaría tanto su variabilidad clínica (lo que se ha dado en llamar el "espectro Asperger") como la co-morbilidad frecuente con el trastorno por déficit atencional, el síndrome de Tourette, el trastorno obsesivo compulsivo y, probablemente, el trastorno bipolar. Existe prueba reciente en relación a la topografía de los circuitos neurales modificados, localizándose en la región medial de la corteza prefrontal (uno de los principales asientos de la "inteligencia socio-emocional"). Al mismo tiempo, la cara dorsolateral es normal o inclusive hiperfuncionante. Esto coincide en gran medida con las descripciones de Simon Baron-Cohen sobre el desequilibrio en la "inteligencia del mundo de las personas" y la "inteligencia del mundo de las cosas" que se observa en el síndrome

2.2.2.7.5. Nuevos hallazgos relacionados con el síndrome de Asperger

En estudios recientes publicados en la revista *Scientific American* (2000), se halló el origen a nivel neuronal del autismo y del Asperger. En estudios realizados por la Universidad de California, se encontró una relación entre el autismo y un nuevo tipo de células nerviosas en el cerebro llamadas neuronas espejo. La función de estas células es permitir la comprensión y asimilación de las emociones y reacciones ajenas. Para establecer la relación, se realizaron mediciones de las ondas Mu en la corteza premotora del cerebro, donde se encuentran las neuronas espejo y que guardan relación con las reacciones en el cerebro ante los estímulos externos. En sujetos neurotípicos, estas ondas caen tanto cuando realizan una acción como abrir y cerrar una mano, como cuando la realiza otra persona. En sujetos con autismo, las ondas solamente caen cuando ellos realizan la acción, no siendo así cuando ven a otro realizarla. Para el estudio se emplearon niños con Autismo de alto rendimiento porque con autistas clásicos no habría garantía de que percibieran siquiera lo que estaba sucediendo. Adicionalmente se utilizaron niños neurotípicos como sujetos de control. Las neuronas espejo son las que permiten

al individuo interpretar efectivamente las situaciones alrededor de los otros, es decir, permiten asociar las emociones de los otros con las propias.

2.3. Métodos de psicodiagnóstico

Es el establecimiento de una relación entre dos o más personas, en donde existe una preocupación (motivo de consulta) y otro, un profesional, que investigará para responder a esa demanda. El demandante puede ser un individuo, pareja, familia, grupo o institución.

El psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas entre ellos describir al examinado, en algún aspecto específico (Ejemplo: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, entre otras) o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial. Un psicodiagnóstico también se puede decir que es un proceso en el cual se establece una relación bipersonal (psicólogo-paciente) de duración limitada (aproximadamente 5 o 6 sesiones de 50 minutos) con el objetivo de realizar una descripción, lo más profunda y completa que se pueda, de la personalidad del individuo (adulto, adolescente o niño).

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

Más específicamente, las finalidades de un psicodiagnóstico pueden ser:

- a. Descripción del funcionamiento de la personalidad para ayudar a determinar el diagnóstico.
- b. Estimar el pronóstico del caso.
- c. Elección de la estrategia terapéutica más adecuada.
- d. Evaluación del tratamiento: Para apreciar los avances terapéuticos con mayor objetividad, planificar un alta o averiguar el motivo de un "impasse" en el tratamiento.

- e. Como medio de comunicación: Hay sujetos a los que les resulta difícil hablar espontáneamente de sus problemas y a través de un proceso psicodiagnóstico se puede lograr que adquiera conciencia de su sufrimiento para aceptar colaborar en la consulta.

El psicodiagnóstico proporciona información sobre el sujeto tal como:

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

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

2.3.1 Etapas del psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico es un proceso de evaluación que debe desarrollarse dentro de un encuadre. El encuadre es transformar una serie de variables en constantes, para que dejen de oscilar como variables para el entrevistado, para observar mejor. La originalidad de cada proceso no impide el establecimiento de constantes generales. El encuadre es la constante, y la variable es el proceso.

Incluye: la modalidad de trabajo, el objetivo del mismo, la frecuencia de las sesiones, horarios, honorarios, y el rol que le compete a cada uno. Debe basarse en los aspectos más maduros, por lo menos del profesional.

El encuadre depende de:

- a. El profesional: Modalidades de trabajo, la institución, el enfoque teórico, la formación profesional, la modalidad personal y características del consultante.
- b. Consultante: Características, naturaleza de su patología y su edad
- c. La institución: La institución fija las pautas, pero el tipo de herramientas que se utilicen en el diagnóstico es de exclusiva incumbencia del psicólogo.

Dentro de este encuadre el psicodiagnóstico conlleva cinco etapas que son:

- a. Contacto inicial
- b. Entrevista
- c. Cierre del proceso
- d. Análisis de resultados.
- e. Entrevista de devolución de la información

a) Contacto inicial

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

El contacto inicial tiene las siguientes características:

- Es semiestructurado

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

a.1) Objetivos del primer contacto:

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

b) Entrevista

En la entrevista se da la integración de la ciencia y las necesidades prácticas: investigación y terapéutica en el psicólogo. Por eso se llama entrevista psicológica. No hay entrevista fructífera si

no se incluye la investigación, porque la entrevista es el campo para hacerlo. La entrevista posee las siguientes características:

- Es un proceso bidireccional. Ambos son estímulo para el otro.
- Es una situación "natural" en la que se da el fenómeno psicológico, que es el que interesa estudiar. No es una distorsión.
- Tiene un inicio, desarrollo y cierre.
- Forma parte de un proceso.
- Debe configurarse en gran medida con las variables del entrevistado, pero incluye al entrevistador, cuya conducta forma parte del campo y todo lo que ocurre en él, depende de la relación que acontece entre los participantes. Esa es la máxima objetividad a la cual se puede aspirar.
- Tiene un encuadre
- Entrevista no es anamnesis (recopilación de datos). En la entrevista el psicólogo quiere obtener datos completos de su comportamiento total en el curso de la entrevista, lo que incluye escuchar, observar y vivenciar.
- El tipo de comunicación que se establece es altamente significativo de la personalidad del consultante.
- Se espera que en el curso de la entrevista se exterioricen las pautas sistematizadas en la personalidad del consultante. Las manifestaciones dependen de la relación que se establezca con el observador.
- El entrevistador también tiene que hacerse cargo de su condición humana y no sentirse por encima del entrevistado.
- No reemplaza ni excluye otras herramientas.
- Requiere de un encuadre fijo.

c) Cierre del proceso

El cierre del proceso se da a través de una breve entrevista con el examinado. Es una fase clave y muy necesaria. Lo mínimo que puede darse al examinado, que ha vivido un proceso de auto-aposición en el que ha depositado ansiedades y temores, es una respuesta. Consiste en una explicación estratégica de lo que se encontró en el proceso de evaluación, limitándose a mencionar aquellos aspectos que sean de utilidad para el proceso terapéutico. En psicodiagnóstico infantil, siempre se debe incluir al niño en la devolución, lo que obliga al psicólogo a adaptar su lenguaje para poder ser comprendido por éste. Este proceso de devolución implica la generación de insight y el manejo de la ansiedad del examinado.

d) Análisis de los resultados

Confección y entrega de un informe psicológico: Debe ser dirigido al solicitante del proceso de psicodiagnóstico. Entrevista inicial que permite obtener el motivo de consulta y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se aplicarán y en qué orden, la batería de tests a aplicar se realiza de acuerdo a lo que se necesita saber de la persona. En ello influirá el motivo de consulta, la edad y el tiempo que la persona disponga para realizar el proceso de psicodiagnóstico.

2.3.2. Informe psicológico

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

El informe psicológico supone entonces ordenar los datos en función de las variables que propone un marco teórico. Así un informe psicológico puede entenderse, como la traducción a un juicio de índices producidos a partir de la organización de hechos o datos.

2.3.3. Historia clínica

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

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

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

2.3.3.1. Estructuración de la historia clínica

a) Anamnesis

Es donde se recogen datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual. Sin embargo, este esquema varía de acuerdo con las diferentes instituciones psiquiátricas e incluso con las distintas modalidades del terapeuta según sea conductista, psicoanalista o biólogo.

b) Datos de filiación e identificación del paciente

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

c) Motivo de consulta

Lo que en realidad ha ocasionado que el paciente haya acudido a nuestro servicio. Si se rellena con las palabras del propio paciente sabremos cómo ha percibido los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente. También deben valorarse las circunstancias del envío, quiénes han sido los personajes implicados: El propio paciente voluntariamente, la familia o el médico de cabecera, y si se ha efectuado en contra a los deseos del paciente; en este último caso es evidente que el enfermo no estará en condiciones de ofrecernos información por lo que deben transcribirse las anotaciones ofrecidas que el profesional correspondiente suele remitir en una interconsulta.

d) Enfermedad actual

Desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas actuales, especificando la tipología, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo, si cursaron con mejoría espontánea, si ha precisado o no asistencia psiquiátrica previa, si ha recibido tratamiento psicofarmacológico (anotar el tipo de psicofármacos) y el efecto producido (tanto terapéutico como secundarios o indeseables).

Hay que intentar precisar cuándo fue la última vez que el paciente se sintió medianamente estable Y duración aproximada de este periodo asintomático.

También debe indagarse sobre la personalidad previa a la aparición de la enfermedad, de qué forma se han visto afectadas sus actividades cotidianas y sus relaciones personales, en definitiva, valorar si ha habido o no ruptura en su psicobiografía. En el caso de que hubiera episodios anteriores, evaluar si fueron o no similares al actual.

e) Antecedentes personales

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

f) Antecedentes mórbidos personales

Se reflejarán las enfermedades médicas y/o psiquiátricas previas y la psicobiografía del paciente. El conocimiento de la historia natural de las afecciones psiquiátricas y su relación con la edad y los posibles síntomas es importante, dado que ciertos trastornos suelen iniciarse solapadamente antes de que manifiesten la sintomatología clásica que los clasifique como auténtica enfermedad psiquiátrica.

Los episodios previos, en especial los relacionados con acontecimientos vitales, pueden ser considerados por el paciente de escasa importancia, por lo que debe insistirse en ellos de forma más directiva debido a que difícilmente nos los relatará de forma espontánea; la frecuencia y duración de estos episodios, la edad a la que el paciente fue visto por primera vez por un psiquiatra, lugar de asistencia (urgencias, consulta, hospitalización), intervalo mayor entre los episodios en que el paciente se mantuvo estable con o sin tratamiento, nos ayudarán para la posterior elaboración del diagnóstico y tratamiento.

Del mismo modo debe investigarse respecto a enfermedades físicas, intervenciones quirúrgicas, accidentes, o bien si ha precisado hospitalización por cualquier otra causa, ya que pueden

constituir acontecimientos vitales desencadenantes de alteraciones psiquiátricas (trastornos adaptativos, depresiones reactivas y somatizaciones).

g) Hábitos

Se deben dejar consignado claramente los medicamentos que consume el paciente, hayan sido prescritos o no por algún facultativo y su forma de administración, por su posible repercusión en la sintomatología psiquiátrica (antihipertensivos, anticonceptivos y analgésicos).

También es de vital importancia interrogar sobre el uso y abuso de sustancias, tales como tabaco, alcohol y drogas de toda índole, consignando cantidad, tiempo de uso y efectos que le producen.

h) Antecedentes familiares

Se recogen los datos de parentesco referidos a su origen familiar y núcleo familiar actual. Así mismo, es de considerable importancia indagar sobre historia de suicidios anteriores, motivo y consumación o no de los mismos, y la posible existencia de trastornos psiquiátricos (alteraciones afectivas, retraso mental y comportamientos extraños) en alguno de los miembros de la familia.

Se debe tener en cuenta que reconocer el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica o el suicidio de algún familiar supone una carga emocional intensa para el paciente e incluso para la propia familia que pueden motivar encubrir el evento y expresarse de formas similares a las siguientes: "no sabemos bien como fue", "murió en circunstancias extrañas", con el objetivo de eludir la respuesta.

i) Antecedentes mórbidos familiares

Se debe constatar las patologías mórbidas y psiquiátricas de familiares cercanos y además si ha habido historia de ingresos o institucionalización de alguno de ellos.

Se debe preguntar sobre existencia de problemática alcohólica o de consumo de otras sustancias tóxicas en el ámbito familiar.

j) Exploración psicopatológica

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

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

k) Descripción general

Aspecto: Se debe describir el aspecto general del paciente y la impresión física general, postura, porte, vestimenta y aseo.

Conducta explícita y actividad psicomotora: Se refiere tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos de la conducta motora, así como los signos físicos de ansiedad.

Actitud: La actitud del paciente hacia el examinador se describe en términos de: Cooperador, amable, hostil, interesado, franco, o cualquier otro adjetivo que pueda ser útil. Se debe consignar el nivel de contacto que se consigue establecer.

l) Humor y afectividad

Humor: Se define como la emoción persistente y constante que exhibe la percepción del mundo del paciente.

Afecto: Es la respuesta emocional del paciente en el momento presente, incluida la cantidad y el rango de conducta expresiva.

Grado de adecuación al afecto: Es el grado de adecuación de las respuestas emocionales del paciente en el contexto del tema que se está comentando.

m) Características del lenguaje

Se describen las características físicas del lenguaje, en cuanto a cantidad, tasa de producción y cualidad.

n) Percepción

Se debe consignar cualquier alteración sensoperceptiva, describiendo cuál es el sentido afectado y el contenido de la experiencia alucinatoria o ilusoria. También son importantes las circunstancias que oculten en la experiencia alucinatoria y el momento preciso en que ocurren.

o) Contenido del pensamiento y tendencias mentales

Proceso del pensamiento: Se refiere a la forma del pensar, puede mostrar sobreabundancia como pobreza de ideas, deben consignarse las asociaciones de ideas y la continuidad de ellas.

Contenido del pensamiento: Se deben pesquisar alteraciones de contenido, como delirios, obsesiones, fobias, planes, intenciones e ideas recurrentes.

p) Control del pensamiento

Sensorio y cognición: Busca valorar la función orgánica cerebral del paciente.

Conciencia: Se refiere a la capacidad de darse cuenta de sí mismo y del entorno. Es muy importante su exploración porque influye considerablemente en el resto del examen mental.

Orientación y memoria: Se debe explorar la orientación temporal, espacial, la orientación auto y alopsíquica. Se debe investigar sobre la memoria remota, reciente, de fijación y sus alteraciones.

Concentración y atención: Se refiere al esfuerzo en centrarse en una determinada parte de la experiencia y la concentración.

Lectura y escritura

Capacidad viso espacial

Pensamiento abstracto: Capacidad para manejar conceptos, se utilizan test de similitudes, diferencias y refranes.

Información e inteligencia: Se utiliza test como el Mini Mental para objetivar este punto.

q) Impulsividad

Se evalúa el control de los impulsos, para asegurarse de que reconoce las conductas sociales básicas.

r) Juicio e introspección

El juicio se refiere a la capacidad del paciente de medir las consecuencias de sus actos y la introspección es el grado de conciencia y de comprensión del paciente sobre el hecho de sentirse enfermo.

s) Fiabilidad

El médico debe consignar su impresión sobre la veracidad y la sinceridad del paciente durante la entrevista.

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

t) Exploración física y neurológica

Es muy importante para descartar posibles causas orgánicas enmascaradas por síntomas psiquiátricos o concomitantes, en ningún caso debería omitirse.

u) Pruebas complementarias

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

v) Impresión diagnóstica

Una vez recogida y ordenada la exhaustiva información aportada por la anamnesis, las pruebas psicológicas y somáticas y por la exploración psicopatológica, hay que "comprender, explicar, analizar e interpretar" para establecer un diagnóstico inicial; de ahí que no se debe ser concluyentes, puesto que dependiendo de la evolución posterior del paciente se podrá modificar para encaminarnos a la elaboración de un diagnóstico definitivo.

Asimismo, en ocasiones el psicólogo se enfrenta a la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre dos o tres orientaciones diagnósticas debido a la complejidad de la sintomatología, que se confirmarán con el paso del tiempo y las posteriores revisiones.

En el caso de que haya habido hospitalizaciones previas, no se debe circunscribir exclusivamente al diagnóstico inicial sino que se debe analizar cuidadosamente el episodio actual para evaluar si se trata o no de la misma sintomatología o bien corresponde a un nuevo diagnóstico al que se debe realizar una modificación en su tratamiento de base.

w) Tratamiento y evolución

Se reflejará el tratamiento administrado al paciente y el consecuente proceso evolutivo. En las 5 sucesivas entrevistas debe valorarse si la respuesta terapéutica es favorable o no, si precisa sustitución de fármacos, si aparecen o no efectos secundarios o desfavorables y la intensidad de los mismos.

x) Pronóstico

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

2.3.4. Instrumentos útiles para elaborar el psicodiagnóstico

2.3.4.1. Entrevista psiquiátrica

La entrevista psiquiátrica es definida como el campo de estudio de las relaciones interpersonales, destacando más la interacción de los participantes de una situación social, que concentrándose exclusivamente en la economía supuestamente privada de cualquiera de los participantes. La entrevista psiquiátrica es un ejemplo especial de las relaciones interpersonales, y el término según es empleado aquí, no se refiere exclusivamente a la reunión de un psiquiatra y su paciente. La entrevista se caracteriza por la reunión de 2 personas, una de ellas reconocida como experta en materia de relaciones interpersonales, y la otra conocida como el cliente, entrevistado o paciente, que espera extraer algún provecho de una discusión seria con el experto, sobre sus necesidades. La situación está destinada a dar claridad a ciertas normas características de la vida del cliente, con la perspectiva de que tal elucidación le resulte de provecho. El término psiquiátrico según se lo emplea aquí, indica simplemente que la entrevista es considerada como un fenómeno

interpersonal, y que los datos para su estudio y comprensión deben ser derivados de la observación sobre de otra manera, de la observación del campo de su interacción.

En las situaciones de entrevistas cuyo objetivo es la abstención de datos sobre hechos por parte del entrevistador y en las cuales el beneficio subsiguiente para el entrevistado es de poca o ninguna importancia, no cabe, por esta definición, emplear al adjetivo Psiquiátrico.

El termino entrevista no es aplicado a un cierto periodo fijo de tiempo, sino mas bien a un curso de hechos de hechos interpersonales que pueden estar comprendidos, en cierto modo en una sola conferencia de sesenta o noventa minutos de duración, desarrollados con mayor amplitud durante el transcurso de varias conferencias o elaborados en las numerosas sesiones de psicoterapia intensiva.

Las características y movimientos más esenciales de la terapia más prolongada, están contenidos en una sola entrevista psiquiátrica. De esa manera, una gran parte de lo que se discute aquí en el término de la entrevista, tiene aplicación a todo el curso de un empeño psicoterapéutico.

A menudo hablamos u oímos hablar del arte de una cosa u otra: el arte de vender, el arte de la medicina, el arte de vivir o el arte de la entrevista. Empleados de esa manera, el vocablo arte puede indicar que una parte muy importante de la profesión o tarea es una relación interpersonal, cuyo hábil manejo desempeña un papel de suma importancia en el éxito o en el fracaso de la empresa. La palabra sugiere, asimismo, que los detalles de esa relación no están sujetos a observaciones y descripción; intuitivos, subjetivos o personales y pasibles de ser perjudicados de alguna manera al ser observados muy de cerca; o son insignificantes, y nada científico y por lo tanto no apropiados para un estudio objetivo. Así referirse al arte de entrevistar puede sugerir que los procesos en esa interacción no son variables, y que para razones que no están enteramente claras la situación podría florecer mejor en la atmosfera de reserva o aislamiento.

Sullivan (1945) pensó que en el método científico podía ser aplicado al estudio del campo interpersonal, y que las normas de acción en la entrevista podían ser identificadas, observadas y

definidas de una manera que, en cierto grado, trasladaría todo el proceso, apartándolo de la oscuridad de su arte, para llevarlo hacia la claridad de una ciencia. En ese sentido, Sullivan (1945) alcanza algún proceso, al presentar considerable atención a los componentes no verbales de la situación: tono de voz, pautas de dirección, expresión facial, gestos corporales. O sea las formas por las cuales se trasmite entre las personas una cantidad tan grande de significaciones, y cuya observación es a menudo e indiscriminadamente catalogada por un término tal como el de intuición.

Aquí la reunión de 2 personas, con el propósito de desarrollar un intercambio significativo de ideas dirigidas hacia su mutua ilustración, es una característica fundamental de la entrevista, tal reunión es complicada por la fuerza disyuntiva de la ansiedad experimentada por ambos participantes de la entrevista. El psiquiatra y el paciente, o sea el entrevistador y el entrevistado, tiene como motivo para reunirse el uno con el otro, ciertas consideraciones obvias. De El psiquiatra considera la reunión como un medio de practicar su profesión y de ganarse la vida. El paciente llega a la entrevista con el propósito de aprender más sobre ciertas características de su conducta que él considera que son, en cierto modo, un obstáculo y con la esperanza de modificar las mismas para s mayor satisfacción. A pesar de tales motivos, que parecerían actuar a favor del rápido progreso de la comunicación una característica nota de las entrevista psiquiátricas, que frecuentemente incurrieran en evasivas, de cuyas sutiliza puede muy bien no darse cuenta y hasta pueden desear retirarse de la situación antes de haber obtenido en ellos beneficios apreciables. El psiquiatra puede observar que su labor es obstaculizada por su propia irritación, fastidio, falta de atención y otras reacciones que aparentemente son inapropiadas para el experto en esta estabilidad. De esta manera, tanto el psiquiatra como el paciente, si bien se reúnen por motivos poderosos están, al mismo tiempo movidos por la ansiedad a retirarse uno del otro. Este interjuego de movimientos múltiples variantes de avance y retroceso es característico del campo de la entrevista.

Las operaciones por lo tanto por parte del psiquiatra como del paciente son inevitables acompañamientos de una entrevista y, por lo tanto, no pueden ser razonablemente consideradas como causas de regocijo o lamentación. Debido a su despliegue, el paciente no tiene por qué ser

catalogado como difícil o no cooperador, de la misma manera que tampoco puede juzgarse incompetente al psiquiatra aquí el psiquiatra debe estar siempre alerta a estas sutiles interacciones, no es muy probable que identifique inmediatamente a todas ellas. El fin de la entrevista no es eliminar esos movimientos, sino reconocerlos, explorar sus orígenes, y llegar a un entendimiento, a una comprensión de su significado en la situación que se estudia.

Para el psiquiatra, su experiencia de la ansiedad puede ser dedicada a un empleo útil en su trato con los pacientes así con otras personas. Para tales experiencias pueden tornarse en útiles herramientas terapéuticas, es necesario, imprescindible, identificarlas, llevarlas a la conciencia, comprender sus orígenes y modalidades, y aceptar su realidad como parte de la vida sin temor ni vergüenza. Todo esto es posiblemente una parte de la cuestión de ser un psiquiatra competente y un eficaz entrevistador.

La experiencia que lo lleva a uno a acentuar los aspectos peligrosos de los contactos humanos, y a levantar grandes barreras para protegerse de los mismos, constituye la historia de aquellos reconocidos como perturbadores mentales, así como de muchos otros cuyas dificultades pueden estar ocultas tras una fachada convencional.

Al llegar a una mayor comprensión de los efectos destructivos generales de la experiencia de ansiedad, su frecuencia en la vida cotidiana y la íntima relación que existe entre lo que se denomina vida normal y vida anormal, Sullivan (1945) desvió su interés hacia la enseñanza y el fomento de los esfuerzos de colaboración de los que trabajan en los distintos campos de las relaciones humanas. Si el paciente psiquiátrico no era una forma peculiar de mutación humana, u otra expresión de desastre biológico, sino que era, en notable grado, un reflejo de vivir del grupo que dirigía la de las personas afortunadas y normales, entonces el papel del psiquiatra tenía que cambiar. Los naufragos biológicos podían ser aislados y fiscalizados en instituciones, mientras los casos aislados de desviaciones podían ser tratados por los límites de una especialidad médica. Pero conforme se ensanchaba el interés psiquiatra, paralelamente al concepto más nuevo de su paciente como cuando menos una expresión parcial del grupo social, se torno evidente, y cada vez más, que los problemas psiquiátricos no podrían ser solucionados por medio de la creación de

un gran número de psiquiatras por muy eficientes que fueran, para entender a aquellos que podrían de modo concesible beneficiarse de sus esfuerzos.

Debe resultar claro que el presente trabajo no presenta una planificación definida de lo que el entrevistador tiene que hacer exactamente al conducir la entrevista. No acido compuesto con miras aquí sirva de bosquejo guía para la acción, sino mas bien a modo de una provocativa sucesión de ideas que puede resultar estimulantes para el pensamiento de cualquiera que conozca una entrevista.

El proceso psicoterapéutico y la entrevista psiquiátrica vista como segmento de aquel proceso pueden ser contemplados de esta manera operativa, en la cual la persona observada puede ser comprendida solo en términos de su relación con otras que ejercen influencia en su espacio vital o campo de vida, y en términos de la conducta del observador el terapeuta o entrevistador que es, necesariamente una parte de aquel campo.

En este sentido, el estudio de la entrevistase convierte en un estudio del proceso o la interacción que resulta de la presencia de los participantes en aquel campo. De ese estudio es posible extraer ciertas deducciones bastante exactas sobre la pasada experiencia de los participantes, según se refleja en la acción común.

Las preguntas y respuestas referentes a tal campo tiene que ser entonces lo que se denomina a menudo vagas, es decir, que no pueden ser constituyentes, definitivas y precisas. Pueden si ser sugestivas, provocativas y útiles para guiar una nueva investigación conforme uno participa y avanza con el proceso que se está estudiando. El intento de tratar con cantidades fijas sucintar preguntas como: ¿Qué es lo que digo ahora?, ¿Qué quiere decir el paciente cuando dice eso? Presenta un cuadro estático y en cierto modo irreal de la entrevista. Lo que digo y lo que quiere decir el paciente, pueden ser determinados solo en términos de contextos no es estático. Así en su consideración de la entrevista psiquiátrica, Sullivan (1945) refleja un movimiento, en su propio pensamiento, hacia un enfoque operativo del estudio de la psiquiatría, hacia un enfoque operativo

y lo que escribe puede comprenderse mejor cuando se tiene en cuenta ese punto de vista en desarrollo.

En su trabajo con pacientes esquizofrénicos, Sullivan (1945) descubrió que la técnica de la así llamada asociación libre no siempre rendía grandes beneficios. El paciente mudo no respondía, el paranoide tendía a repetir estereotipias paranoicas y el paciente que estaba cercano al pánico se aproximaba frecuentemente más a él, y se lanzaba a un gran despliegue de acción alocada que con frecuencia interrumpían efectivamente la relación. El paciente hebefrenico se mostraba generalmente poco dispuesto ante cualquier gestión de hablar libre y fácilmente. La persona obsesiva podía si hablar extensamente, pero a menudo con poca relación aparente con cualquier cosa que pudiera constituir seriamente un problema de su vivir. El paciente maniático se asociaba con una demostración excesiva de la voluntad, la persona deprimida se retiraba todavía más cuando se le pedía que se tranquilizara y hablara con libertad.

En nuestro día, la grabación de la entrevista psiquiátrica y su posterior estudio son cada vez más comunes. El paso siguiente que ya ha sido dado por algunos y fue propuesto por Sullivan, a fines de la década de 1920, es fotografiar las sesiones de la entrevista, con el propósito de obtener una buena visión de los componentes de comunicación no verbales y de gestos. Por medio de este sistema es posible que lleguemos a alcanzar una mayor comprensión de muchas cosas.

Una de las características realmente notables del hombre es su desarrollo de la palabra hablada, que tan extraordinariamente se adapta a su propósito. Cuando uno observa a una criatura, ve en ella a una persona a la cual interesa todo cuanto suceda a su alrededor, que siente gran curiosidad, que formula toda clase de preguntas, y que emplea la palabra hablada como un maravilloso medio de relación con el mundo que se está abriendo ante sus ojos. Luego llega la experiencia de la ansiedad en relación con los demás que no ha de reducir la influencia de los demás años anteriores a la vida verbal y el niño descubre que ciertas cualidades mágicas de la palabra hablada puede salvarle de algún modo, de esa distinción dolorosa de su propia estimación, aprende que frases como: Perdóneme usted, lo siento mucho, y otras elaboraciones de palabras que pueden obtener ciertas semblanza de aprobación. Y de esta manera se produce un notable proceso.

Justamente en el momento en que el niño está ampliando sus conocimientos sobre el universo y las gentes que lo habitan y ya es el lenguaje, la cual, unida a su vida curiosidad, habrá de apresurar a aquella expansión, experimenta un cambio que queda señalado por una construcción y un recogimiento. Su curiosidad es llegar a sentirse más preocupado por la protección de su propia estimación y por el empleo del lenguaje para ese fin, que por cualquier otra cosa, este proceso se produce aparentemente en cierto grado entre toda la gente de nuestra cultura, y en cualquier otra de que haya conocimiento.

Así son aquellos a quienes el psiquiatra ve como pacientes y muchísimos otros que jamás llegaran a conocer. Es este entremezclar comunicativos y definido del lenguaje, lo que caracteriza a todas las entrevistas psiquiátricas. Esto y el fondo de ansiedad que lo origina, constituyen el tema central de este trabajo.

Es el estudio de las relaciones interpersonales y desde que se afirmado que esta es una zona perfectamente valedera para la aplicación de métodos científicos, hemos llegado a la conclusión de que los datos referentes a la psiquiatría emergen únicamente de una observación participante.

La entrevista psiquiátrica es una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos o más o menos voluntariamente integrado sobre una base progresivamente desarrollada de experto cliente con el propósito de aluciar pautas o normas experimentadas como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio.

La entrevista psiquiátrica expresa que tal entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal, no solamente comunicación verbal. Las personas esquizofrénicas son seres muy piidos, de escasa estimación propia y sujetos a la sospecha de que son particularmente apreciadas y respetadas por lo extraño.

2.3.4.2. Tests psicológicos

Los tests psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. La justificación teórica de la evaluación mediante el uso de test psicológicos, es que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provocan es valorado en mayor o menor medida en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto, a la vez que este comportamiento específico ante determinado reactivo debe representar lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde la capacidad que se está evaluando se pone en ejecución real.

Los tests psicológicos suponen poder provocar una situación cuasi experimental en la que un sujeto o grupo de personas son estimulados a realizar determinado tipo de actividades, (leer, relatar, repetir, dibujar, resolver, completar, comparar, escribir, armar, ordenar), siguiendo ciertas consignas pautadas y uniformes, con la finalidad de poder comparar esas actividades con las realizadas por personas homogéneas según sexo, edad, y realidad sociocultural, en base a los cuales se han elaborado valores promedio y de dispersión (baremos). Las técnicas que se basan en normas estadísticas, parten del supuesto de que la variable que se pretende medir se operacionaliza en dimensiones que se distribuyen en la población general según el modelo matemático de la curva normal. Una técnica basada en datos normativos elabora los mismos a partir de su administración a una muestra representativa de sujetos que va a usarse como una medida estándar, en relación al cual se compararán las ejecuciones o logros individuales. Interesa determinar el grado en que un sujeto se diferencia de otros homogéneos a él en relación a la característica o variable que se está midiendo.

2.3.4.2.1. Tipos de tests psicológicos

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

- a. Test psicométricos: Básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, daño

cerebral y comprensión verbal.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetiva.

b. Tests proyectivos: inscritos dentro de la corriente dinámica de la Psicología, parten de: Una hipótesis menos estructurada que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona para así presumir rasgos de su personalidad, la actividad proyectiva puede ser gráfica (Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP), o narrativa (TAT, Symonds, CAT, Rorschach), su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

2.3.4.2.2. Áreas de aplicación de los tests

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

Dentro de las áreas aplicadas de la psicología el uso de tests es fundamental en las siguientes:

- a) Psicología Clínica: quizás la más popularmente relacionada con el uso de tests, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico como al

momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

- b) **Psicología Educativa y Orientación Vocacional:** en esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.
- c) **Psicología Organizacional y Laboral:** al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado.

2.3.5. Diagnóstico multiaxial

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-1V se incluyen cinco ejes:

- a. Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- b. Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental
- c. Eje III Enfermedades médicas
- d. Eje IV Problemas psicosociales y ambientales
- e. Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en

el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico.

Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

El resto de este apartado describe cada uno de los ejes DSM-IV. En algunos centros o situaciones los clínicos pueden preferir no utilizar el sistema multiaxial. Por esta razón, al final del apartado se dan ciertas directrices para informar sobre los resultados de una evaluación DSM-IV sin aplicar el sistema multiaxial formal.

2.3.5.1. Manuales de psicodiagnóstico

2.3.5.1.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la *American Psychiatric Association* (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratarlos distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV-TR). Ya ha salido un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV provoca controversia dentro de los profesionales en su uso diagnóstico. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM está realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas biología, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría.

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

a. Diagnóstico a través del DSM-IV

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Donde se describe el o los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobias social, fobias específicas e hipocondrías.)

Eje II: Donde se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (por ejemplo: trastorno de personalidad límite, retraso mental moderado, entre otros).

Eje III: Donde se especifican afecciones médicas que presente el paciente (si es que existen).

Eje IV: Donde se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales o duelo.)

Eje V: Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

2.3.5.1.2. Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (*International Statistical Classification of Diseases es and Related Health Problems*), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares.

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina.

Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *Family of International Classification*.

La lista CIE-10 tiene su origen en la lista de causas de muerte, cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. En este momento, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 fue desarrollada en 1992 para rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia

introdujo su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá introdujo en el 2000 su versión, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

2.3.5.1.3. Guía Latinoamericana de Trastornos Psiquiátricos GLADP

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), más allá de optimizar el uso instrumental y la utilización de un modelo de psicodiagnóstico, ajustado a estándares internacionales, implica el ajuste de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas.

Es el éxito y el logro de los fines del uso del modelo multiaxial alcanzado en la práctica del diagnóstico psiquiátrico, que lo lleva a su perfección, al punto de estimular el surgimiento de nuevas propuestas al respecto, como en el caso de la Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL), que respetando el modelo y el sistema de base propuesto por la OMS sobre el tema, proponen el sistema GLADP.

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

Este sistema propuesto por la APAL establece el manejo del diagnóstico multiaxial, en cuatro ejes, ubicando los trastornos clínicos con todas las categorías y sub-categorías de la CIE 10, así como las condiciones no patológicas que demanda atención del clínico, incorporando, lo que se constituye como aporte, los síndromes culturales latinoamericanos, en el primer eje. Las

discapacidades para el segundo eje; factores contextuales para el tercer eje. Cerrando como cuarto eje los indicadores de la calidad de vida del paciente.

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

2.4. Psicoterapia

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

2.4.1. La relación terapéutica

Se refiere a la relación entre terapeuta y cliente, se trata de una relación Profesional. El terapeuta se interesa por el cliente, pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas de su carácter profesional se derivan otras características de la relación terapéutica, tales como:

1. Asimetría: Porque se inicia a partir de la demanda del cliente y se centra en sus necesidades su carácter retributivo se le paga por su trabajo.
2. Encuadre: Se refiere al conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia. Se recomienda que el terapeuta y el cliente no mantengan ningún otro tipo de relación, ya sea comercial, profesional o personal, fuera de las sesiones terapéuticas. También es aconsejable que el terapeuta no acepte como cliente a un familiar, un amigo o un conocido con quien mantiene una relación previa.

a) La actitud de incondicionalidad y apoyo al paciente enmarca toda la actividad terapéutica. Si bien son actitudes siempre deseables en la terapia, con esta población se convierten en características indispensables, siempre matizando que este apoyo debe ser adaptativo y no debe convertirse en un comportamiento que aumente los sentimientos de inutilidad personal del paciente y la sensación de dependencia del terapeuta. Así, debe establecerse una buena relación empática y cálida con el paciente para que éste se sienta comprendido y no criticado y de esta forma pensar que realmente el terapeuta está interesado por su caso y puede ayudarlo.

b) El terapeuta debe presentar un modelo de comportamiento asertivo (no crítico ni sumiso) durante las sesiones, para que el paciente aumente su credibilidad respecto a la eficacia de las técnicas y aprecie opciones de respuesta a su problema.

El terapeuta no debe perder la paciencia ante una crítica o negativismo reiterados del paciente hacia la terapia o hacia las posibilidades de mejoría. Tampoco debe actuar de una forma sumisa, al no ser capaz de extinguir comportamientos de quejas reiteradas del paciente durante la sesión (muy frecuentes entre las personas mayores deprimidas, especialmente entre las

mujeres), que pueden llegar, por constancia, a impedir el desarrollo de la terapia, ni debe permitir que sea únicamente el paciente quien controle las sesiones (el contenido de ellas, de qué tema se va a tratar, los ejercicios a realizar) por un déficit de asertividad en la dirección del proceso terapéutico.

c) El terapeuta debe presentar las habilidades instrumentales básicas de refuerzo para motivar al paciente en la realización de las tareas o reforzar sus adelantos en la terapia, transmitiéndole la idea de que él puede conseguir los objetivos que se vayan proponiendo en las sesiones. Los pacientes mayores, como el resto de los grupos de edad, responden bien a las habilidades de motivación y de refuerzo del terapeuta, especialmente en la depresión.

d) El terapeuta debe presentar habilidades pedagógicas guiadas siempre por una fina sensibilidad clínica, es decir, no olvidando que "lo pedagógico" está al servicio de lo clínico, a la hora de explicar las estrategias a utilizar, las fases de la terapia y la forma en que han de llevarse a cabo las tareas. Asimismo, es recomendable que se manejen con agilidad y pedagogía los términos técnicos necesarios para explicar una estrategia, o una hipótesis de por la que el problema se perpetúa, ya que esto puede actuar como un factor motivador para el paciente.

e) El terapeuta debe disponer de las habilidades cognitivas (lógicas o de búsqueda de contradicciones.) necesarias, en los casos de depresión, para ejercitar ciertas técnicas sofisticadas como la reestructuración cognitiva. Presentarlas con la implicación emocional necesaria para que éstas surtan el efecto deseado, como es el caso de la discusión de una idea irracional, en la práctica de la terapia racional emotiva.

f) El terapeuta debe sistematizar todo el proceso de intervención, preparar las sesiones por adelantado, tener objetivos claros a desarrollar en las mismas y negociar los contenidos de cada sesión al inicio de cada una con el paciente. Conviene invitarles a que progresivamente ellos asuman el contenido de la agenda de las sesiones siguientes, a fin de reforzarles la toma de iniciativas.

2.4.2. Competencias de la psicoterapia

Áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad). Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores: evaluar la posibilidad de éxito del cliente; preparar a los clientes para la terapia; y acomodar la terapia al cliente. La tarea principal de un terapeuta es evaluar donde se encuentran bloqueados los clientes, qué hacen para superar el bloqueo, y cómo puede influir sobre ellos beneficiosamente para salir de la situación. Los elementos que deben tenerse en cuenta para hacer estas evaluaciones son los siguientes: 1) como el cliente establece sus relaciones interpersonales (competencias sociales generales, manejo de relaciones íntimas, proceso de socialización); 2) pensamientos y sentimientos (competencias intelectuales, aptitud para reconocer sentimientos, excitaciones emocionales adecuadas y equilibrio entre pensar y sentir.); 3) formas de percibir el yo y la vida (expectativas realistas hacia uno mismo y sus metas en la vida, capacidad para sentir placer y satisfacción saludables y voluntad para mantener una meta.); 4) evaluación de esquemas inadaptativos (autonomía, privación emocional, abandono, aislamiento social, valía personal, límites y normas). El establecimiento de metas y la terminación son dos procesos que están relacionados entre sí, porque la terminación exitosa del tratamiento es una meta terapéutica importante. Los terapeutas son en cierto modo filósofos con sus propias concepciones acerca de la naturaleza de las personas y de sus trastornos, y sus percepciones e interpretaciones que ofrecen a los clientes son necesariamente subjetivas.

2.4.3. El proceso terapéutico

Los puntos más relevantes en las primeras sesiones serían las siguientes:

a) Recogida estructurada de la información y análisis funcional.

El proceso terapéutico comienza con la recogida de la información a través de autorregistros y demás instrumentos, hasta completar el análisis de las respuestas problema. Continúa con la

conceptualización y explicación de los datos recogidos en el análisis y del establecimiento de las relaciones entre los diferentes componentes de la respuesta problema, las consecuencias de la misma y la interacción entre las diferentes variables que intervienen en el proceso. Los autorregistros clásicos en depresión en la vejez, en general, son de difícil uso y cuando se utilizan en la práctica clínica deben ser simplificados al máximo, utilizando vías alternativas como escribir un diario que recoja los momentos agradables como los depresivos, grabar pensamientos y sentimientos negativos en un casete por citar algunos ejemplos.

b) Formulación y explicación al paciente y a la familia.

El siguiente paso consiste en la explicación pedagógica al paciente de sus problemas y la formulación de los objetivos de la terapia que se trabajarán. Algunos de los objetivos se consiguen explicándole a un paciente mayor por qué está deprimido y cuáles son los factores por los que existen sus problemas. Y esto es de gran importancia. También se debe tener en cuenta que esta explicación debe realizarse como una hipótesis explicativa provisional al final de la primera sesión de terapia. Con todo ello se persiguen los siguientes objetivos:

1. Instaurar un nuevo lenguaje no moralista ni crítico, lenguaje frecuente en los pacientes con depresión, que puede incluir comentarios de desvalorización personal tales como "si estoy deprimida ya no valgo para nada" o "no soy útil para nadie, luego para qué voy a seguir viviendo". Con este nuevo lenguaje se definen los problemas del paciente de modo consensuado con él y en términos cognitivo-conductuales.
2. Eliminar la justificación para los fracasos ("ya no puedo andar tan deprisa como antes podía porque estoy hecho un torpe y un inútil"), que genera sentimientos depresivos; en otros casos la causa se atribuye al exterior ("mis nietos ya no me hacen tanto caso porque no son buenos nietos"), y este estilo genera sentimientos y respuestas agresivas hacia los otros (la familia fundamentalmente) y conductas de queja depresivas. En ocasiones se presentan estos dos estilos al mismo tiempo de forma dicotómica y alternante.
3. Como se ve, los pacientes buscan una explicación a su problema; si el terapeuta no evalúa este aspecto corre el riesgo de que el paciente abandone la terapia, puesto que esta atribución de su problema de depresión (por ejemplo, "si valiera más no me deprimiría",

"estoy así porque soy un inútil") va a marcar las expectativas de cambio y las relacionadas con el tipo de terapia que espera recibir. Por ejemplo, con el segundo tipo de atribución el paciente puede esperar que el terapeuta cambie el comportamiento de los nietos sin que él tenga que hacer nada para enfrentarse a las situaciones problema, sin plantearse que, por ejemplo, ayudaría a resolver el problema el que él se expresase sin quejas, culpabilizaciones y de forma más asertiva.

4. Definir y justificar los objetivos de la intervención: si se plantean como objetivos los pensamientos negativos, las conductas pasivas o de aislamiento social, o las de delegación de responsabilidades en los otros, o las de queja o llanto, hay que poner en relación estos objetivos con la persistencia del problema del paciente, puesto que debe quedar claro para él por qué está deprimido, por qué piensa y/o actúa de esa forma, qué relación tienen estas variables con su problema y por qué motivo tiene que cambiar esas respuestas.
5. Ajustar las expectativas con respecto al tipo de terapia, duración de la misma y rol que el paciente va a representar, explicitándole claramente qué se espera de él y qué tiene que cambiar y por qué. No controlar estos temas puede ser un riesgo de abandono voluntario del tratamiento, ya que puede existir una gran discrepancia entre lo que el paciente esperaba y lo que se le va a ofrecer en el tratamiento. Todos estos aspectos se justifican con la explicación adecuada de la hipótesis.
6. Crear expectativas de cambio y aliviar el estado de ánimo negativo y la desesperanza, haciéndole ver que su problema puede ser entendido de modo distinto ha como lo había visto hasta entonces, implicando la solución de sus sentimientos negativos y un abordaje más práctico y constructivo a sus problemas.
7. Generar empatía. Con las personas mayores la generación de empatía, comprensión y apoyo incondicional al paciente son básicos para poder conseguir los objetivos terapéuticos, ya que sin ellos los pacientes corren un mayor riesgo de abandonar la terapia o terminarla sin éxito.
8. Informar a la familia. Especialmente en esta población la familia debe ser informada de los motivos que mantienen el problema del paciente. Se trata de eliminar valoraciones morales ("es un egoísta", "sólo piensa en él"), comportamientos críticos, agresivos ("lo hace para fastidiarnos o llamar la atención", "tiene muy mala idea"), o protectores

("pobrecito, está tan torpe que hay que hacerlo todo por él") que pueden actuar como mantenedores de las respuestas de depresión (conductas pasivas, sentimientos de inutilidad, conductas agresivas o de irritabilidad de los pacientes deprimidos hacia la familia) y dificultar el éxito del tratamiento.

2.4.4 Modelos de psicoterapia

Un modelo puede ser el referencial teórico al cual un profesional se adscribe tratando de imitar sus principales postulados pues los considera creíbles, válidos y dignos de ser imitados. En el otro extremo sería asumir el modelo como una representación a pequeña escala de los aspectos esenciales del referencial teórico, lo que daría al mismo una mayor flexibilidad.

Disponer de un modelo permite sistematizar las categorías esenciales y los procedimientos metodológicos que sirvan de guía para la práctica profesional. Además permite organizar la diversidad de las informaciones y las acciones a implementar. Es importante destacar que se debe tener flexibilidad a la hora de aplicar un modelo por lo que debemos ajustar los conceptos a las personas y no las personas a los conceptos.

2.4.4.1 Modelo psicodinámico

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

El psicoanálisis fue creado por Freud (1856-1939). Su obra fue influenciada por Herbert (1841) que mantenía una idea asociacionista de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro preconscious; por Fechner (1801-1887), creador de la psicofísica, del que aprovechó su concepto de umbral para elaborar el concepto de censura; por Brucke (1819-1892) y T. Meynert (1833-

1892), fisiólogos y maestros de Freud, de los que recoge conceptos como el de los procesos primarios y secundarios; por Brentano(1838-1917) del que deriva el concepto de Yo como función autónoma y por el desarrolló del método hipnótico y catártico de J.Breuer.

Seixas y Miró, a la hora de exponer el desarrollo de la obra de Freud, la divide en cuatro etapas:

1. La etapa pre fundacional (1886-1895): En ella Freud clasifica las neurosis y busca un método de tratamiento para las mismas. En esta época son relevantes sus obras: "Los estudios sobre la histeria" (1895, publicada con Breuer) y "Proyecto de una psicología científica para neurólogos (1895, obra que no llegó a publicar en vida). Desarrolla un modelo causal de las histerias basado en las experiencias traumáticas del sujeto que quedan a nivel inconsciente y desarrolla una teoría de los procesos psíquicos como energía que circula por determinadas estructuras cerebrales.
2. La etapa fundacional (1895-1895): Los rasgos sobresalientes de esta etapa son el desarrollo del método de la asociación libre y el abandono de la teoría de las experiencias traumáticas (seducción infantil). El método de la asociación libre lo comenzó a utilizar con el mismo (autoanálisis) y le sirvió para descubrir sus deseos incestuosos hacia su madre, que formuló como Complejo de Edipo y que extendió como fenómeno universal.
3. La etapa de la Psicología del Ello (1900-1914). Se fundamenta en el concepto de libido, que sirve como base a la teoría psicoanalítica .Por libido se entiende la fuente de energía del psiquismo, la pulsión sexual (aunque no limitada a lo genital), que puede reprimirse, descargarse, sublimarse, etc. Las transformaciones de la libido regulan la elección de objeto (relaciones personales) y la formación del carácter o estructura psíquica esta época pertenece "La interpretación de los sueños" (1900), "Psicoterapia de la vida cotidiana"(1904) y "Tres ensayos sobre teoría sexual"(1905). Concibe las neurosis como resultado de una regresión o fijación en el desarrollo psicosexual. Elabora la noción de Inconsciente en una primera teoría (primera tópica), los sueños como realizaciones inconscientes de deseos, la descripción de la estructura mental en consciente, preconscious, inconsciente, la descripción de los mecanismos de defensa y la diferencia

psicosexual. Estructural entre hombre y mujer. Desde el punto de vista terapéutico se desarrolla el análisis de los sueños con el método de la asociación libre.

4. La etapa de la Psicología del Yo (1914-1939). En esta fase desarrolla su segunda teoría de la estructura mental (segunda tópica) que se organiza como fuerzas psíquicas en conflictos entre el Ello, el Yo y el Superyó. También introduce en las fuerzas pulsionales de la libido el concepto de pulsión de muerte (Tantos). A esta época pertenecen las obras: "Introducción a la metapsicología" (1915), "Mas allá del principio de placer" (1920) y "El Ego y el Id" (1924). A partir de este momento el Yo se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico, y el psicoanálisis se dirige a aliviar al yo de las presiones tanto del ello como del superyó.

Los principales disidentes del psicoanálisis freudiano (Adler y Jung) habían formado parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos psicológicos y psicoterapéuticos. Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación, proponiendo un método terapéutico más directivo centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales y es el fundador de las primeras clínicas de trabajo psicológico con problemas infantiles. Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobre todo en las religiones.

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes: Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objétales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destaca las aportaciones de la llamada Psicología del Yo y de las relaciones objétales (Sullivan, Hartan, Rapador, Ana Freud). Otra tendencia destaca el papel de las experiencias tempranas en el funcionamiento de la personalidad (M.Klein, Mahler y J.Bowlby) .Una tercera línea intenta de aplicar el psicoanálisis a otras patologías distintas a la neurosis como las psicosis y los trastornos de personalidad (Fromm, Recaman, Sullivan, Chut y Cerner). Una cuarta línea destaca el papel de los aspectos psicosociales en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (Sullivan, Fromm, Erickson.). Una

quinta línea, muy relevante para la psicoterapia, aplica formas breves de psicoterapia psicoanalítica basadas en la investigación (Mann, Sifones, Mallan, Davalo y Stripper). Otra sexta línea retoma el psicoanálisis en un intento de volver a sus fuentes a partir de la obra de J.Lacan y su tesis del Inconsciente estructurado como un lenguaje. Por último, una sexta línea más actual, intenta de acercar el psicoanálisis a los modelos de la psicología cognitiva (Erdelyi, Peterfreund, Volví, Arieta). La nota común es la diversidad.

2.4.4.1.1. Conceptos fundamentales

Se suele definir el psicoanálisis desde cuatro niveles:

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

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

- a. Modelo Topográfico: Pertenece a la etapa de fundación del psicoanálisis. Freud en esta época distinguía tres niveles de conciencia: El Inconsciente, gobernado por los procesos primarios (ilógicos e intemporales) que contiene los recuerdos, imágenes, sentimientos y deseos no accesibles a la conciencia; El Pre consciente que intermedia entre el inconsciente y el consciente, donde pueden acceder ciertos contenidos, y el Consciente,

gobernado por los procesos secundarios(lógicos y racionales), que se identifica en gran parte con el Yo y con el principio de realidad (ajuste al entorno).

- b. Modelo Dinámico: Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte inconsciente, derivado del Yo, y los principios normativos o morales del individuo consciente e inconsciente. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.
- c. Modelo Económico: Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía. El principio de realidad hace que la energía libidinal quede ligada a un objeto (relación de catibia) para su descarga o satisfacción.
- d. Modelo Genético: Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la "oral" relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca: Los comportamientos adultos de fumar, beber, etc. se relacionarían con ella. Le sigue la fase "anal", segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces. La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la "fálica", entre los tres y cinco años, se relaciona con la zona erógena de los genitales, y la superación de la misma se relaciona con la resolución del "Complejo de Edipo". La última fase es la fase "genital" que se relaciona con la capacidad orgásmica y actividades de recepción y expresión de sensaciones sexuales y afectivas agradables.
- e. Modelo Estructural: Pertenece a la última etapa de la producción de Freud. Se distinguen tres estructuras mentales: El Ello (Id) que es la fuente de la energía mental, de los deseos

e instintos básicos no normativizados culturalmente de origen inconsciente; El Superyó (Supe rego) derivado de los valores normativos y morales de la cultura transmitidos familiarmente, y el Yo (Ego), situado entre los dos anteriores y que tiene por misión mediar entre los dos anteriores (entre los deseos inconscientes y las normas que los restringen) así como con el medio externo. El Ello es totalmente inconsciente, el Yo es en parte consciente y en parte inconsciente, y el Superyó es también parcialmente consciente e inconsciente (normas interiorizadas en la primera infancia).

2.4.4.1.2. Método terapéutico

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

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

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

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su

historia vital (por lo general los padres). La re experimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes (que se van haciendo más conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina Análisis de la Transferencia.

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

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

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

2.4.4.1.3. El psicoanálisis según Lacan

Lacan desarrolla una teoría del sujeto que supone un retorno radical a Freud a través de su formulación del inconsciente estructurado como un lenguaje.

El psicoanálisis de la I.P.A (Asociación Psicoanalítica Internacional), según Lacan, se había alejado de los postulados freudianos a través de las teorías del yo. Postulaban el "yo autónomo" frente al inconsciente, con el riesgo de acercarse a las teorías psicológicas no psicoanalíticas; y a las formulaciones neo freudianas que postulaban una etiología sociocultural de los trastornos mentales.

Se trata de volver a Freud de manera radical, y afirmar que el yo no es el sujeto. El sujeto está dividido entre el yo (lo consciente) y el Otro con mayúsculas (el inconsciente). Esa división se debe al efecto del lenguaje. En contra de la tradición filosófica racionalista y empirista que sitúan al yo como centro racional o verificador de la experiencia, Lacan afirma: "Yo pienso donde no estoy; yo estoy donde no pienso". El lugar del sujeto de la consciencia no es el lugar del sujeto del inconsciente. El ser no está en la conciencia, sino en el Otro del inconsciente.

El inconsciente se estructura mediante tres registros: lo imaginario, lo simbólico y lo real.

1. Lo imaginario hace referencia a las identificaciones del sujeto con una serie de imágenes. El estadio del espejo, donde el niño ve por primera vez su imagen en el espejo, va a permitirle-y-confundirle diferenciar su propio cuerpo del de otros. La relación afectiva posterior del sujeto con otros va a vincularse a la propia relación entre el mismo y sus imágenes de identificación.
2. Lo simbólico hace referencia a la entrada del lenguaje en la formulación de lo inconsciente. Nombrando su experiencia, dándole palabras, se sustituye el objeto por su representación simbólica. El objeto primordial que se sustituye es la ausencia de la madre. Su ausencia indica que ella desea en otra parte (hacia el padre). Esa ausencia va ligada al deseo del niño por su madre que se reprime mediante los significantes lingüísticos que se encadenan unos a otros. La cadena de significantes genera a su vez la metáfora. La metáfora genera una sustitución de unos significantes por otros, hasta el significante primero: el deseo de la madre. La metáfora del nombre del padre sustituirá al deseo de la madre. Esta representa que la madre desea el falo del padre, y al mismo tiempo una barrera para con el deseo de la madre para con el niño.

3. Lo real hace referencia a lo que escapa a la simbolización del lenguaje. La distinción entre el objeto real deseado y los objetos sustitutivos simbolizados definen también el lugar de lo real.

En resumen, la constitución del sujeto (que no es el yo consciente), aparece con un sujeto que paga un precio: de un lado su división (vía represión) y por otro la pérdida que supone, la renuncia al objeto primordial.

También Lacan introduce en el aspecto terapéutico del psicoanálisis "las sesiones de duración variable". El tiempo del inconsciente no es el tiempo del reloj, y por lo tanto esto afecta a la duración de la sesión psicoanalítica. El paciente no sabe cuánto durará su sesión, ya que esta puede ser interrumpida en cualquier momento por el analista como ocasión para que surja el deseo inconsciente. La sesión se centra en el desarrollo de la cadena de significantes, a través de la asociación libre y las reglas terapéuticas. Ello permitirá, no sin grandes dificultades resistencias, que el inconsciente actúe como un lenguaje.

2.4.4.2 Modelo conductual

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

A partir de 1950 surgen tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta: En Inglaterra H. J. Eysenck (1952) publica su ácido artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis (entiéndase terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofármacos). Este autor siguiendo la tradición de Pavlov basa su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. Desde Sudafrica, Wolpe (1958) desarrolla un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis, basado en el condicionamiento clásico y en la "de sensibilización sistemática". Este autor muestra en sus obras como esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis. El tercer foco deriva de los E.E.U.U donde la obra de B.F. Skinner basada en el condicionamiento operante se aplica con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes psicóticos.

En 1959, Eysenck introduce el término terapia de conducta para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje (clásico y operante) y en una metodología científica de tratamiento. En la década de 1960, se desarrolla por Bandura (1969) el tercer tipo de aprendizaje humano relevante: el aprendizaje por imitación o modelado. En la siguiente década, los años setenta comienzan a cuestionarse la suficiencia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivos-conductuales como el paradigma A-B-C (Acontecimiento-Cognición-Consecuencia) de Ellis (1962), los enfoques cognitivos de la depresión de Beck (1966), los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum (1977) y la teoría de las expectativas de auto eficacia de Bandura (1977) dentro de su enfoque de aprendizaje social.

De forma general, se genera así dos grandes corrientes en la terapia de conducta: aquellos que rechazan los términos mentalistas y apoyan la suficiencia del condicionamiento para la explicación y el tratamiento de los problemas psicológicos (abanderados por Golpe y los seguidores de Skinner) y aquellos otros, que aun reconociendo la importancia del condicionamiento, lo ven insuficiente para abordar los problemas psíquicos (Eisenack y sus seguidores destacan el papel de los factores biológicos; y los terapeutas cognitivos el papel de los significados subjetivos como las creencias, atribuciones, metas e interpretaciones personales).

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

Algunos autores destacan como su último desarrollo las llamadas terapias cognitivas. Para otros autores (Beck) las terapias cognitivas se basan en un modelo del hombre y la terapia distinto al mantenido en la terapia de conducta más tradicional. Sin embargo en la terapia cognitiva se utiliza con profusión las técnicas conductuales como procedimiento de cambio de significados cognitivos. Nosotros trataremos estas terapias en otro punto por tener algunas características distintivas a estos modelos conductuales.

Los postulados básicos del modelo conductual son:

1. La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma "superficial" de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.
2. La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.
3. La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta.
4. La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.
5. El estudio del "sujeto conductual" consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.

6. El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como se suele malinterpretar, sino más bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta (Skinner, 1974).
7. La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingencia les actuales.
8. El terapeuta de conducta "siente" un profundo respeto por la persona de su paciente, y le informa de sus intervenciones, de las que suele pedir consentimiento. La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta. Los terapeutas de conducta están profundamente interesados en mantener una adecuada relación terapéutica con sus clientes.

2.4.4.2.1. Conceptos fundamentales

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

El paradigma del condicionamiento clásico se refiere al aprendizaje basado en la asociación de un estímulo neutro, que posteriormente adquirirá poder para felicitar la conducta (estímulo condicionado) al asociarse con un estímulo incondicionado. Aunque el condicionamiento clásico supone que el estímulo condicionado antecede por lo general al incondicionado; también existe el caso inverso donde el estímulo condicionado sigue al estímulo incondicionado, es el llamado condicionamiento hacia atrás.

El condicionamiento clásico ha sido propuesto para explicar y tratar diversos fenómenos neuróticos. La llamada Teoría de los dos factores (Mowrer, 1946) propone que la respuesta de ansiedad se condiciona a un estímulo neutro (primer factor) y que la respuesta de escape o evitación es reforzada por la reducción de la ansiedad, como respuesta operante (segundo factor). Eisenach (1982) desarrolla su teoría de incubación del miedo donde el estímulo condicionado de carácter fuerte puede adquirir las características del incondicionado, aunque este no termine presentándose, manteniéndose la respuesta ansiosa sin extinguirse (la llamada paradoja neurótica).

El paradigma del condicionamiento operante se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular (estímulo discriminativo) se hace más probable si es seguida de una consecuencia o contingencia reforzante. En este paradigma la conducta no está controlada por sus antecedentes (no es una E- R) sino por sus consecuencias (R-C). Si una conducta aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso reforzamiento positivo. Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un estímulo aversivo, se denomina a ese proceso como reforzamiento negativo. Si la probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como castigo. Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes (positivas o negativas) se denomina al proceso como extinción.

Los principios del condicionamiento operante han sido propuestos para explicar y modificar diversas conductas anormales como la depresión (Lewinsohn, 1974), evitación o "defensas" de los trastornos neuróticos (Mowrer, 1949), conducta histriónica (Ulmén y Krasner, 1969), esquizofrenia (Ulmén y Krasner, 1975), problemas de la pareja (Lineman y Rosenthal, 1979), toxicomanías (Kepner, 1964).

El tercer paradigma es el llamado condicionamiento vicario o aprendizaje por moldeamiento o imitación. Las personas no solo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los resultados de sus acciones sino también por observación de cómo actúan otras personas reales o

actores simbólicos (historias y relatos). Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para relacionarse con los demás y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas están mediados por este proceso.

También los conductistas más actuales han destacado no solo el papel del aprendizaje y la cultura social en la conducta humana sino también la importancia de los factores biológicos. Por ejemplo, tanto Eisenach (1967) como Gray (1975) postulan bases biológicas para las diferencias de personalidad entre los sujetos; y Solimán (1971) desarrolla su teoría de las fobias preparadas biológicamente.

Otro aspecto destacable son las teorías del autocontrol y el interaccionadme recíproco. Aunque la persona está en gran parte controlada por sus contingencias ambientales y su historia de aprendizaje, su propio repertorio conductual le permite ejercer cierto autocontrol sobre su propia conducta y sobre el entorno, de modo que este y ella (la persona y el entorno) se modifican recíprocamente (Skinner, 1975; Bandura, 1984).

Queda claro que el conductismo actual está lejos de ser una simple teoría Estimulo - Respuesta.

2.4.4.2.2. Método terapéutico

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en "traducir" el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como "cogniciones", "emociones" y "conductas") y en determinar las variables que las mantienen (organismicas-mediacionales, antecedentes estimulares y contingencias de refuerzo) (Cónfer y Saslow, 1967).

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

También hay que destacar que la misma Relación Terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente). Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función (Edelstein y Yoman, 1991).

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

1. Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: La más conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de De sensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse más o menos gradualmente a las fuentes estímulares de su ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La de sensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.
2. Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas(Reforzamiento y Moldeamiento por aproximaciones sucesivas.) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas(Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta y Control de estímulos).
3. Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información

correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Afectividad.

4. Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son el autor registros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación- Valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos-Conductuales o conductistas cognitivos.

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

Los desarrollos actuales del conductismo y la terapia de conducta se mueven entre dos polaridades más o menos extremas, los que defienden los principios conductistas más radicales (Conductismo Radical de Skinner), los que combinan principios conductistas y cognitivos (Psicólogos Cognitivos-Conductuales (Beck, Ellis) y aquellos que se consideran ajenos al conductismo, aunque conectados históricamente al mismo (Psicólogos Cognitivos-Constructivistas como Mahoney y Guidano). Estos tres grupos a su vez suelen ser denominados en la psicoterapia como pertenecientes a la Modificación de Conducta. Aunque sus objetivos filosofías y métodos suelen ser diversos, por lo general son complementarios, al intervenir sobre distintos niveles, áreas o dominios conductuales.

2.4.4.3 Modelo humanista

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

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

Estas psicoterapias se desarrollan sobretodo en norteamérica, en gran parte al margen de la tradición académica. Sus antecedentes filosóficos se encuentran en autores como F. Brentano(1838-1917) que destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E. Husserl (1859-1938) que destaca el análisis de la experiencia inmediata, de la conciencia pura, a través del método fenomenológico; K. Jaspers(1883-1969), filósofo y psicopatología que introduce en psiquiatría el método fenomenológico como forma de describir las vivencias anómalas del enfermo psíquico; S. Kierkegaard (1813-1855), precursor del existencialismo y que describe los problemas del significado de la vida la muerte, y la ansiedad existencial; L. Binswanger(1881-1966), psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado dasein análisis (forma de ser-en-el-mundo); J.P.Sartre (1905-1980), que destaca el como la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por sí mismo. El ser humano es radicalmente libre, y se auto determina mediante su proyecto existencial a través de sus decisiones (hay que notar que la concepción budista del "karma" es similar a esta existencial en cierto grado) y al psiquiatra V. Frankl (1905) que a partir de su propia experiencia radical de prisionero en un campo de concentración nazi, enfatiza la importancia del encuentro o pérdida del sentido de la propia existencia, describiendo las llamadas "neurosis oncogénicas" como forma de pérdida de este sentido.

Sin embargo, a pesar de estos antecedentes europeos, la psicología humanista es un fenómeno, básicamente norteamericano. Sus antecedentes más claros están en el "neopsicoanálisis" de K. Horney, E. Fromm, la psicología individual de Alfred Adler, los filósofos Tillich y Martin Buber, residentes en EE.UU, y la escuela Gestalt, sobre todo a través de K. Goldstein que introduce en este país la idea del organismo humano (su obra "El organismo" de 1934), como una totalidad impulsada hacia la autorrealización.

En los años cincuenta comienzan a destacar dos autores, C. Rogers que elabora sus primeras aportaciones terapéuticas (Rogers en 1952 publica su obra "Psicoterapia centrada en el cliente") y Maslow jerarquiza la motivación humana en su obra "Motivación y personalidad". En 1961 se constituye la Asociación Americana de Psicología Humanista que aparece como reacción a la insatisfacción producida tanto por la psicología académica, dominada por el conductismo que entendían como reduccionista y mecanicista, y por su alternativa el psicoanálisis que entendían también como reduccionista al olvidar el carácter de construcción del significado vital del sujeto. Según Beristáin y Nitela (1980) los modelos humanistas se caracterizan por:

1. La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.
2. La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.
3. La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.
4. Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el punto de vista de la persona afectada (este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales).

5. La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

2.4.4.3.1. Conceptos fundamentales

El modelo de psicoterapia desarrollado por C.Rogers parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que un hacer algo al individuo, tratará de liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado (Rogers, 1951).

2.4.4.3.2. Carl Rogers

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

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

De la manera anterior se da una interacción mutua entre la experiencia y el autoconcepto. Sin embargo el sujeto puede desarrollar una desconfianza hacia su propia experiencia emocional en base a las prácticas de educación y crianza en las que está inmerso. La presión del entorno

(familia, colegio, etc.) puede hacer que el niño enfoque su conducta a agradar, llevarse bien, alcanzar el éxito, según es definido por instancias externas al mismo. El niño aprende que para ganarse la aprobación de los otros debe de actuar según unos criterios externos. De este modo puede sentir en privado, consciente o inconscientemente, deseos o sentimientos que inhibe en público. Rogers (1983) identifica este proceso como la "Cultura de la Coca Cola". El proceso evaluador anterior queda así conformado por la discrepancia entre lo experimentado y lo que debe de experimentarse o expresarse.

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

El terapeuta centrado en el cliente tratará de desarrollar una serie de mecanismos de cambio (aceptación positiva incondicional, empatía y congruencia) mediante los que comunicará al sujeto la actitud de que experimentar su organismo, su subjetividad emocional es importante y esencial para su actualización y desarrollo personal (Rogers, 1957).

2.4.4.3.3. Método terapéutico

Básicamente el terapeuta parte de la idea de que su cliente tiene una tendencia actualizarse y un valor único y personal que está bloqueado o distorsionado por determinados criterios de aceptación externa (consideración positiva condicional). La terapia tratará de desbloquear el proceso anterior mediante la aplicación de tres estrategias o técnicas fundamentales: La Empatía Consideración positiva incondicional y La Congruencia (Rogers, 1957).

La empatía: refiere al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar a su cliente una comprensión de los sentimientos y significados expresados por este. Esto se hace mediante un ciclo de tres fases: 1) La resonancia empática del terapeuta a las expresiones del cliente, 2) la

expresión de empatía por parte del terapeuta al cliente y 3) la recepción del cliente de la respuesta empática del terapeuta.

Consideración positiva incondicional: El terapeuta brinda la oportunidad al cliente a expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su auto aceptación. Para ello le acepta sin condiciones de valor y evita corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Esta actitud conlleva un aprecio hacia los sentimientos y la persona del cliente con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades.

La congruencia: Se refiere a la autenticidad del terapeuta ante su cliente particular. Para que este pueda mostrarse empático ha de ser congruente con sus propios sentimientos generados en la relación terapéutica. Tal congruencia se muestra tanto a nivel verbal como no verbal.

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

Se discute que sus tres condiciones básicas (empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia) sean condiciones suficientes para la psicoterapia, aunque sí parecen necesarias (pie Carkuff, 1979).

También es de destacar que los movientes actuales de psicoterapia (pie enfoques cognitivos constructivistas e integradores) se basan en gran parte en el enfoque experiencia expuesto por C. Rogers (Bohart, 1992; Guidano, 1993). La emoción y su experimentación se consideran básicas en el proceso de cambio de la psicoterapia efectiva.

2.4.4.4 Modelo sistémico

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950-1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. En la línea anterior Ackerman estudio los problemas de los mineros y sus familias, y como el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar (Ackerman, 1937). Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática (en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infantojuveniles en los años treinta) y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados.

La línea dominante en esta década era el neopsicoanálisis (Fromm, Sullivan, Horney.) que ponía énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos como la familia intermediaba la interiorización de determinadas orientaciones de valor "patológico" social en sus miembros. Desde esta perspectiva surgieron conceptos como el de la "madre esquizofrenógena" de Fromm-Reichman (1948) o "madre perversa" de Rosen (1953) para explicar la génesis y mantenimiento de psicopatologías como la esquizofrenia.

La siguiente década, años 60, supone un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto en E.E.U.U, a partir del estudio de Gregory Batenson sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, genera su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguirán la línea comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley). Otro autor destacado es Minuchin que también en E.E.U.U estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia (Minuchin, 1967) y que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar. Y un tercer grupo que también trabaja en esta época en este país de manera independiente es el formado por Lidz, Wynne, Bowen y Whitaker.

En la misma década en Europa aparecen dos centros geográficos de fuerte influencia. En Inglaterra Laing, que tenía contactos con el grupo americano de Palo Alto, trabaja con familias de esquizofrénicos. El otro centro, más influyente a la postre, está en Italia. Es el llamado grupo de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata).

En esta década el grupo de Milán y el de Palo Alto serán los más influyentes en la terapia familiar. El primero centrado más en los conceptos de familia como sistema y el segundo en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar.

En la década de los años 70 se divulga y expande el modelo de terapia familiar sistémico-comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Las principales escuelas de esta década son:

- a. La Escuela Interaccional del MRI (Mental Research Institute) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Batenson. Su aportación más significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick, Weaklan y Fisch "Cambio"(1974). Para estos autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo problema-solución intentado. Para ello distinguen entre los llamados Cambios-1 (Que supuestamente siguen la "lógica" intentado lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los Cambios-2 (Que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar) .Una aportación relevante de esta escuela es que su modelo ha sido aplicado tanto a familias como a clientes individuales.
- b. La Escuela Estructural-Estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin .Se centra sobre todo en los llamados sistemas triádicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El

resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las dediciones de la familia del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas (a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.

- c. La Escuela de Milán alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica (generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa). Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones como en los otros enfoques intenta de modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma (a menudo en términos de "sacrificio" para un bien mayor", que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas.

Los desarrollos más actuales de los modelos sistémicos se centran más en los modelos epistemológicos y cognitivos, en concreto en los llamados modelos constructivistas (que son también una fuerza emergente en la terapia cognitiva). Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (Premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema (Cecchin, 1987; Anderson, 1988; Procter, 1985). Se trata en suma de "reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa (Anderson y Goolishian, 1988)".

Este reciente desarrollo de los modelos sistémicos ha producido un cada vez mayor acercamiento de los modelos sistémicos y los modelos cognitivos (sobretudo de los constructivistas); acercamiento que se propone como una de las mayores revoluciones en el campo de las psicoterapias (Feixas y Miró, 1993).

2.4.4.4.1. Conceptos fundamentales

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947). Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: (1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde la causas y efectos son circulares y (2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambio.

Foster y Gurman (1988) consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar: la estructura, regulación, información y capacidad de adaptación.

- a. La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (por ejemplo, de los padres) involucrando a una tercera (por ejemplo, un hijo).
- b. La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.
- c. La información se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo (descrito en un apartado anterior), la escalada simétrica (que

se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, por ejemplo, pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (por ejemplo, padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso).

- d. La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (por ejemplo, escolarización de los niños, casamiento de los hijos y muerte de un cónyuge.). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

2.4.4.4.2. Método terapéutico

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

En primer lugar el terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema, solución intentada (Watzlawick) y quiénes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (límites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (límites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda (quien y como se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia (en la línea de Selvini-Palazzoli).

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

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

- a. La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.
- b. El uso de la resistencia: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuenciase puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo "¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?", de modo que al sistema solo le queda la alternativa de seguir lo indicado o su opuesto. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio.
- c. Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.
- d. Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- e. Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- f. Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.
- g. Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar (Por ejemplo: "¿Cuando X actuó así reaccionó Y a esa conducta y Z ante la reacción de Y?").

Actualmente en la terapia sistémica existen dos grandes corrientes: Una de tipo mas "conductual o pragmática" centrada en el estudio de las secuencias internacionales y en su modificación (su representante más fuerte es Haley) y otra de tipo mas "cognitivo o

constructivista" centrada en las creencias familiares, sus estilos de construcciones narrativas comunes y el desarrollo de narraciones alternativas (Procter, Anderson).

2.4.5 Formas de psicoterapia

2.4.5. 1. Psicoterapias Psicoanalíticas

2.4.5.1.1 Psicoterapia focal

La psicoterapia focal es una modalidad de tratamiento psicológico, derivada del psicoanálisis, que permite trabajar conflictos internos y/o relacionales, en un período limitado de duración.

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

La psicoterapia focal presenta algunas semejanzas y diferencias con las otras psicoterapias breves. La terapia focal sigue la línea psicoanalítica, pues la actividad del terapeuta está restringida a intervenciones interpretativas. Su actividad consiste en a) encontrar el foco apropiado de los varios que ofrece el paciente, y b) aproximarse a él de modo constante y coherente con la sola actividad interpretativa. Lo que no se relaciona directamente con el foco queda sin interpretar. Pero si las circunstancias lo exigen, el terapeuta deberá cambiar el foco (las asociaciones del paciente pueden mostrar la irrelevancia del foco elegido originalmente). Dentro de las áreas que requieren más elaboración y estudio, están los procesos de sintonización (o desarrollo) y cristalización para elegir el foco, los procesos de congeniar entre paciente y analista como criterio de selección, las técnicas usadas en el desarrollo de la terapia, el estudio del conocimiento del pronóstico, y el uso de formularios y sus posibles modificaciones, incluyendo incluso grabaciones.

Foco: problema concreto sobre el que privilegiadamente se va a centrar la atención y esfuerzos del terapeuta y el paciente en las sesiones. Es responsabilidad del terapeuta identificar inicialmente un foco y proponerlo para su abordaje preferencial, pero es trabajo del paciente(s) el aceptar y elaborar tal plan y alcanzar la meta terapéutica (Mitchell, 1993).

La atmosfera de la sesión debe facilitar:

- a. El reflejo
- b. El recuerdo
- c. El vinculo entre el pasado y el presente

La técnica "recoge aportaciones teóricas del psicoanálisis y las aplica a tratamientos mucho más focales y mucho más breves en el tiempo de aplicación, de tal manera que en un contexto de gran presión asistencial se beneficie al mayor número de enfermos posible". Este tratamiento responde al hecho de que la práctica psicoanalítica puede ser aplicada a un número muy limitado de pacientes: los objetivos son cambios profundos en la estructura de la personalidad y requieren mucho tiempo y esfuerzos económicos, que la sanidad pública no puede asumir. "El mismo Freud, muy denostado por cierto, ya planteó que se debería de alear el oro puro del psicoanálisis con el cobre, para buscar un término medio y extender el trabajo psicoanalítico a la sociedad". Desde entonces ha habido diferentes técnicas de aleación: terapias de apoyo y terapias directivas.

La terapia focal aborda y busca resolver determinadas situaciones, por ejemplo, situaciones de crisis como duelos, divorcios, migraciones, enfermedades muy graves. Por eso mismo y cabe remarcar, no está indicada para por ejemplo la modificación de una neurosis obsesiva, un trastorno de personalidad o una adicción. Trata de acompañar, guiar y potenciar las oportunidades de elaboración y crecimiento para evitar un desenlace destructivo, trágico como puede ser un suicidio, un proceso de psicotización o un proceso sordo de cronificación que estropea todo el resto de la vida del sujeto.

2.4.5.1.2 Psicoterapia breve y de emergencia

El terapeuta se centra en el problema actual en lugar de examinar sus antecedentes. Las características de la psicoterapia breve surgieron debido a la necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes a los que, a causa de circunstancias económicas o de urgencia, era muy difícil proporcionarles un tratamiento prolongado.

La psicoterapia breve surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes que, por el contexto en que se encontraban, era muy difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas. Su autor brinda una actualización de los conceptos desarrollados por él acerca de la psicoterapia breve; además muestra su aplicación en nuevos campos como la terapia cognitivo-conductual y el trabajo con niños.

En la actualidad, la exigencia de ofrecer más servicios de salud mental ha llevado, a los profesionales de la psicología, a plantear nuevas formas de intervención, breves y rápidas, con el propósito de atender una demanda considerando la escasez de personal competente para responder de manera inmediata una emergencia psicológica, se ha trabajado en la formación de personas que intervengan en momentos de crisis emocional, pues en determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos y trastornos mentales

No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo y ha implicado un cambio radical en su vida; el individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan satisfactoriamente, el problema rebasa sus capacidades de resolución y, por lo mismo, se encuentra en desequilibrio, como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención que lleva a cabo un profesional de la Salud Mental puede ofrecer una ayuda inmediata, administrando la dosis de medicamentos correctos y/o iniciando un trabajo terapéutico de reajuste mental, con el propósito de restablecer el equilibrio emocional que prepare o evite tal

tratamiento largo, es necesario una primera intervención, generalmente, de una terapia breve cuyo principal objetivo es dar apoyo psicológico, ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita.

El enfoque de la psicoterapia breve y de emergencia se deriva en gran medida de la orientación, adiestramiento y experiencias específicas de cada psicólogo y sus conceptos proceden en la mayoría de la teoría psicoanalítica.

La psicoterapia es básicamente un proceso muy simple que comprende “desconocimiento, aprendizaje y reaprendizaje del pensar y sentir de cada persona” (Bellak, 2005); su proposición consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial, la psicoterapia se ocupa de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre el organismo humano, intenta comprender y modificar la masa perceptible acumulada que afecta los sentimientos, comportamientos actuales y las respuestas derivadas de ellos; para lograr esto se tiene que pensar mucho, planificar y conceptualizar, esta conceptualización es la que hace posible a la terapia breve, la técnica psicoterapéutica plantea proposiciones necesarias para producir óptimamente los cambios en la estructura y la dinámica para la menor adaptación y en contraste con la psicoterapia breve y de emergencia esta toma las reglas cuidadosamente planeadas, se basa en proposiciones claramente formuladas derivándose de la teoría psicoanalítica.

No se cree que sea necesario seleccionar en forma especial a los pacientes para esta terapia, en lugar de ello se debe “determinar las metas en cada caso en particular” (Bellak, 2005), ya que cada persona introyecta los problemas de diferente manera, por ejemplo en los ataques de ansiedad o las depresiones y muchos otros estados agudos se prestan para tratarlos exitosamente con terapia breve, la cual se sugiere que se tome como el primer método de elección y solo cuando es necesario emplear psicoterapia de larga duración o psicoanálisis. El contar con un terapeuta humano y con una personalidad curativa no es un hecho sin importancia, pues si se toma en cuenta que sea un terapeuta bien entrenado que proporcione las intervenciones

específicas basándose en hipótesis acerca de la personalidad y la psicopatología el o los problemas con que el paciente se presente serán aun más fáciles de resolver en un a terapia breve.

2.4.5.2 Psicoterapias conductistas

2.4.5.2.1. Terapia Racional Emotiva

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

Por ejemplo, si después de un fracaso en una tarea, piensas: "soy un inútil que no hace nada bien; no vale la pena ni intentarlo", tus emociones y tu conducta serán muy diferentes que si piensas: "bueno, he fracasado en esto, pero eso no me convierte en un inútil, solo en un ser humano que comete errores, como todos los demás; veré lo que puedo hacer para arreglarlo". En el primer caso, no es de extrañar que aparezcan sentimientos de depresión y que el comportamiento sea de abandono, mientras que en el segundo caso, puedes sentir preocupación o cierta tristeza, pero estas emociones no serán lo bastante intensas e incapacitantes como para impedir solucionar el problema, seguir adelante y aprender cómo hacerlo mejor la próxima vez.

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 hace la misma persona en función de cómo interprete los acontecimientos y las cosas que pasen por su mente.
2. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional. Es decir, si al ir una mañana al trabajo, se encuentra con que el auto con una rueda pinchada, depende de

la persona sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tiene, etc.) o ansioso (pensando que va a llegar tarde, el jefe se enfadará, pensará en despedirle) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendrá que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda").

3. Debido a lo que siente la persona en función de lo que piensa, para acabar con un problema emocional, tiene que empezar haciendo un análisis de sus pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que se puede hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que se puede cambiar, ya que no se puede cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirse mal sólo porque lo desea.
4. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, comunidad.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecen tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vive 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 puede 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.

De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja; se analiza lo que pasa por la mente de esa persona en cada

momento, se verá lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.

a. Emociones negativas adecuadas e inadecuadas

Las emociones negativas inadecuadas se definen como aquellas que hacen que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren e impiden resolver el problema o la causa del malestar. Entre ellas se encuentran la ansiedad, depresión, ira, culpa, vergüenza y dolor emocional. Todo esto, son causadas por creencias irracionales.

Las emociones negativas adecuadas son aquellas que tienden a darse cuando los deseos y preferencias humanas se ven bloqueados y frustrados, y ayudan a las personas a minimizar o eliminar el problema. Es decir, ponen en marcha a la persona para solucionar el problema. Entre ellas se encuentran la preocupación, la tristeza, el enfado, el remordimiento, el pudor y la decepción.

La terapia racional emotiva ayuda a las personas a sustituir sus emociones negativas inadecuadas por emociones negativas adecuadas, de modo que, ante una situación conflictiva, en vez de sentir una ansiedad paralizante, por ejemplo, pueda sentir solamente una preocupación que le lleve a resolver el problema.

b. Emociones positivas adecuadas e inadecuadas

Los sentimientos positivos también pueden ser inadecuados. Por ejemplo, el sentimiento de grandiosidad o superioridad es una emoción positiva porque hace que una persona se sienta bien. Sin embargo, se basa en una percepción irreal de uno mismo y a la larga provocará problemas en las relaciones con los demás y rechazo.

Las emociones positivas adecuadas son el resultado de la satisfacción de los deseos, metas e ideales humanos. Incluyen el amor, el placer, la curiosidad, la felicidad.

c. Los síntomas secundarios

Las personas, cuando sienten y actúan, tienen a la vez determinados pensamientos sobre sus sentimientos y conductas y estos pensamientos les llevan a tener otros sentimientos y conductas. Así, por ejemplo, una persona se siente triste por la pérdida de algo valioso, se da cuenta de eso y valora ese sentimiento de alguna manera.

Cuando las personas se sienten emocionalmente mal, a veces perciben sus síntomas de una manera tremendista y absolutista, pensando cosas como: "es terrible que esté deprimido; soy débil e inútil por sentirme así, no puedo soportarlo." Así desarrollan un síntoma secundario, como depresión por estar deprimidos o por sentirse ansiosos. De este modo, una persona con fobia a los ascensores puede sentir ansiedad tan sólo ante el hecho de pensar en un ascensor o en si habrá alguno en el edificio del amigo que quiere visitar. Esto deriva del hecho de creer que sentir ansiedad es algo terrible que no debería sucederle. Por tanto, si tiene que subir a un tren, podría preguntarse si también en esa situación sentirá ansiedad. Este miedo a la ansiedad provocará ansiedad, llegará al tren sintiéndose ansioso y acabará teniendo también fobia a los trenes sin ni siquiera darse cuenta del proceso que lo ha llevado a eso. Incluso puede acabar teniendo ansiedad en numerosas situaciones. De este modo, estos síntomas secundarios pueden llegar a ser más graves e incapacitantes que los primarios.

d. La terapia

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.
4. Cambiar las creencias irracionales por creencias racionales.

2.4.5.2.2. Terapia constructivista cognoscitiva

Psicoterapia que pretende ayudar a los individuos a comprender sus formas únicas de ver el mundo y a cambiar los aspectos irracionales de ese punto de vista

La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro; es relevante, importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan". En otras palabras, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

1. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
2. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
3. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
4. La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias o esquemas) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo las terapias cognitivas enfatizan:

1. La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
2. Un enfoque orientado al problema y los objetivos.
3. El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

Las terapias conductuales son formas de psicoterapia que se centran en modificar los patrones inadecuados de conducta mediante el uso de los principios básicos de aprendizaje, como el clásico y el operante. Esta perspectiva de las terapias psicológicas postula que los desórdenes se deben a un aprendizaje fallido y, por tanto, pueden ser modificados usando los mismos métodos por los cuales fueron aprendidos. En ese contexto, la tarea principal del terapeuta conductual se basa en tres puntos:

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

2.4.5.3 Psicoterapias Humanistas

2.4.5.3.1. Psicoterapia Transpersonal

Si nuestra ciencia de la salud mental ha de llegar a ser más efectiva, los psicoterapeutas tendrán que equilibrar su conocimiento de las técnicas y conceptos psicológicos con una disposición contemplativa.

La psicoterapia transpersonal, tal como la definen los psicoterapeutas cuya práctica clínica incluye este tipo de trabajo, es el aspecto de la terapia que trasciende los objetivos del ego y conecta lo psicológico con la práctica espiritual. Tradicionalmente, la terapia occidental se ha preocupado sobre todo por la psicodinámica, la modificación del comportamiento y el crecimiento personal. Se ha considerado que una personalidad bien adaptada es sana y se ha ignorado mayormente todo aspecto del ser que trascienda la personalidad. Durante las últimas

décadas han aparecido numerosas psicologías del yo cuya meta es ayudar a los individuos a que se adapten a la sociedad y alcancen sus objetivos personales en la vida. Además, las orientaciones existencialistas y humanísticas han asignado un lugar central a la búsqueda de significado y a la indagación de la identidad individual. El mundo interior de la psique ha sido explorado en profundidad por la psicología analítica de Carl Jung y otros. Sin embargo, sólo en la década de 1970 han empezado a interesarse los terapeutas occidentales por la investigación personal de la meditación y de otras técnicas orientadas a la alteración de la consciencia, y a incorporar las técnicas orientales a la práctica de la terapia.

En tanto que el ámbito de lo transpersonal era previamente dominio exclusivo del gurú o maestro espiritual, a los psicoterapeutas que trabajan con el tipo de problemas humanos que ponen en juego los valores, el significado y el propósito se les ha hecho cada vez más evidente que cuando el crecimiento psicológico trasciende la personalidad, plantea invariablemente cuestiones de naturaleza espiritual. Con frecuencia se considera que la psicoterapia orientada a la resolución de conflictos psicodinámicos y al crecimiento personal es una buena preparación para las disciplinas espirituales que se ocupan exclusivamente de los dominios transpersonales del ser. La terapia transpersonal, sin embargo, es un intento de facilitar el crecimiento de los clientes no sólo con vistas a lograr el fortalecimiento del yo y la identidad existencial, sino también, yendo más allá de la identidad del ego, a pasar a los territorios de la realización transpersonal y de la trascendencia.

El dominio de la psicoterapia transpersonal se extiende, pues, más allá de los objetivos y las formas de adaptación que son tradicionales del ego. Aunque se dirige a las necesidades y aspiraciones básicas de éste, como puede ser la necesidad de auto estima y de consolidar relaciones interpersonales satisfactorias, no se detiene en esto; considera también los motivos, experiencias y potencialidades accesibles a los individuos que ya han alcanzado en su vida un nivel de desenvolvimiento práctico satisfactorio.

En su investigación de esas personas relativamente sanas, Abraham Maslow encontró una amplia variedad de lo que él llamaba «meta motivos», por ejemplo los impulsos hacia la verdad, la estética, la auto realización, entre otros. El prefijo “meta”, tal como se usa aquí significa algo

superior o trascendente e indica que estos motivos están más allá de las necesidades de supervivencia básicas y se extienden a las vivencias de identidad y a modos del ser que no están limitados por las fronteras habituales del ego. Cuando se manifiestan, tales motivos y experiencias son análogos a los que se describen y buscan en las grandes disciplinas religiosas y espirituales, que ahora empiezan a ser comprensibles en términos psicológicos.

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

Se puede decir, entonces, que la psicoterapia transpersonal abarca una gama de la experiencia humana más vasta que la que constituía en el pasado la preocupación predominante de la psicoterapia en Occidente. Las experiencias o vivencias transpersonales, entendiendo como tales las que extienden la percepción más allá de los límites del ego, forman parte integral del proceso terapéutico. El trabajo pionero realizado por Stanislav Grof sobre la terapia con sustancias psicodélicas durante la década de los sesenta y principios de los setenta fue uno de los primeros indicios de que las experiencias transpersonales se presentaban a la vez como significativas y como terapéuticas, y de que potencialmente estaban al alcance de todos. Además, un número cada vez mayor de personas tenían experiencias transpersonales fuera de todo marco terapéutico, como resultado del difundido empleo de las sustancias psicodélicas o de la práctica de disciplinas como el yoga o la meditación. Los que encontraban perturbadoras tales experiencias sentían, con frecuencia, que la intervención psicoterapéutica era inapropiada o que iba en detrimento de las experiencias mismas cuando no tenía en cuenta el valor potencial de estas.

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

consigo mismos. Algunos terapeutas empezaron a incorporar a su práctica regular algunas técnicas meditativas para la relajación y la concentración. Otros fueron más lejos y empezaron a sugerir la práctica de otras disciplinas, como el yoga, además de la terapia. La apreciación cada vez mayor de la importancia de tratar el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu como un todo coincidió con la aparición de la medicina holista, que a su vez insistía en tratar a la persona entera en vez de centrarse en síntomas específicos.

Aunque la palabra psicoterapia significó originariamente la atención o el cuidado del aliento o el espíritu (alma), ha llegado a estar asociada a la práctica médica. La psicoterapia transpersonal no excluye lo que tradicionalmente se considera «mejorar», pero además incluye una amplia variedad de técnicas para trabajar con el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu, tomadas tanto de la psicología oriental como de la occidental. Así pues, un terapeuta transpersonal, al mismo tiempo que trabaja con los sueños y la fantasía puede sugerir que en el curso del tratamiento se tengan en consideración la dieta y el ejercicio físico. Aunque no es probable que haya profesionales expertos en todos los campos, la apreciación del valor del trabajo con el cuerpo, de la meditación y de la atención consciente en la práctica diaria da como frecuente resultado recomendaciones que pueden ser consideradas como adiciones a la psicoterapia, siendo en realidad parte integral de la búsqueda de la salud y el bienestar. Un terapeuta transpersonal puede ser ecléctico en el empleo de diversas técnicas en la terapia, pero el matiz transpersonal de la orientación depende del contexto en que se emplean dichas técnicas. Un contexto transpersonal está condicionado por los valores, creencias, actitudes y puntos de vista sobre la naturaleza humana que adopta el terapeuta como elementos para la práctica de la psicoterapia. De un terapeuta transpersonal se puede esperar, pues, que examine las creencias que determinan la naturaleza de su trabajo.

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

Tradiciones espirituales, como el sufismo, pueden enseñarnos sobre la salud mental, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de la persona entera, en vez de limitarse al ego o a la personalidad. Se trata de una postura, contexto o marco de referencia particular dentro del cual se pueden emplear diversos métodos. Su enfoque echa los cimientos para una mayor integración de las perspectivas oriental y occidental en lo que al estudio de la consciencia se refiere.

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

En el intento de abarcar con mayor amplitud la experiencia humana, la psicoterapia transpersonal añade, a los conceptos psicológicos tradicionales de salud, los aspectos asociados a los niveles transpersonales del ser.

2.4.5.3.2. Terapia centrada en el cliente

Rogers asume -en base a datos empíricos, según dice- que existe en todo ser humano una tendencia innata a la actualización, esto es, al desarrollo progresivo y a la superación constante, si se encuentran presentes las condiciones adecuadas (Rogers y Kinget, 1971). Algo similar a la autorrealización, también innata, que proponen Maslow y May y todos los demás psicoterapeutas humanistas (Frick, 1973), y a la autorregulación organística de Perls (Perls, 1987).

El hombre, dice Rogers, es positivo por naturaleza, y por ello requiere respeto absoluto, especialmente en cuanto a sus aspiraciones de superación (Di Caprio, 1976). De ello se desprende que está contraindicado para el psicoterapeuta realizar todo tipo de conducción o dirección sobre el individuo; todo tipo de diagnóstico o interpretación, porque ello constituiría un

atentado contra las posibilidades del sujeto y contra su tendencia a la actualización. Se exige, o mejor dicho, se recomienda, situarse en el punto de vista del cliente, asumir su campo perceptual y trabajar en base a ello como una especie de alter ego. Incluso la palabra "cliente" es asumida de una manera especial: el cliente es aquella persona que responsablemente busca un servicio y participa del proceso terapéutico de la misma manera; aquella, consciente de su capacidad de desarrollo no utilizada, que no va "en busca de ayuda" sino que trata de ayudarse a sí misma.

Se descartan del lenguaje rogeriano los términos paciente, enfermo, curación, diagnóstico, etc., porque connotan dependencia, limitación y falta de respeto por la persona. Esta actitud frente a la dignidad del paciente, la aceptación incondicional y el respeto que se le tiene cobran una importancia tal que se les consideran factores que favorecen u obstaculizan (de faltar) la adquisición del enfoque centrado en el cliente. Aceptación y respeto deben estar enraizados en la personalidad del terapeuta, formar parte esencial de su ser, y ello pasa, antes que nada, por aceptarse a sí mismos.

En síntesis, la hipótesis central propone que el ser humano puede, si se le presentan las condiciones adecuadas, desarrollarse o actualizarse, ampliar sus capacidades y ser consciente de lo que experimenta a fin de poder auto controlarse. "No se puede manejar eficazmente lo que no se percibe conscientemente", propone Rogers. De allí la necesidad de ampliar el concepto de sí mismo del cliente, su *self*, y de incluir en él todo (o casi todo) lo que vivencia. Pero no se pretende hacerlo actuando sobre él sino, como dice Kinget, "acompañándolo" en la experiencia, brindándole las condiciones requeridas y dándole seguridad (Rogers y Kinget, 1971).

2.4.5.3.3. Terapia Gestalt

La terapia Gestalt es una terapia perteneciente a la psicología humanista (o Tercera Fuerza), la cual se caracteriza por no estar hecha exclusivamente para tratar enfermos, sino también para desarrollar el potencial humano.

a. Fundamentos de la terapia Gestalt

La terapia Gestalt se enfoca más en los procesos que en los contenidos. Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensado y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo.

Utiliza el método del darse cuenta ("*awareness*") predominando el percibir, sentir y actuar. El cliente aprende a hacerse más consciente de lo que hace. De este modo, va desarrollando su habilidad para aceptarse y para experimentar el "aquí y ahora" sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado.

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

El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento. Por tanto, se ubica en la categoría de las terapias humanistas.

b. Conceptos principales

Se basa en:

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

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

También es importante el uso de la primera persona, puesto que una de las fortalezas de la terapia Gestalt es, como se ha mencionado, el asumir la responsabilidad de los propios pensamientos, sentimientos y acciones: el cliente no tiene que ocultarse usando un sujeto colectivo. Por ejemplo, al decir "los jóvenes bebemos mucho" en vez de "yo bebo mucho" se hace uso del plural, y por lo tanto se desvía la responsabilidad personal.

El terapeuta gestalt tiene la función de guiar al cliente para que se haga consciente de su situación (el darse cuenta). Hay una interacción de yo, tú, nosotros; se rompe la dicotomía médico-paciente. El cliente se expresa tanto verbalmente como con gestos y movimientos.

El término la silla caliente ("*hot chair*" en inglés) ha sido comúnmente asociado con la práctica de la terapia Gestalt, consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar en el lugar del cliente con el rol que le pertenece a él mismo.

2.4.5.3.4. Logoterapia

La logoterapia es una modalidad de psicoterapia que propone que la voluntad de sentido es una motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente.

a. Propuestas

Después del psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Alfred Adler, la logoterapia es la "tercera escuela vienesa de psicología" desarrollada por el neurólogo, y psiquiatra, Viktor Frankl. Es un tipo de psicoterapia que se apoya en el análisis existencial y se centra en una "voluntad de

sentido" en oposición a la doctrina de Adler de "voluntad de poder" o la "voluntad de placer" de Freud.

La logoterapia resulta interesante. Como su denominación lo sugiere, se trata de darle un sentido a la existencia humana (en esto se asemeja a ciertos postulados de Sartre). Para entender la génesis de la logoterapia corresponde saber que Frankl fue prisionero en un campo de concentración. Allí, considera haber podido sobrevivir más que nada porque le supo dar un *logos* (en griego: sentido, significado) a su existencia. De su experiencia da cuenta en el libro *El hombre en busca de sentido*. Consta de tres partes que son fundamentales para su desarrollo:

1. La libertad de voluntad (Antropología): que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo (Pandeterminismo).
2. La voluntad de sentido (Psicoterapia): expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del "componente exterior", desvirtuando la idea del animatismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal (Psicologismo).
3. El sentido de vida (Filosofía): que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana. La Logoterapia es una percepción positiva del mundo (Reduccionismo).

b. Terapia

La metodología logoterapéutica de Frankl se basa en tratar las enfermedades psíquicas tanto desde un abordaje netamente médico (por ejemplo a ciertas personas que le consultaban por

depresión, tras estudiarlas, les recetaba un tratamiento hormonal), aunque principalmente la cuestión es dialogar con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida.

c. Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la derreflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión. En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" como se le llama al cliente o paciente aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para mediante la fuerza de oposición del logos dirigirse a él. En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio. Y en el diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

La logoterapia se vale en alta medida del Psicodrama, una dramatización realizada por el paciente, pensando que su vida se acaba en ese preciso momento. De esta dramatización surgen planteos usualmente conocidos como "lo que cambiaría si tuviera una segunda oportunidad". Esos cambios serán puestos en práctica por el paciente para lograr alcanzar su propio "logos" o sentido de su vida.

d. Conceptualización de la espiritualidad en la logoterapia

La logoterapia es una técnica psiquiátrica desarrollada por Viktor Frankl. La técnica es una variación del método psicoanalítico que intenta sobrepasar la clásica interpretación del inconsciente que se nutre del ello o impulsividad ciega, y colocar en correcta relación la vida

orgánica con la vida espiritual o responsable. Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no necesariamente se refleja en la búsqueda de dios u otro ser sobrenatural. No solamente subsisten en el interior de la conciencia humana una impulsividad natural sino también una espiritualidad natural. La cura de muchos traumas estaría dada por el reconocimiento de tal sustrato y la posterior toma de conciencia es decir, de responsabilidad frente a esa condición. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

La Logoterapia se convierte en un instrumento de conexión para el ser humano, puente entre su vida inconsciente y su manera de vivir. No habría nada más enfermizo en el humano que una vida incoherente. Pero no se trata de una incoherencia puramente discursiva, se trata pues de un conflicto mucho mayor entre la conciencia y la responsabilidad. Son las decisiones las que resultan en fracaso o triunfo, y no meramente la voluntad como creía Nietzsche. La fuerza de las decisiones radica en la propia existencia, de tal modo que jamás se puede renunciar a ella.

2.4.5.4 Psicoterapias Sistémicas

2.4.5.4.1. Terapia familiar sistémica

La familia como objeto de intervención terapéutica específica tiene poco tiempo en la psicología en general y menos aun en nuestro medio. La atención en la familia era en un primer momento de manera indirecta, como origen de las experiencias primitivas y de las relaciones objetivas fundamentales desde la perspectiva psicoanalítica o como fuente de los primeros aprendizajes y condicionamientos desde la visión conductista. Los enfoques humanistas igualmente la han tomado en cuenta de una manera tangencial, en la medida en la que favorecía o no la autorealización del individuo. Es a fines de los sesentas e inicios de los setentas, ante las limitaciones de los enfoques anteriores para explicar los orígenes de la esquizofrenia y otras enfermedades como la depresión es que surge el Enfoque Sistémico.

La terapia familiar aparece como resultado del empleo del enfoque sistémico en el estudio del origen y tratamiento de la esquizofrenia, luego de haber ensayado con los enfoques terapéuticos vigentes y tras evaluar las experiencias e investigación. Esta es la primera vez que se pone a la familia y sus relaciones como el centro de la atención y estudio de una manera integrativa.

El Enfoque Sistémico, también conocido como ecológico o estructuralista pone el énfasis en las relaciones al interior de la familia en el presente, revalora el rol del "paciente designado", la utilidad, valor simbólico y ganancia secundaria del síntoma para el sistema familiar. También destaca como característica de este enfoque la contextualización en el sistema familiar de cualquier evento acción o juicio, considera que la mayoría de las cosas o eventos no tiene por sí mismas un valor íntimo sino dependiendo de la función que cumple para el sistema.

Otra característica resaltante de la terapia familiar viene a ser el papel del terapeuta, que trabaja "desde adentro", es decir el terapeuta establece alianzas con los distintos miembros del sistema familiar utilizando para ello los códigos, canales y modismos propios del sistema. En cierta medida se parece al quehacer del antropólogo que para estudiar un grupo humano trata de integrarse, de descubrir y manejar sus códigos, mimetizarse, parecer uno de ellos hasta entender y vivenciar su punto de vista, solo que no se desprende de su visión científica y misión terapéutica.

Además de las técnicas y recursos propios del enfoque, el terapeuta sistémico se sirve de abordajes, técnicas y usos propios del enfoque psicodinámico, de la terapia racional emotiva, la modificación de conducta y otros debido a la naturaleza integrativa del enfoque sistémico.

La terapia familiar sistémica, al igual que la teoría general de sistemas, perciben al saber, la ciencia y todo en la naturaleza como un todo integrado por conexiones sutiles y firmes, en donde la posición y movimiento repercute en los demás miembros del sistema.

Debido a su abordaje comprometido e integrativo, un terapeuta sistémico obtiene resultados en corto tiempo, se evalúa e interviene desde la primera sesión, pudiéndose apreciar cambios a partir de la sexta sesión, lo que permitiría continuar con una psicoterapia. A pesar de que permite obtener resultados en corto tiempo, no se trata de una "terapia breve".

Al igual que las otras corrientes terapéuticas su correcta práctica requiere el pasar por proceso formativo que permita conocer las bases teóricas y desarrollar las habilidades personales propios del terapeuta.

2.4.5.5. Psicoterapias Alternativas

Se llama terapia "alternativa" o "complementaria" a los tratamientos que no "encajan" en la práctica estándar de medicina occidental. Estas pueden ser:

- Práctica de curación tradicional como la acupuntura china y práctica de los nativos indígenas americanos.
- Terapia física como la quiropráctica, masajes y yoga.
- Homeopatía
- Hiervas o flores
- Trabajo de energía como la terapia de polaridad o Reiki.
- Técnicas de relajación como meditación y visualización

Muchos doctores no están de acuerdo con las terapias alternativas. Creen que no se han hecho suficientes estudios sobre ellas y piensan que los pacientes responden mejor a las medicinas occidentales.

Otros prefieren combinar terapias alternativas junto con la medicina occidental. Creen que los tratamientos alternativos reducen el estrés, alivian efectos secundarios de antivirales o brindan otros beneficios.

2.4.5.5.1. Terapia Bioenergética (Alexander Lowen)

La bioenergética es heredera de la vegetoterapia, esta terapia fue creada por Alexander Lowen y pone el acento en la estructura corporal y en la identificación de la mente y del cuerpo, lo que significa que el pensar y el sentir son equivalentes.

Detrás de estos procesos conscientes se encuentran los factores energéticos que finalmente determinan todas las otras funciones vitales.

Además de las intervenciones con las manos la bioenergética pone su acento en los ejercicios corporales y en la respiración. Está considerada una técnica menos teórica que su antecesora, pero con características especiales de funcionalidad.

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

La bioenergética es una forma de entender la personalidad humana (psiquis) en términos del cuerpo y sus procesos energéticos. Estos procesos, a saber, la producción de energía a través de la respiración y el metabolismo y la descarga de energía en el movimiento, son las funciones básicas de la vida.

a. La bioenergética como terapia

La terapia bioenergética combina el trabajo con el cuerpo y con la mente, para ayudar a la gente a resolver sus problemas emocionales, y a comprender mejor su potencial para el placer y el gozo de vivir. Una tesis fundamental de la bioenergética es que cuerpo y mente son funcionalmente idénticos: es decir, lo que sucede en la mente refleja lo que está sucediendo en el cuerpo, y viceversa.

Además de las intervenciones con las manos la bioenergética pone su acento en los ejercicios corporales y en la respiración. Está considerada una técnica menos teórica que su antecesora, pero con características especiales de funcionalidad.

Para entender mejor las terapias bioenergéticas, la relación entre cuerpo, mente y procesos energéticos, es mejor expresarla en el siguiente ejemplo:

“Como todos sabemos, mente y cuerpo pueden influenciarse uno al otro. El modo en que uno piensa puede afectar el modo en que uno siente. Lo contrario es igualmente cierto. Esta interacción, sin embargo, está limitada a los aspectos conscientes o superficiales de la personalidad. A un nivel más profundo, es decir, a nivel inconsciente, tanto pensamiento como sentimiento están condicionados por factores energéticos”

Así, es casi imposible para una persona deprimida sobreponerse de su depresión a base de tener pensamientos positivos, esto se debe que su nivel de energía está deprimido (su respiración estaba deprimida junto con las restantes funciones vitales). Cuando su nivel de energía es elevado a través de una respiración profunda y la descarga de sentimientos, la persona sale del estado de depresión.

2.4.5.5.2. Musicoterapia

La musicoterapia hace uso de sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes resultados terapéuticos directos e indirectos a nivel psicológico, psicomotriz, orgánico y energético.

Dentro del marco general de la musicoterapia existen muchas tendencias, escuelas y direcciones de aplicación.

Existe por ejemplo, la musicoterapia ambiental, encargada de diseñar espacios sonoros amables, acogedores y tranquilizantes en salas hospitalarias y lugares de concentración pública.

Existe la MIT (Terapia de Entonación Melódica), desarrollada en el hospital de veteranos de Boston, importante centro de investigación neuropsicológica, para ayudar a recuperar el habla a enfermos que por causas diferentes (tumoraes, circulatorias), la han perdido. A nivel de estimulación psicomotriz temprana y dentro de los programas educativos regulares y especiales,

se utiliza ampliamente la musicoterapia como facilitadora del aprendizaje e inductora de la coordinación.

Hay una clase de musicoterapia más sutil, que utiliza tonos puros, frecuencias particulares que hacen parte de un código específico de información que estimula puntos o zonas del cuerpo físico o del campo energético humano para equilibrar funciones orgánicas o psicológicas concretas.

a. ¿En qué se basa la musicoterapia?

Ha sido evidenciado experimentalmente que la música y sus componentes fundamentales (Estructuras rítmicas, escalas, tonos), producen patrones de actividad eléctrica cerebral coherente. Ello se traduce en una mayor eficacia a nivel del funcionamiento del cerebro no sólo como rector de los procesos cognitivos sino también como regulador de las funciones vegetativas del organismo. Las medicinas vibracionales, han recalcado la importancia de la información electromagnética y su utilización como lenguaje terapéutico dentro del sistema orgánico. Los sonidos son frecuencias electromagnéticas susceptibles de ser utilizadas de manera análoga a la que son utilizados los colores en la cromoterapia.

b. ¿En qué puede ayudar la musicoterapia?

Uno de los usos cotidianos más simples y difundidos de la musicoterapia es la regulación del estado de ánimo. Utilizamos trozos musicales para alegrarnos en la depresión o para calmarnos en medio de estados de excitación producidos por la rabia, el estrés o el temor.

También podemos utilizar trozos musicales para mejorar el aprendizaje, ejercicios rítmicos para mejorar la coordinación y la resistencia física. La música, bien empleada, puede facilitar el contacto con bloqueos emocionales concretos y producir la catarsis necesaria para la resolución del conflicto.

Dentro del espectro de la sinérgica y las terapias vibratorias, puede ser fundamental el uso del sonido puro o de acordes armónicos o inarmónicos para la movilización de energías particulares con efectos orgánicos concretos.

2.4.5.5.3. Reiki

El Reiki trata del manejo y envío de la energía para la curación de la mente, el cuerpo y las emociones.

Reiki, del japonés *reiki* (霊気 o レイキ? *poder espiritual, atmósfera misteriosa*) es una práctica considerada como medicina complementaria y alternativa (CAM) que trata de lograr la sanación o equilibrio del paciente a través de la imposición de las manos del practicante, canalizando cierta supuesta "energía vital universal". La revisión sistemática de pruebas clínicas al azar, concluye que aún no se han hallado evidencias sobre su eficacia. No obstante, en la actualidad se usa el *reiki* como terapia complementaria en algunos hospitales y clínicas. El *reiki* no es considerado una religión por sus seguidores.

a. Teoría

El *reiki* es un sistema de armonización natural que utiliza una aún no demostrada "energía vital universal", para tratar enfermedades y desequilibrios físicos y mentales. *Mikao Usui* (monje zen japonés), fue quien afirmó haber redescubierto por casualidad esta técnica de sanación milenaria, tras alcanzar *satori* (estado máximo de iluminación y plenitud) durante un retiro espiritual en el monte Kurama de Kioto hacia 1922.

b. Práctica

La práctica del *reiki* se fundamenta en un emisor o canal que, a través de sus manos o de otros métodos -según el nivel-, transmitiría el *reiki* (fuerza natural que nos da vida) a un receptor que puede ser él mismo u otra persona (presente o no en el espacio-tiempo), con el fin de paliar o

eliminar molestias y enfermedades. No obstante, dado que sería una energía universal, los tratamientos podrían también dirigirse a otros seres vivos como animales, plantas o a determinadas situaciones.

El método *reiki* se basa en la creencia hinduista de que el correcto fluir de la energía vital a través de los siete principales centros de energía de nuestro cuerpo o chakras, es lo que asegura un buen estado de salud en el organismo. Según esta creencia, el mal funcionamiento o bloqueo de la energía en uno o varios chakras sería lo que provoca o agrava el mal estado de salud, dando lugar a trastornos y enfermedades que, finalmente, se reflejan en el cuerpo físico. El método consiste en dirigir energía *reiki* principalmente a los centros energéticos del paciente, con el fin de desbloquearlos y potenciar el proceso de recuperación.

El *reiki* no puede reemplazar al tratamiento médico, aunque sí se puede utilizar de forma complementaria.

2.4.5.5.4. Abrazoterapia

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

Pero todavía hay más, en el acto del abrazo no solamente actúa la oxitocina, sino que también, el abrazo activa en el cerebro la liberación de serotonina y dopamina, por lo que resulta fácilmente entendible la razón por la que experimentamos una maravillosa sensación de bienestar, sedación, armonía y plenitud en el momento del abrazo.

"Un abrazo expresa más que 1.000 palabras"

Probada está la utilidad de los abrazos en todas aquellas situaciones en que sobran las palabras o no logramos encontrar las adecuadas.

Los abrazos que desconocen los límites del tiempo y el espacio. No tienen plazo de caducidad, pues basta con cerrar los ojos y mirar en el cajón de los recuerdos, para evocar "aquel" maravilloso momento, y así poder revivir plenamente la sensación del abrazo auténtico.

Con abrazos se tejen abrigos para el alma

¿Abrazo auténtico? ¿O mejor debería llamarlo simplemente abrazo, a secas?

Los abrazos son abrazos y los otros son pseudos abrazos, abrazos impostores que pretenden confundirnos invistiéndose de tales y no quedan más que en el frío y descarnado remedo del acto de estirar y ceñir con los brazos.

Esos no merecen ser llamados abrazos

Esos no han nacido del corazón y, por lo tanto no están transmitiendo su mensaje.

Resulta altamente interesante, la paradójica situación de que para abrazar, no hacen falta brazos; es posible abrazar con la palabra, con la mirada, con un perfume, una melodía y es posible también abrazar/se a las esquivas olas del mar, a la caricia del viento, la tibieza del sol, la dureza de la piedra o a la sabia del árbol. Toda la naturaleza se encuentra ávida de ser abrazada y dispuesta permanentemente a prodigarse a nosotros en un abrazo integrador en sintonía con el Universo.

Conclusiones

- Al haber realizado la investigación para la redacción del marco teórico se logró obtener información valiosa que enriqueció la preparación del practicante para un mejor abordaje terapéutico en su práctica dirigida.
- La recopilación de la teoría que se describió anteriormente hace constar los problemas que el practicante afrontó en su práctica y proceso que se tomó para su diagnóstico y así poder brindar la terapia más adecuada.
- Al haber descrito los criterios diagnósticos de las psicopatologías en el presente marco el estudiante reforzaba su conocimiento para tener presente la sintomatología durante el proceso de diagnóstico en la práctica.
- La descripción de los métodos de psicodiagnóstico deja un claro diseño del proceso que se debe de llevar para un correcto diagnóstico, así como los instrumentos que son indispensables para la recolección de datos y poder llegar a la terapia más adecuada.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En el presente marco se detallan minuciosamente los programas y cronogramas del período en que se realizó la Práctica Profesional Dirigida. La catedrática proporcionó el programa del curso y en base a este el estudiante realizó su planificación para la organización y ejecución adecuada de dicha práctica. Se elaboraron planificaciones y agendas de trabajo de las diferentes actividades para obtener un trabajo organizado.

3.1 Programa de práctica profesional dirigida

I. Propósito del curso

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

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

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

atención psicológica.

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

La Práctica Profesional Dirigida debe ser una actividad para aplicar la Psicología y consejería social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

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

II. Competencias a fortalecer

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

III: Indicadores de logro

1. Realiza procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Elabora y aplica programas de salud mental.

3. Detecta y atiende casos con técnicas apropiadas
4. Atiende a comunidades en riesgo
5. Da capacitaciones y servicios a grupos de personas con conflictos.

IV. Contenido temático del curso

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

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.

- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.
- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.
- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

VI. Formas / Técnicas / Procedimientos de evaluación

Actividades	Punteo
I FASE	
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de Referente metodológico	5 puntos

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

VII. Cronograma de actividades

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
29 y 5-02	<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos 	Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos

12 y 19-02	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del Manual de Estilo 	Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo	
26 y 5-03	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista 	Ejercicios con resumen de entrevista	Guía de lectura Valor 5 puntos
12 y 19 03	Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico	Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de Marzo Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades	Entrega y revisión Valor 5 puntos
		Investigación de problemática principal atendida en el centro de Práctica	Entrega y revisión Valor 5 puntos

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
26 y 9-04	Referente metodológico	Elaboración de Referente metodológico	Entrega y revisión Valor 5 puntos
Mes de marzo	Detección y atención de casos en centro de práctica	Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ Dinámicas, juegos, entrevistas, etc. Discusión de casos	Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos 2 casos)
16 y 23-04	Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios	Entrega y revisión Valor 5 puntos

30-4 y 7-05	Análisis y discusión de formas de Psicoterapia	Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos
14 y 21-05			Entrega de Informes / cada mes
			Entrega de constancia de horas de práctica cada mes

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
28 -05 y 4-06	Supervisión de actividades primer grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el Centro de práctica. Valor 10 puntos
11 y 18-06	Supervisión de actividades segundo grupo		
Meses de junio y julio	Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ Llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias Clínicas. Valor 5 puntos Participación
2 y 9-07	Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. Valor 5 puntos
16, 23- 30-07	Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	Investigación sobre tema de Psicopatología. Valor 5 puntos
6 y 13-08	Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos
20 y 27-08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Valor 5 puntos

		Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro
--	--	---	---

III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
3 y 10-09 Mes de Septiembre	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Valor 5 puntos
17 y 24-09	Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados gráficas y Tablas	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos
1 y 8-10	Primera revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe. Valor 5 puntos
15 y 22-10	Segunda revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de segunda parte del Informe. Valor 5 puntos
29-10 Y 5-11	Tercera y última revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos
12 y 19-11	Entrega de informe/ examen final		

3.2 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Nombre del practicante: Pablo Canú.

Centro de Práctica: Fundabiem Chimaltenango

Mes de marzo

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>Conocer las fortalezas y debilidades del centro de práctica, por medio de las entrevistas realizadas con los encargados y personas beneficiadas, identificando las principales necesidades que se presentan en la institución.</p>	<p>Entrevistas con los encargados de la institución.</p> <p>Entrevistas con personas que obtienen beneficios de parte de la institución.</p> <p>Diagnóstico institucional.</p> <p>Investigación acerca de la problemática principal del centro de práctica.</p> <p>Detectar las necesidades del centro de práctica.</p>	<p>Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p>Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p>Describe las debilidades del centro de práctica.</p> <p>Enumera cada una de las fortalezas que destacan a la institución.</p> <p>Conoce a qué población atiende la institución.</p> <p>Analiza la problemática principal y clasificar las necesidades observadas.</p>

Mes de abril

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>Analizar los casos detectados en el centro de práctica, realizando las entrevistas a las debidas personas, tomando en cuenta los temas sobresalientes para las charlas a impartir.</p>	<p>Detección de casos en el centro de práctica.</p> <p>Entrevistas con las personas de los casos detectados.</p> <p>Realización de hojas clínicas de los casos atendidos.</p> <p>Charla y capacitaciones sobre la principal problemática detectada en los casos atendidos.</p>	<p>Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p>Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p>Enumera y describe cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p>Conoce a las personas a las que atiende la institución.</p> <p>Analiza la problemática principal y clasifica los temas a tratar en las charlas y capacitaciones.</p>

Mes de mayo

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p>	<p>Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p>Entrevistas con las personas de los casos detectados.</p> <p>Realización de historias clínicas de los casos atendidos.</p> <p>Charlas y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos.</p>	<p>Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p>Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p>Enumera y describe cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p>Entrevista a las personas en cada uno de los casos a tratar.</p> <p>Escribe las historias clínicas de cada uno de los casos.</p> <p>Imparte las capacitaciones de los temas sobresalientes en el centro.</p>

Mes de junio y julio

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p> <p>Impartir las charlas y capacitaciones sobre los temas de las problemáticas descubiertas dentro del centro.</p>	<p>Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p>Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos.</p> <p>Realización de historias clínicas de los casos atendidos.</p> <p>Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos.</p>	<p>Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p>Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p>Enumera y describe cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p>Utiliza las técnicas y estrategias en los casos atendidos.</p> <p>Escribe las historias clínicas de cada uno de los casos.</p> <p>Da a conocer temas sobresalientes en el centro.</p>

Mes de agosto

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
Dar a conocer al encargado de la institución los informes de los casos atendidos durante la práctica, como también los temas que fueron impartidos durante la misma.	Informe de los casos detectados en el centro de práctica. Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad. Clausura en el centro de práctica.	Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas	Describe cada uno de los casos detectados dentro del centro. Explica el avance y tratamiento que se brinda a cada caso. Plática con los encargados agradeciéndoles por permitir realizar la práctica.

Vo. Bo. _____

Asesora de práctica Licda. Sonia Pappa

3.3 Cronograma de capacitaciones

Charla 1

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	La familia y las emociones	3 minutos
Presentación de video clip	Iroman (motivacional)	7 minutos
Introducción al tema	La importancia de la familia	10 minutos
Desarrollo del tema	Familia y las emociones	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	5 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 2

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	La actitud ante la limitación	3 minutos
Presentación de video clip	Nick (motivacional)	5 minutos
Introducción al tema	La importancia de la actitud	10 minutos
Desarrollo del tema	La actitud ante la limitación	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	5 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 3

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Etapas del desarrollo humano	3 minutos
Presentación de video clip	Pablito y Virginia	10 minutos
Introducción al tema	¿Qué es desarrollo humano?	10 minutos
Desarrollo del tema	Etapas del desarrollo humano	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	5 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

3.4 Cronograma de trabajo proyecto de salud mental

ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación (énfasis en la intervención psicológica que se brindará)	Mirian Castro (español) Aisha Tepaz (Kaqchiquel)	10 min
Información general sobre las actividades a desarrollarse (especialidades médicas, atención psicológica a grupos específicos, entrega de medicamentos, etc.)	Sara Bala	10 min
Intervención psicológica a los grupos específicos, de acuerdo a cada plan de acción elaborado	Cada grupo responsable, de acuerdo al plan de intervención elaborado para la población específica que será atendida	El tiempo que sea necesario
Conducción de personas a las especialidades médicas (aclaración de dudas, persuasión de la necesidad de exámenes para mujeres, etc.)	Cada grupo responsable	15 min
REFACCIÓN PARA LOS COLABORADORES		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea necesario
ALMUERZO PARA COLABORADORES Y ESTUDIANTES (30 min)		
Continuación de la intervención psicológica y atención médica		
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	5 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de Fuentes	Toda la actividad

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados que se obtuvieron en el período de la Práctica Profesional Dirigida, el cual deja como constancia el trabajo que realizó el practicante y como ayudó a promover la salud mental en el centro de práctica así como a la comunidad en que se trabajó.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Se brindó apoyo emocional a los pacientes del centro de práctica, así como a sus familias y así promover una mejor rehabilitación en todas las áreas del paciente.
- ✓ Se trabajó en el área psíquica de los pacientes en el proceso de rehabilitación y esto benefició en la actitud que tenían hacia su programa de rehabilitación.
- ✓ Se integró a la familia del paciente en rehabilitación ya que en algunos casos la familia no participaba activamente en la rehabilitación de su paciente.
- ✓ Se benefició al área psicológica de los pacientes pues en su proceso de rehabilitación en algunos casos esta área no se tomaba en cuenta.
- ✓ Se pudo cubrir a cabalidad el área de psicología ya que por motivos de presupuesto el área de psicología no cubría todas las necesidades del centro.
- ✓ Se concientizó a las autoridades de FUNDABIEM Chimaltenango para luchar por incluir en su presupuesto el área de psicología ya que con la práctica realizada observaron los beneficios de integrar a la psicología en los procesos de rehabilitación.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ El proceso de terapia se afectó por la situación económica de los pacientes en algunos casos ya no llegaban por motivos económicos y su traslado les era difícil.
- ✓ Las familias de los pacientes no tomaban en cuenta su participación en el proceso de rehabilitación y cuando se les citaba no se presentaban esto afectaba en la terapia de cada uno de los pacientes.
- ✓ El lugar de procedencia de los pacientes era en unos casos una limitante para que continuaran con el proceso de rehabilitación ya que se les dificultaba su traslado y también el costo del transporte.
- ✓ La actitud que el personal tenía con los pacientes a veces era muy negativa y repercutía en estos para no asimilar de forma correcta el proceso de rehabilitación.
- ✓ Las autoridades del centro de práctica no daban la disponibilidad de tiempo para que el practicante trabajara de forma más cómoda en la realización de las actividades que se tenían programadas.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ El período de práctica deja una experiencia invaluable para el practicante pues durante esta etapa las situaciones atendidas en el centro forman al futuro profesional para ejercer una carrera de excelencia.
- ✓ La psicoterapia que se ofreció a los pacientes les brindó herramientas para enfrentar de una mejor manera la rehabilitación.
- ✓ La comunidad que se acercó al centro de práctica se vio beneficiada por los servicios prestados por el futuro profesional.
- ✓ Con el trabajo del practicante se contribuyó a la prevención, promoción y mantenimiento de la salud mental en la sociedad Chimalteca.
- ✓ Se promovió el proceso de aceptación de una discapacidad en la familia y el paciente y así prevenir y promover la salud mental.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Se debe de tomar en cuenta la supervisión de la práctica para poder tener una segunda opinión en el proceso de atención de casos.
- ✓ La finalización de algunos casos no ha sido posible por situaciones personales de los pacientes y esto repercute negativamente en la consecución de los objetivos terapéuticos.
- ✓ El seguimiento de los casos atendidos se debe de programar para obtener una perspectiva a largo plazo del trabajo del practicante universitario.
- ✓ La creación de contratos por parte de la Universidad con el centro de práctica sería de beneficio para lograr la continuidad de los resultados obtenidos en este ciclo.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos

Historia Clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre:	A.R.C.L
Edad:	35 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	San Juan Comalapa, Chimaltenango
Ocupación:	ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Comalapa, 7 de abril
Escolaridad:	Secretaria oficinista, enfermera
Religión:	Católica
Evaluador:	Pablo Canú
Fecha:	8 de abril de 2,010

2. Motivo de consulta

La paciente refiere que se enoja y se aguanta la familia por parte de su esposo se aprovecha de la ausencia de este, y que siempre le causan conflictos cada vez que llegan a su casa.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta angustia.
- Nivel conductual: normal.
- Nivel motivacional: buena disposición para el tratamiento.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: del paciente se han visto en vueltos en situaciones con la familia del esposo en que estos causan conflicto psíquico y han intentado agredir físicamente a los hijos de doña A, y en ocasiones se aprovechan de los bienes materiales de doña A sin su consentimiento.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con las personas de su edad y personas mayores, pero manifiesta disgusto con los familiares de su esposo.

5 Historia del problema:

Doña A, ha estado en conflictos desde que se marchó su esposo a trabajar a U.S.A. hace 3 años, desde entonces la familia de su esposo por la ubicación de su casa llegaba para pedir permiso para dejar cosas pero luego se fue agudizando el problema ya que los familiares empezaron a traspasar límites y abusaron de la confianza de doña A, en los últimos 6 meses el problema se ha agudizado porque han intentado pegarle a los hijos de doña A.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: problemas conductuales en sus hijos.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

La señora A refiere que no hay problemas en la familia (ella y sus hijos) su esposo viajó por situaciones económicas, sus hijos han estado un poco rebeldes debido a la hostilidad que viven cuando llegan los familiares de su esposo, no ha podido evitar que estos lleguen porque su esposo quiere que lleguen a su casa y no se ha percatado del conflicto existente.

Doña A es una señora de 35 años de edad en su hogar viven sus 3 hijos de 10, 7 y 5 años, actualmente hay un ambiente hostil con los familiares de su esposo.

El esposo de doña A vive en U.S.A. hace 3 años por razones económicas se tuvo que ir y ha progresado su familia pero por la misma razón ha creado envidia en sus familiares.

La señora A tiene que aguantar los insultos, burlas y abusos de los familiares de su esposo lo cual le ha afectado emocionalmente y por lo cual buscó ayuda.

7. Diagnóstico multiaxial

- Eje I F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad
- Eje II Z03.2 Ninguno
- Eje III Ninguno
- Eje IV Problemas relacionados con el ambiente social
- Eje V EEAG= 70 (actual)

8. Pronóstico

Favorable porque la señora A debe poner límites para lograr minimizar los conflictos con estos parientes, con sus hijos debe trabajar la conducta ya que en ocasiones le hacen berrinches lo cual se mejorará si la señora A cambia la forma de educar a sus hijos para una mejor conducta.

9. Tratamiento

Terapia de apoyo

Terapia centrada en el cliente

Historia Clínica No. 2

1. Datos generales

Nombre:	A.D.L.M
Edad:	4 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Zona 3, 3ra calle, Chimaltenango
Ocupación:	aún no va a la escuela
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 7 de abril
Escolaridad:	aún no va a la escuela
Religión:	Cristiana-evangélica
Evalúador:	Pablo Canú
Fecha:	25 de marzo de 2,010

2. Motivo de consulta

Tiene un estado de ánimo triste, se. Ha notado un bajo rendimiento en las terapias del lenguaje a las que asiste. La doctora del centro lo refiere para evaluación psíquica.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta tristeza.
- Nivel conductual: cohibido, introvertido.
- Nivel motivacional: buena disposición de la encargada para seguir el tratamiento.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Actualmente la familia del paciente se ha preocupado por la condición del niño, han pasado por un proceso de duelo, la muerte de un tío, en el ambiente familiar hay mucha tristeza por la pérdida física del miembro de la familia.

4.3 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con los niños de su edad y personas mayores, pero no manifiesta la misma energía que los niños de su edad.

5 Historia del problema:

D, ha estado manifestando esta conducta desde que se inició el proceso de duelo en la familia sintiendo este ambiente aproximadamente 2 meses, anteriormente D no presentaba estos síntomas luego de la muerte del tío han venido en incremento.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: depresión en la abuela.

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

La abuela de D refiere que no hay problemas en la familia, el ambiente en que viven es sano, aunque la falta de tiempo de los padres con su hijo es lo que hace que la abuela lo cuide la mayor parte del día.

D es un niño de 4 años de edad en su hogar viven sus 2 padres, la abuela y otros 2 tíos pero actualmente ha habido una gran tristeza por el duelo que se vive y tienden a llorar mucho frente al niño.

El padre del niño trabaja en un banco reconoce que el tiempo que le dedica a su hijo no es suficiente pero debido al trabajo es que lo debe de dejar, aunque cuando se le presenta la oportunidad comparte tiempo valioso con D.

La madre del niño es una de las más afectadas en el duelo que viven su hermano fue el que falleció a veces se esconde de D para que no mire como llora por recordarse de su hermano.

D ha tenido que vivir este proceso en ocasiones el también llora al ver a sus familiares llorando.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG= 70 (actual)

8. Pronóstico

Favorable la familia de D está pasando por un proceso de duelo lo cual ha promovido a estar en un estado de ánimo bajo. Los encargados de D han creado un ambiente triste y por tal razón ha reaccionado a esta situación, aunque la reacción de duelo es normal el tiempo de duración se ha alargado por lo que se tiene que apoyar emocionalmente a los encargados de D para que la situación mejore y así poder ayudar a D a retomar su conducta anterior.

9. Tratamiento

Terapia de apoyo y Terapia cognitiva

Historia Clínica No. 3

1. Datos generales

Nombre:	B.H.
Edad:	18 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Aldea Buena Vista, Chimaltenango
Ocupación:	desempleado
Lugar y fecha de nacimiento:	Escuintla, 4 de diciembre
Escolaridad:	sexto primaria
Religión:	Católica
Evalúador:	Pablo Canú
Fecha:	24 de junio de 2,010

2. Motivo de consulta

En su proceso de rehabilitación han notado que a veces llega molesto e irritado lo cual afecta en la terapia pues se enoja con la terapeuta, al preguntarle indica que es por problemas familiares, a veces indica que ya no desea continuar con la terapia.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta hostilidad.
- Nivel conductual: rebeldía. Inconstancia.
- Nivel motivacional: su disposición varía, depende su ánimo.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Constantemente está en discusiones con sus hermanas, con las cuales no se lleva bien, con la madre su relación es buena aunque a veces por los conflictos con sus hermanas también influye la relación madre hijo.

4.4 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con los individuos de su edad y personas mayores, a pesar de su limitación física.

5. Historia del problema:

B, ha estado viviendo con su madre desde que inicio su proceso de rehabilitación anteriormente vivía con sus abuelos en el puerto, el creció con sus abuelos. No tiene padre y las hermanas con las que vive actualmente son solo hermanas de madre, desde que empezó a vivir con su madre y hermanas ha habido discusiones entre ellos.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: no hay datos de relevancia.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

La madre de B refiere que en su familia no hay mayores problemas la situación económica obligó a que emigraran a Chimaltenango dejando a B con sus abuelos, B no se crió con ella hasta que B tuvo un accidente y por la rehabilitación tuvo que venir con su madre y ella se ha hecho cargo de B tiene 3 hermanas las cuales son solo hermanas de parte de madre.

B es un muchacho de 18 años actualmente vive con su madre y 3 hermanas con las que tiene las discusiones que han repercutido en la rehabilitación de B, a veces indica que quisiera regresar con sus abuelos para estar más tranquilo dejando la rehabilitación sin concluir.

No hay historia del padre de B lo abandonó desde muy pequeño.

La madre de B está angustiada por la conducta que tiene B con sus hermanas pues B es el que inicia las discusiones y se burla de ellas, y luego se enoja y manifiesta todas sus irritaciones.

La conducta de D es la que motiva las discusiones.

7. Diagnóstico multiaxial

- Eje I F93.3 Problemas de relación entre hermanos
- Eje II Z03.2 Ninguno
- Eje III Ninguno
- Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
- Eje V EEAG= 61 (actual)

8. Pronóstico

Favorable él indica que si desea cambiar pero le ha sido difícil, por parte de la madre ella quiere que su hijo cambie para poder apoyar mejor la rehabilitación, debido a la disposición de B y el apoyo que se ve en el ambiente familiar se previene una mejora en la interacción de B con sus hermanas.

9. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual

Historia Clínica No. 4

1. Datos generales

Nombre:	G.A.O.M
Edad:	7 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	El Tejar, Chimaltenango
Ocupación:	estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 19 de enero
Escolaridad:	primero primaria
Religión:	Católica
Evaluador:	Pablo Canú
Fecha:	27 de mayo de 2,010

2. Motivo de consulta

Mi hijo es agresivo se pelea con sus compañeros de clase y le contesta a la maestra y a mí.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: afecto restringido.
- Nivel conductual: rebeldía, inconstancia.
- Nivel motivacional: buena disposición de la encargada para seguir el tratamiento.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: En la familia fue testigo del maltrato de su padre hacia su madre, cuando su padre ingería alcohol, habían muchas discusiones entre sus padres; la madre reaccionaba bruscamente con sus hijos debido a la hostilidad que había en su hogar.

4.5 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con los niños de su edad y personas mayores, pero en ocasiones reacciona agresivamente con ellos.

5. Historia del problema:

G, tiene una conducta agresiva con sus compañeros de clase en ocasiones les pega y contesta a su maestra, su rendimiento académico es adecuado en su casa en ocasiones pelea con su hermana más pequeña, en el pasado fue testigo del abuso que su padre le creaba a su mamá bajo efectos del alcohol.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Alcoholismo en el padre, violencia hacia la madre.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

La abuela de G por parte de padre tiene mucha influencia en la educación de G ha habido discusiones entre la abuela y la madre de G esto ha hecho que G tenga simpatía hacia su abuela que ejerce una educación negativa en la crianza de G.

G es un niño de 7 años de edad en su hogar viven sus 2 padres, y otros 2 hermanos, uno mayor (hijo de otro padre) y una menor, en el pasado su padre era alcohólico actualmente no ha ingerido alcohol y por tal motivo el ambiente familiar ha estado estable, la madre de G reconoce que el ambiente que el padre y ella le proporcionaron a G no era adecuado pero quiere hacer lo posible para ayudar en la conducta de G.

El padre del niño trabaja de chofer lo cual no le da mucho tiempo para estar con su familia el dejó el alcohol por el bienestar de su familia se hizo consciente de los efectos negativos que estaba creando en su esposa e hijos.

La madre del niño fue objeto de agresiones por parte del padre en ocasiones la forma de corregir a sus hijos no es la indicada pero ella reconoce que estaba mal y lo hacía por la hostilidad que había en su hogar, ella es la más interesada en promover un cambio en su hijo.

7. Diagnóstico multiaxial

- Eje I Z63.1 Problemas paterno filiales
- Eje II Z03.2 Ninguno
- Eje III Ninguno
- Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
- Eje V EEAG= 70 (actual)

8. Pronóstico

Favorable al evaluar la disposición de la madre para propiciar un cambio en la conducta de G se prevé un cambio, hay que trabajar en la interacción de la familia para un ambiente más sano e integrar al padre en el proceso para obtener los mejores resultados.

9. Tratamiento

Terapia familiar

Terapia conductual

Historia Clínica No. 5

1. Datos generales

Nombre:	L. V.G.P
Edad:	30 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	Aldea Buena Vista, Chimaltenango
Ocupación:	ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 30 de marzo
Escolaridad:	Tercero básico
Religión:	Católica
Evalúador:	Pablo Canú
Fecha:	8 de abril de 2,010

2. Motivo de consulta

La doctora la refiere porque han notado que la señora L ha estado muy triste durante las terapias de su hija no presta la atención necesaria y su conducta ha sido cohibida.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta tristeza.
- Nivel conductual: cohibido, introvertido.
- Nivel motivacional: buena disposición de la señora L para seguir el tratamiento.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Actualmente la familia de la señora L está pasando por unos problemas el esposo de doña L ha cambiado mucho en su relación con ella, tienen 3 hijos a la menor lleva a terapia por la parálisis cerebral, su esposo ya no le pone la atención debida a doña L y sus hijos acusando que no tiene tiempo por el trabajo y los estudios.

4.6 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con los individuos de su edad, pero no manifiesta la misma conducta que la caracterizaba.

5. Historia del problema:

L ha estado triste por la actitud que ha tomado su esposo, refiere que ya no le interesa cómo evoluciona su hija en la terapia a pesar de la señora L le comenta sobre esto. Los hijos de L también han notado la actitud del padre que ya no juega con ellos, incluso la comunicación entre su conyugue a mermado.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: no hay datos de relevancia.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

El esposo de L ha cambiado mucho últimamente indica L que atribuye esto a su trabajo y estudios (está terminando estudios superiores) aunque en ocasiones se va a jugar con sus amigos y no aprovecha el tiempo para estar con su familia.

La señora L tiene 30 años tiene 3 hijos la menor tiene parálisis cerebral en ocasiones ella tiene que sufragar los gastos básicos porque su esposo indica que no lo puede costear algo que le da desconfianza a doña L.

Doña L ha empezado a desconfiar de su esposo pues ha notado actitudes muy extrañas en él, ella piensa que le está siendo infiel y por eso ha cambiado mucho.

Doña L está muy angustiada en que va a pasar con la relación con su esposo

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Z63.0 Problemas conyugales
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG= 70 (actual)

8. Pronóstico

Favorable en el caso de doña L se tiene que trabajar proporcionándole herramientas para que ella tome la decisión más correcta en relación al futuro con su esposo, emocionalmente es una

transición complicada pero ella debe de buscar la opción más fiable para ella y sus hijos. Aunque la separación es difícil de esta forma ella dejará de sufrir.

9. Tratamiento

Terapia de apoyo

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Se benefició a la integración de la familia del paciente.
- ✓ Se logró promover la aceptación del miembro de la familia con una discapacidad y contribuyó a un mejor ambiente familiar.
- ✓ Se motivó a que la persona con una limitación continúe en el proceso de rehabilitación a largo plazo.
- ✓ Se contribuyó a educar al paciente de cómo la motivación con que se realiza la rehabilitación repercute en los resultados.
- ✓ Los familiares de los pacientes conocieron la importancia de contribuir activamente en el proceso de rehabilitación de sus pacientes.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ La disponibilidad de tiempo del centro de práctica no era accesible para realizar las charlas con libertad.
- ✓ Los horarios de atención a los pacientes no coincidían con la hora en que se daban las charlas y no se pudo cubrir a todas las personas.
- ✓ El área donde se realizaron las charlas no era lo suficientemente amplia y no dejaba moverse cómodamente.

- ✓ En algunos casos solo la familia estuvo presente porque sus pacientes estaban en sesión con las otras terapias.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ La información que se logró proporcionar es de vital importancia en la terapia del paciente.
- ✓ La educación de los miembros de la familia fue útil para contribuir en el proceso y continuidad de la rehabilitación.
- ✓ La motivación que se pudo brindar ayudó a que los pacientes siguieran con la rehabilitación y no cortaran con el proceso.
- ✓ La continuidad del proceso de las terapias era un factor que se tenía que fomentar para alcanzar los objetivos de la rehabilitación.
- ✓ La integración de los miembros de la familia fue un punto importante que se tomó en cuenta en los objetivos de las charlas.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Para promover a la profilaxis de la comunidad la capacitación a grupos debe ser primordial en todo servicio profesional.
- ✓ No se debe escatimar en la adquisición del material para el correcto desarrollo y alcance de los objetivos de las charlas.
- ✓ Se debe incluir en la solicitud de permiso para a práctica un tiempo específico para las capacitaciones y así los centros de práctica lo tomen en cuenta y no pongan limitaciones.
- ✓ Se sugiere una supervisión para que el encargado de práctica pueda experimentar presencialmente al menos una de las charlas que se imparten en la práctica.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

La familia y las emociones

Dirigida a los familiares de pacientes de Fundabiem Chimaltenango.

Fecha: jueves 19 de agosto de 2010.

1. Objetivos

- a) Conocer correctamente cada una de las áreas de rehabilitación y explicar la función de cada una de ellas.
- b) Identificar la importancia del apoyo que estos tienen en la rehabilitación de sus familiares en terapia.
- c) Eliminar ideas negativas que tenga sobre la limitación física de su pariente.
- d) Valorar al miembro de la familia como un integrante importante que debe ser digno de atención.
- e) Respetar la limitación que tenga su familiar y no forzar o apresurar su cuerpo.
- f) Participar en la terapia de su pariente motivándolo a que continúe con esta.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- a) Presentación de video clip
- b) Introducción del tema por medio de exposición
- c) Explicación del tema por medio de diálogo con los presentes

3. Recursos

- Laptop
- Mesa

- Sillas
- Equipo de sonido
- Hojas en blanco
- Lapiceros

4. Contenido

La charla iniciaba con la presentación de un video donde se mostraba a un padre compitiendo en triatlón con su hijo que tiene parálisis cerebral por medio de este se hacía participar a los presentes emitiendo su opinión acerca de lo que observaron, cada uno se iba haciendo consciente del amor del padre a su hijo y la aceptación que este tenía de su limitación física. A continuación se iniciaba con el desarrollo del tema que consistía en la importancia del apoyo moral y físico que los integrantes de la familia deben dar a sus familiares y como el correcto manejo de las emociones contribuye a la evolución positiva de la persona en rehabilitación así dejar claro la importancia de que un buen ambiente familiar contribuye a la calidad de vida del paciente.

Charla 2

La actitud ante la limitación

Dirigida a los familiares y pacientes de Fundabiem Chimaltenango.

Fecha: viernes 20 de agosto de 2010.

1. Objetivos

- a) Conocer sus capacidades y habilidades que tienen y como estas los ayudan a salir adelante.
- b) Identificar la importancia de la actitud que estos tienen en su proceso de rehabilitación.
- c) Eliminar ideas negativas que tenga sobre la limitación física.

- d) Valorar su vida a pesar de la limitación y sentirse importante.
- e) Perseverar en la rehabilitación para obtener resultados a largo plazo.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- a) Presentación de video clip
- b) Introducción del tema por medio de exposición
- c) Explicación del tema por medio de dialogo con los presentes

3. Recursos

- Laptop
- Mesa
- Sillas
- Equipo de sonido
- Hojas en blanco
- Lapiceros

4. Contenido

La charla iniciaba con la presentación de un video donde se mostraba a un joven realizando actividades de la vida diaria a pesar de no contar con miembros superiores e inferiores. Luego se les pedía a los presentes que opinaran de lo visto, ellos iban proporcionando ideas como el joven del video afrontaba su limitación y no se dejaba vencer por ella. A continuación se iniciaba con la importancia de la actitud que se debe tomar ante la adversidad y como esta ayuda a vencer los obstáculos que se nos presentan siendo conscientes de nuestras capacidades y habilidades.

Charla 3

Etapas del desarrollo humano

Dirigida a niños de 6 a 13 años del Centro de Atención Integral.

Fecha: martes 13 de julio de 2010.

2. Objetivos

- a) Conocer correctamente cada una de las etapas del desarrollo humano.
- b) Identificar las características de cada una de las etapas del desarrollo humano.
- c) Describir los cambios físicos que se dan en cada una de las etapas de desarrollo.
- d) Valorar su cuerpo para que le brinde el cuidado necesario en cada etapa de desarrollo.
- e) Respetar los cambios que sufre cada uno de sus compañeros.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- a) Presentación de video clip
- b) Introducción del tema por medio de exposición
- c) Explicación del tema por medio de dialogo con los niños

3. Recursos

- Laptop
- Mesa
- Sillas
- Cañonera
- Hojas en blanco
- Lapiceros

4. Contenido

Al iniciar la charla se motivó a los niños con unos regalos que se le proporcionarían a los mejor portados durante la charla, se proyectó un video acorde al tema y por medio de este se fue introduciendo y desarrollando el tema que trató temas como la etapa prenatal, infancia, la niñez, adolescencia, adultez y vejez, los cambios físicos, psíquicos y sociales que se dan en cada etapa. Luego se fue identificando en la etapa en que los niños presentes estaban y los cambios que estaban por venir para que ellos estuvieran conscientes de su desarrollo. Para terminar se les dio un tiempo para preguntas y que ellos fueran despejando sus dudas sobre el tema expuesto.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Se logró beneficiar a una parte de la población en el área psicológica, en su mayoría niños y mujeres
- ✓ Se prestó servicios médicos a todos los que asistieron y obtuvieron medicina gratis para sus tratamientos médicos.
- ✓ Se logró repartir víveres y ropa en la mayoría de casos a los niños para beneficiarlos con esas necesidades básicas.

4.3.2 Limitaciones

- ✓ El idioma presentó un poco de dificultad en la comunicación con las personas sobre todo en los individuos de la tercera edad.

4.3.3 Conclusiones

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

4.3.4 Recomendaciones

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

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

I. Introducción

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

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

II. Antecedentes

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

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

El 29 de mayo, la tormenta tropical Agatha tocó tierra en las costas del departamento de San Marcos en Guatemala, y comenzó a debilitarse. Sin embargo y contra todos los pronósticos, al adentrarse en el territorio nacional, ésta cobró fuerza dando paso a uno de los mayores desastres naturales que la población guatemalteca ha enfrentado en el presente siglo. Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país.

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

III. Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, y luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores puedan lograr una resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian

después del paso de la tormenta Ágatha; esto, a través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

Así mismo, de acuerdo a información recabada y datos estadísticos proporcionados por el Área de Salud de Chimaltenango, se determinó que era necesario proporcionar también ayuda de otra índole, tal es el caso de asistencia médica, exámenes de diagnóstico, métodos de planificación familiar, medicamentos gratuitos, etc. De esta manera se estaría proporcionando apoyo de forma integral a la población enfocada en el proyecto mencionado, haciendo énfasis en la intervención psicológica que se desarrollará en forma individual y apegada a las necesidades de cada grupo específico (niños, adolescentes, mujeres y hombres), enfocándose en lograr restablecer en un porcentaje considerable, la salud mental de los pobladores, principalmente en cuanto al valor de la vida, la familia y los recursos con que aún cuentan.

IV. Objetivos

1. General

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

2. Específicos

- a) Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- b) Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.
- c) Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.

- d) Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- e) Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

V. Descripción de la crisis provocada por el estrés postraumático

La crisis que un grupo social o bien una persona sufre luego de experimentar un evento catastrófico, es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios del individuo y del grupo, se hace presente un estado de invalidez, de desprotección e incapacidad para continuar la vida cotidiana. Aún cuando todavía se cuenta con algunos medios y recursos para subsistir, el grupo o la persona, que está severamente afectada e impresionada, se niega de alguna forma, a ver el lado positivo de la situación, que radica en descubrir su potencial para salir adelante con lo que le ha quedado.

VI. Pautas para elaborar un programa de intervención

- a) Analizar objetivamente la dimensión del evento catastrófico, y su impacto tanto en la sociedad como para la persona individual.
- b) Analizar las posibles soluciones, y la forma de ayuda psicológica que se pueda brindar.
- c) Realizar un adecuado contacto psicológico con el grupo y/o con la persona.
- d) Desarrollar acciones concretas: Objetivos a corto plazo: valorar la mortalidad, facilitar el proceso de duelo, etc.
- e) Analizar la situación somática: Preservar la salud física, trabajar en relación al estado emocional, valorar el intento de suicidio, etc.
- f) Analizar la situación afectiva: Expresión de los sentimientos en relación a la crisis, reorientar adecuadamente la forma de expresión, manejo de la ansiedad, técnica de la silla vacía, ejercicios de respiración y relajación profunda, etc.
- g) Analizar la situación cognitiva: Reflexionar sobre el incidente y sus efectos, disminuir la credibilidad de culpa, analizar los pensamientos y metas previos a la crisis y el impacto

que la misma tuvo sobre dicho asunto, reorientar y adaptar las nuevas metas en relación a la situación posterior a la crisis.

- h) Analizar el área conductual: Qué cambios se hacen necesarios a consecuencia de la crisis y sus efectos posteriores.
- i) Dar seguimiento evaluando las etapas de acción. Brindar la ayuda psicológica después de la catástrofe.

VII. Tratamiento del estrés postraumático

La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Con la intervención terapéutica se reduce el impacto psicológico y se evita la cronificación del trastorno.

Las alternativas terapéuticas que existen y las cuales el profesional puede utilizar para obtener los resultados deseados, son:

- 1) Testimonio: Consiste en que el grupo o el paciente relate la historia lo más detalladamente posible; de este modo se gana control sobre el pasado y la experiencia va pasando de ser rígida, a ser más flexible y se consigue una reelaboración del trauma.
- 2) Técnicas cognitivas:
 - a) Resolución de problemas
 - b) Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas
 - c) Análisis de creencias erróneas (no es culpable de su experiencia)
 - d) Inoculación del estrés para disminuir la tensión, la activación fisiológica, sustituir ideas negativas por pensamientos positivos
- 3) Técnicas Conductuales:
 - a) Desensibilización sistemática para conseguir la habituación del objeto temido
 - b) Interrupción del pensamiento
 - c) Técnicas de relajación
 - d) Terapias de grupo (grupos de autoayuda)
 - e) Terapia familiar, si es necesaria

- f) Recuperación de actividades cotidianas de acuerdo a la nueva situación general

VIII. Atención psicológica para el profesional

En la intervención psicológica ante una catástrofe, se hace fundamental proporcionar recursos y técnicas para afrontar las situaciones estresantes, al profesional que intervendrá en dicha situación. De esta manera se previene el desgaste emocional y profesional (Síndrome de Burnout). Se deberá trabajar toda el área concerniente al manejo del estrés, de la ansiedad y aplicación del autocontrol ante dicha situación.

IX. Metodología

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

1. Datos generales

Lugar: Comunidades de La Vega y Parajbey, Santa Apolonia, Chimaltenango
Fecha: Sábado 16 de octubre de 2010
Hora: De 9:00 a.m., a 4:00 p.m.
Dato estimado de la Población: 800 a 1,000 personas aproximadamente

2. Grupos de intervención psicológica

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

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

2.1. Plan de acción de cada grupo

Véanse anexos.

3. Comisiones de trabajo

Para definir una mejor organización y ahorrar tiempo y recursos, se tomó la decisión de formar comisiones de trabajo encargadas de los distintos aspectos que se necesitaba cubrir.

En tal sentido se nombraron las siguientes comisiones:

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

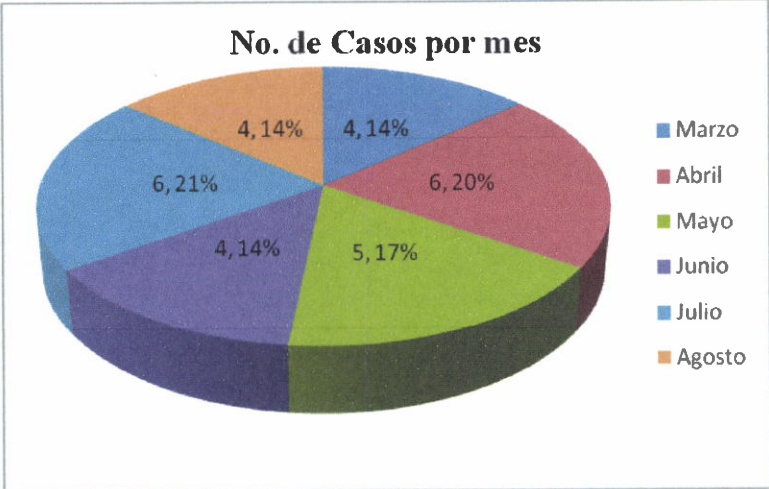
4. Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

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

4.4 Gráficas y análisis de resultados

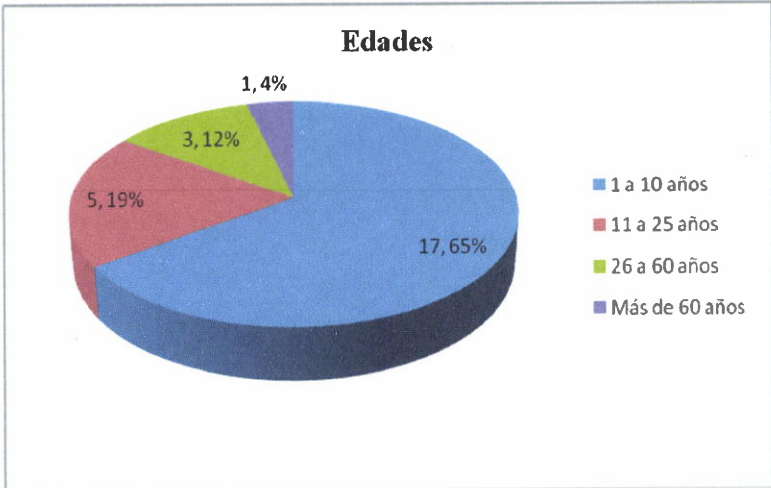
4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1



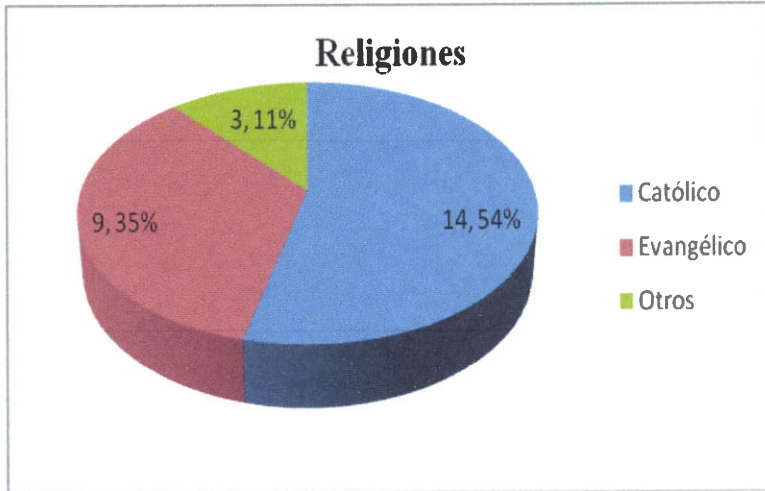
Fuente: elaboración propia

Gráfica 2



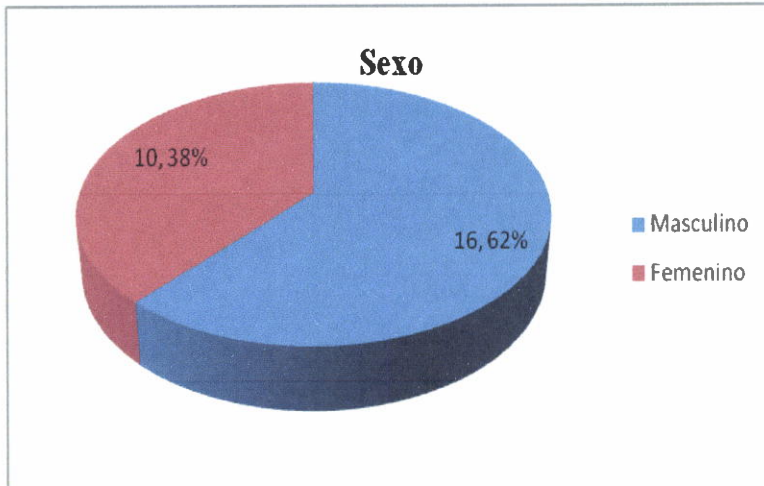
Fuente: elaboración propia

Gráfica 3



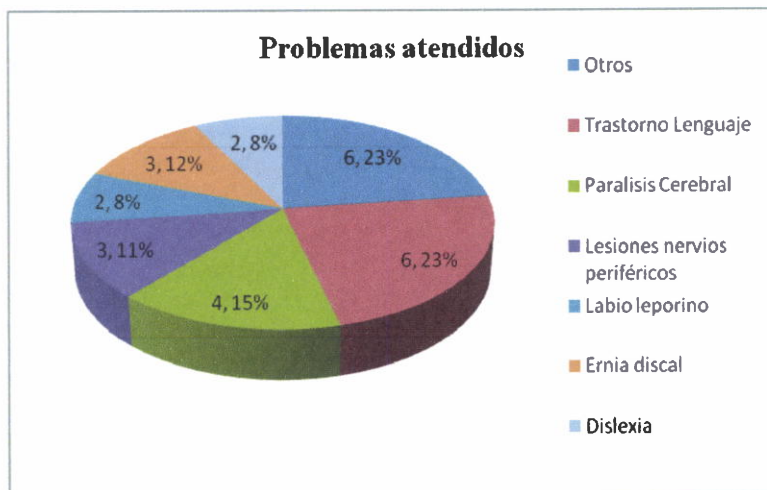
Fuente: elaboración propia

Gráfica 4



Fuente: elaboración propia

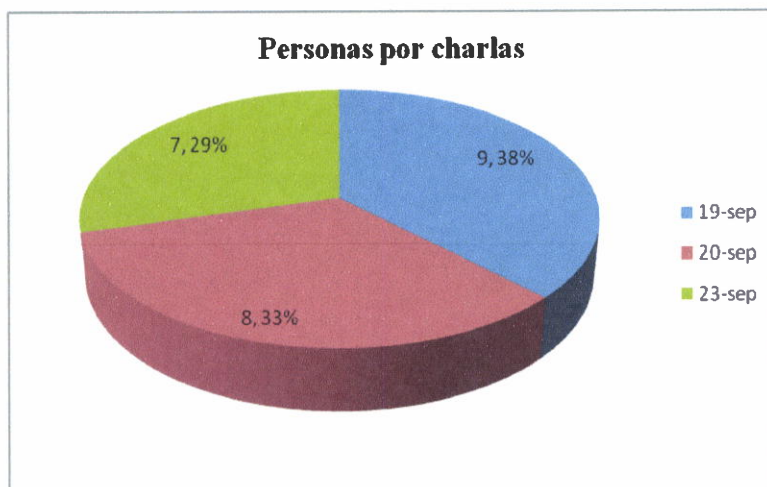
Gráfica 5



Fuente: elaboración propia

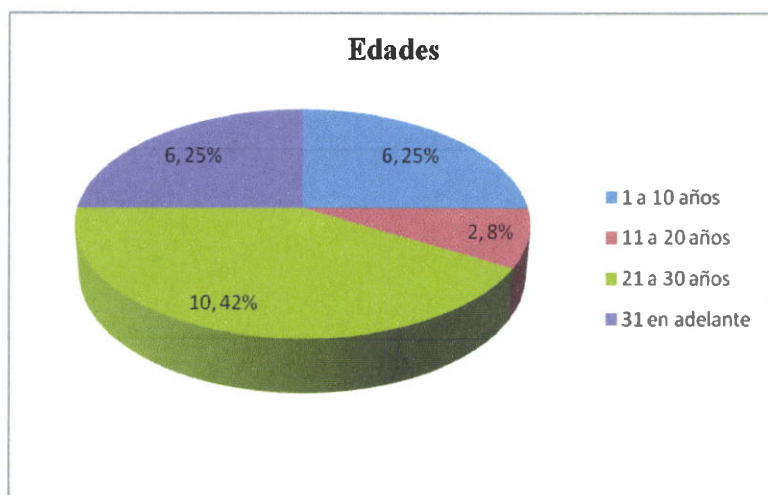
4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica 6



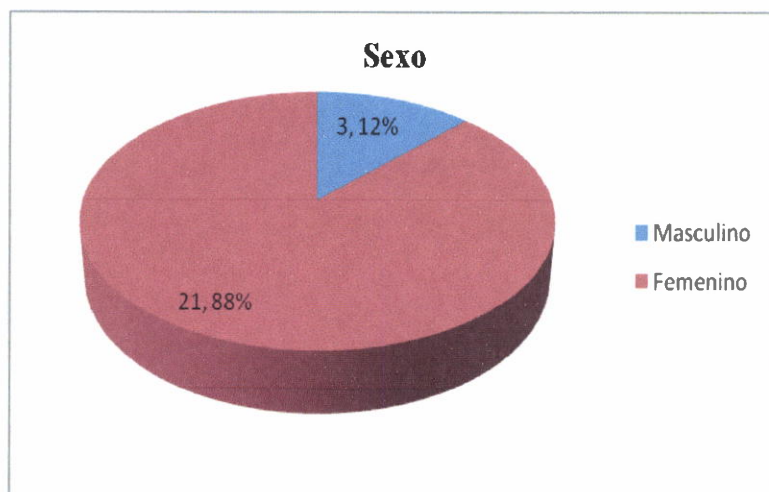
Fuente: elaboración propia

Grafica 7



Fuente: elaboración propia

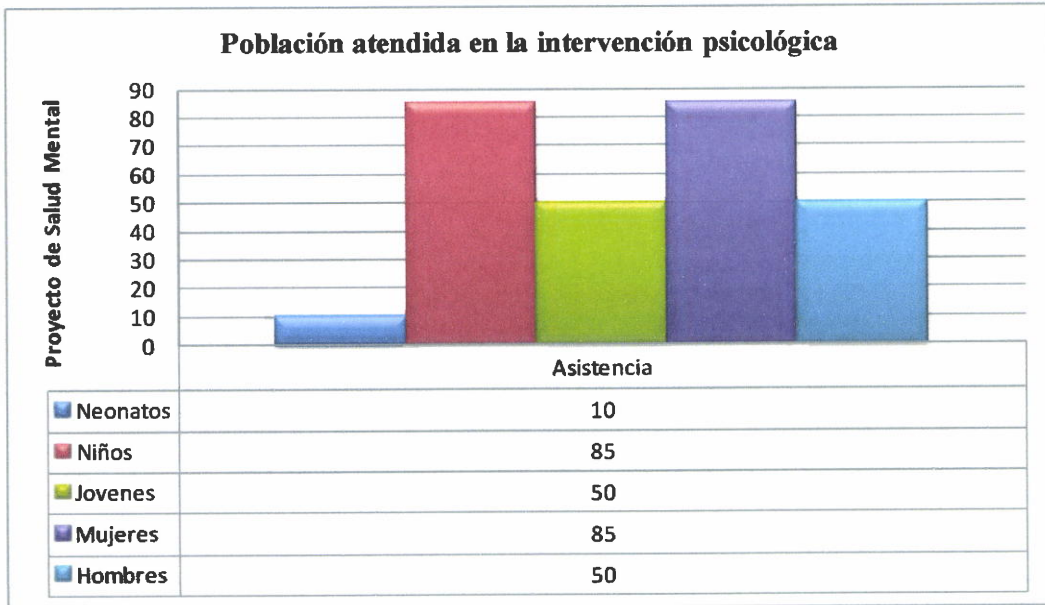
Grafica 8



Fuente: elaboración propia

4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 9



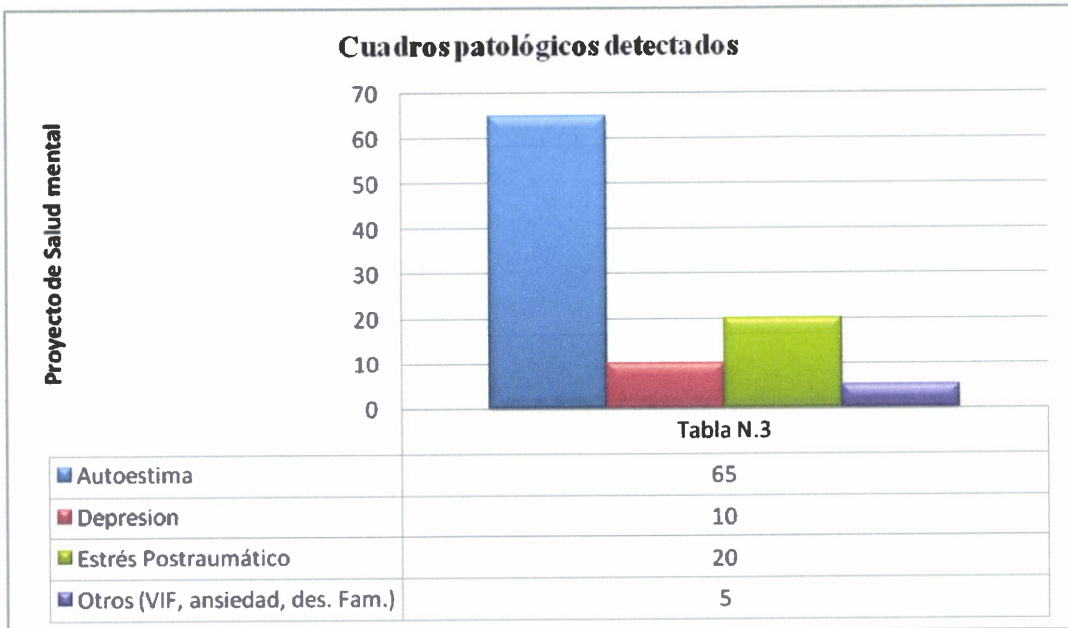
Fuente: elaboración propia

Gráfica 10



Fuente: elaboración propia

Gráfica 11



Fuente: elaboración propia

4.4.4 Anàlisis de datos

1. En la gràfica 1 se observa la cantidad de personas atendidas por mes, esto da muestra del número de personas que fueron beneficiadas durante la labor del practicante, no existe un mes con mayor cantidad de personas lo que refleja que el promedio fue equitativo en la atención de casos individuales.
2. En la gràfica 2 se observa las edades de las personas atendidas, se puede observar que en su mayoría eran niños los que se atendieron lo cual es muy positivo porque por medio de esta atención se puede prevenir una mejor calidad de vida en el futuro de estos niños, y esto no le resta importancia a las otras edades que también fueron tratadas.
3. En la gràfica 3 se observan las religiones, esto es importante a la hora de la atención psicológica pues se debe tomar en cuenta la cosmovisión del paciente para poder proporcionarle herramientas desde su perspectiva; predomina la religión oficial de nuestro país la cual domina en la población.
4. En la gràfica 4 se observa el sexo de las personas atendidas predomina el sexo masculino como se mostró en la gràfica 2 la mayoría eran niños los cuales iban acompañados en gran parte de los casos por sus madres.
5. En la gràfica 5 se muestran los principales problemas atendidos, estas discapacidades físicas se tratan en el centro de Fundabiem, a su vez causan problemas emocionales en los individuos y sus familias y allí la importancia de la labor realizada por el practicante.
6. En la gràfica 6 se muestran el número de personas en las charlas impartidas estas promovieron la integración de la familia en la rehabilitación, cada día tuvo un promedio similar de personas presentes en la realización de las charlas.
7. En la gràfica 7 se muestran las edades de las personas que recibieron las charlas, en su mayoría comprendían las edades de 21 a 30 años lo cual indica que eran por lo general padres de familia los que fueron motivados a apoyar a sus hijos en la rehabilitación.
8. En la gràfica 8 se observa el sexo de las personas presentes en las charlas hay un predominio notable del sexo femenino lo cual nos indica que eran madres de familia las que luchan por la integración de sus hijos a la sociedad.

9. En la gráfica 9 se muestra el número de personas atendidas en el proyecto de salud mental como se puede notar se atendió a un gran número de personas lo cual demuestra el beneficio que se prestó a las comunidades atendidas, en su mayoría fueron niños y mujeres.
10. En la gráfica 10 se observa las personas atendidas por especialidad médica como se indica se prestó mayor servicio al genero femenino quien fue uno de los grupos que más asistencia tuvo en dicho proyecto, la especialidad médica constaba de medicina general, planificación, papanicolao y vacunación.
11. En la gráfica 11 se muestra los cuadros patológicos detectados como se deja notar el autoestima fue el principal foco de atención, lo cual hace constar el trabajo realizado pues la persona y su autoconcepto son fundamentos para una sociedad sana.

Conclusiones

1. La Práctica Profesional Dirigida es de vital importancia para los estudiantes de quinto año ya que por medio de esta se logró aplicar la teoría aprendida durante toda la carrera de psicología y por medio de esta experiencia se adquirió invaluable comprensión del rol del profesional.
2. La población que asiste al centro de práctica que se eligió se benefició por los servicios profesionales prestados por el practicante pues estos se prestaban sin ningún costo y eran de fácil acceso para la población que lo requería.
3. Por medio de la Práctica Profesional Dirigida se contribuyó a la promoción, prevención y educación de la salud mental de la población chimalteca y así se fomentó una sociedad más sana.
4. La atención psicológica es un área que no se debe de quitar importancia y con la labor del practicante se promocionó a que las autoridades pusieran mayor interés en prestar este servicio a los individuos que lo requieren.
5. En la actualidad la sociedad guatemalteca está urgida de servicios profesionales debido a la crisis social que se vive, y por medio de la Práctica Profesional Dirigida se favoreció al saneamiento de una parte de la sociedad y ayudó a dar un respiro, sin olvidar que queda mucho por realizar.

Recomendaciones

1. Se sugiere que la Universidad establezca contratos de trabajo con los centros de práctica de esta forma se logrará una continuidad de los resultados obtenidos al mismo tiempo los casos atendidos que necesiten atención a largo plazo serán beneficiados.
2. La supervisión de la Práctica Profesional Dirigida debe ser incluida en el programa para que se pueda constatar visualmente la labor del practicante para fortalecer puntos positivos y menguar los puntos negativos que el practicante esté realizando.
3. Se debe de tomar en cuenta que los centros de práctica tienen un cronograma de actividades programado y en ocasiones esto interrumpe la planificación que el practicante desea ejecutar.

Referencias

1. Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
2. Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
3. Calderón, G y Vallejo, M. (1,988) *Autismo infantil. I Estudio clínico*. México.
4. Rapin, I. (1,991) *Autistic children: Diagnosis and clinical features. Pediatrics 1*. New York.
5. Howlin P. (1,997) *Prognosis in autism: do specialist treatments affect long-term outcome?* England: Child & Adolescent Psychiatry
6. Cooley, W, y Graham, J. (1,991) *Down syndrome: an update and review for the primary pediatrician*. New York.
7. Cronk, C y Crocker, A. (1,998) *Growth charts for children with Down syndrome: 1 month to 18 years of age*. New York.
8. Palmer, P. (1,998) *Head circumference of children with Down syndrome*. New York: Am J Med Gen.
9. Castiñeiras, A y Ramón, J. (1,999) *Educación e inserción socio-laboral de personas con discapacidades*. México: Editorial Pegasso.
10. Bautista, R. (1,993) *Necesidades educativas especiales*. Colombia: Editorial Prisma.
11. Baena, B. (2,001) *Acercamiento a las Minusvalías: Su implicación y problemática médica. Cuidados Higiénico-Sanitarios*. Colombia: Servicios Empresariales
12. Clinard M. (1967), *Anomia y conducta desviada*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
Glaser D. (1994). *Abuso emocional*. Córdoba: Pub. Victimología n11.
Méndez P. (1996). *Los Fundamentos Lógicos de la Semiótica y su Práctica*. Buenos Aires: Editorial Lener.
13. Caste llanos F. y Acosta M. (2002). "*Syndrome of attention deficit with hyperactivity as the expression of an organic functional disorder*". *Rev Neurol*. 1-15
14. Faraone S, et al: (1995). "*Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder*". *Curr Psychiatry Rep*. Abr 2000;2(2):143-6. PMID 11122947

15. First, Michael; Frances, Allen; Pincus, Harold; Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *DSM-IV-TR, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (ed.); Florez i Formenti, Tomàs de (trad.):
16. Kelly, Kate y Ramundo, Peggy (1993): *You mean I'm not lazy, stupid, or crazy?! A self-help book for adults with attention deficit disorder*. Madrid: Editorial Mason.
17. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor,
18. *Organización Mundial de la Salud; Secretaría General de Asuntos Sociales de España; Organización Panamericana de la Salud (eds.): Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
19. Wilens, Timothy E. (2004). *Straight talk about psychiatric medications for kids*. Edición revisada.
20. Levy N. *La sabiduría de las emociones*, Editorial plaza & janes.

Anexos

Anexo 1
Horas de práctica



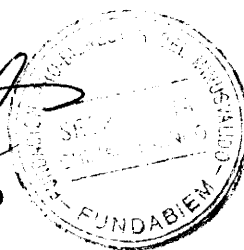
A QUIEN INTERESE:

Por medio de la presente hago constar que el practicante: **PABLO CANÚ**, realizo su PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA; en el Centro de Fundabiem Chimaltenango, durante el periodo comprendido de marzo a agosto, completando 250 horas.

La práctica beneficio a la población que asiste a este centro, incluyendo a los pacientes y familiares.

A solicitud del interesado, se extiende la presente constancia en la Ciudad de Chimaltenango, a los nueve días del mes de septiembre del 2,010.


Dra. Aura Alicia Gudiel de Salguero
Directora
Fundabiem Chimaltenango



Chimaltenango, noviembre 2010.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente deseo manifestar que el estudiante **Pablo Canú**, quien se identifica con número de carné 0601234 realizó 250 presenciales, asistiendo al curso de Práctica Profesional Dirigida, durante el período comprendido de enero a noviembre del presente ciclo electivo



Licda. Sonia Pappa
Asesora

Anexo 2
Constancias charlas



A QUIEN INTERESE:

Por medio de la presente hago constar que el practicante: **PABLO CANÚ**, durante su práctica profesional dirigida, impartió el tema "**LA FAMILIA Y LA DISCAPACIDAD**"; a los pacientes, padres y encargados; que asiste al Centro Fundabiem Chimaltenango; brindando apoyo emocional y así promover una mejor aceptación de su limitante.

A solicitud del interesado, se extiende la presente constancia en la Ciudad de Chimaltenango, a los nueve días del mes de septiembre del 2,010.

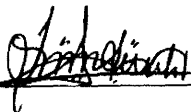

Dra. Aura Alicia Gudiel de Salguero
Directora
Fundabiem Chimaltenango



A QUIEN INTERESE:

Por medio de la presente hago constar que el practicante: PABLO CANÚ., impartió el tema "DESARROLLO HUMANO"; a los estudiantes, que asisten al Centro; brindando apoyo emocional y así promover una mejor salud mental.

A solicitud del interesado, se extiende la presente constancia en la Ciudad de Chimaltenango, a los días del mes de septiembre del 2,010.



A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line.

Firma



Anexo 3
Planes de acción
Proyecto de salud mental



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para niños y niñas

Objetivo

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

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



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para mujeres

Objetivo general

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

Objetivo específico

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

Agenda

- Bienvenida
- Presentación (dinámica la telaraña)
- Charla sobre autoestima
- Dinámicas para detección de casos
- Atención individual
- Información general de especialidades a brindar
- Referencias a especialidades.



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

PLAN DE ACCIÓN, GRUPO DE HOMBRES

1. DINÁMICAS

- ☺ Presentarse diciendo tres virtudes que tenga
- ☺ La tela de araña (expresar ideas para salir adelante ante la situación)
- ☺ El puente humano (la unión hace la fuerza)

2. CHARLAS

- † Charla informativa sobre planificación familiar
- † La autoestima
- † El valor de la vida y la familia
- † La solidaridad en la comunidad
- † Descubriendo el propósito de estar vivos
- † La importancia de no ver el problema, sino la solución

3. TALLER

- 📖 Expresar tres propósitos que tienen para el futuro próximo (siguiente mes)
- 📖 En tríos compartir ideas de cómo puede salir adelante la comunidad afectada
- 📖 Presentación de videoclip acorde a la necesidad (Tony Meléndez, Ironman '86, Nick V.)

4. PLAN TERAPÉUTICO

- Terapia breve y de emergencia (grupal, e individual si se da la posibilidad)
- Apoyo en la terapia racional emotiva
- Modelo psicodinámico, enfocado al estrés postraumático

Anexo 4
Fotografias

