

PPD-ED-05
C548

BIBLIOTECA UPANA I. 18,004
100.0020 JUL 2011

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



**Problemas físicos y sociales que afectan a la salud mental en los pacientes
atendidos en la Clínica Municipal del municipio de Santa Cruz Balanyá del
departamento de Chimaltenango**

Práctica Profesional Dirigida



Candida Rosana Chonay Ruyán

Chimaltenango, 2010

**Problemas físicos y sociales que afectan a la salud mental en los pacientes
atendidos en la Clínica Municipal del municipio de Santa Cruz Balanyá del
departamento de Chimaltenango**

Práctica Profesional Dirigida

Candida Rosana Chonay Ruyán (Estudiante)

Licda. Sonia M. Pappa (Asesora)

Chimaltenango, 2010

DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

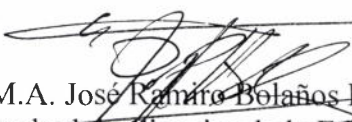
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA


ASUNTO: **Candida Rosana Chonay Ruyán** 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. 007 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 físicos y sociales que afectan a la salud mental en los pacientes atendidos en la Clínica Municipal del municipio de Santa Cruz Balanyá del departamento de Chimaltenango”**. Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante **Candida Rosana Chonay Ruyán** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.


M.A. José Ramiro Bolaños 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 la Clínica Médica Municipal de Santa Cruz Balanyá, presentado por la estudiante.

Candida Rosana Chonay Ruyán

Quien se identifica con número de carné 0601748 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Supervisada con la temática: **Problemas físicos y sociales que afectan a la Salud Mental en los pacientes atendidos en la Clínica Municipal del municipio de Santa Cruz Balanyá del departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Candida Rosana Chónay Ruyán**, 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)

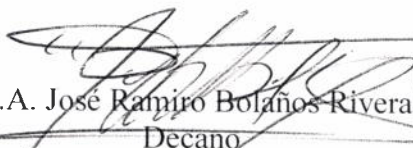


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Problemas físicos y sociales que afectan a la salud mental en los pacientes atendidos en la Clínica Municipal del municipio de Santa Cruz Balanyá del departamento de Chimaltenango**. Presentado por la estudiante **Candida Rosana Chonay Ruyán**, previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Ramiro Bolaños Rivera

Decano

Facultad de Ciencias de la Educación



Contenido

	Pag.
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1: Marco de Referencia	
1.1. Introducción	3
1.2. Misión	3
1.3. Visión	3
1.4. Objetivos	4
1.5. Descripción de la población	5
Capítulo 2: Referente Teórico	
2.1 Problemas físicos y sociales que afectan la salud mental	6-9
2.1.1 Salud mental	10-11
2.1.2 Problemas físicos que afectan la salud mental	12-14
2.1.2.1 Problemas psicosomáticos	15-18
2.1.2.1.1 Clasificación de algunos problemas psicosomáticos	19-31
2.1.2.2 Enfermedades crónicas que afectan la salud mental	32-48
2.1.2.3 Problemas sociales que afectan la salud mental	49 -50
2.1.2.4 Tipos de problemas de salud mental	51-61
2.2 Psicopatología	62
2.2.1 Modelos que explican la psicopatología	63
2.2.2 Principales trastornos psicopatológicos	64-79
2.3 Métodos de psicodiagnóstico	80-81
2.3.1 Instrumentos útiles para el psicodiagnóstico	82-84
2.3.1.1 La observación	85-89
2.3.1.2 La entrevista psiquiátrica	90-101
2.3.3 Los test	102

2.3.4 Manuales de diagnóstico	103-111
2.4 Psicoterapia	112
2.4.1.1 Modelos de psicoterapia	113-114
2.4.1.1.1 Postulados básicos de las terapias conductuales	115
2.4.1.1.2 Tipos de terapias de la conducta	116
2.4.1.1.3 Desensibilización sistemática	117
2.4.1.1.4 Entrenamiento asertivo	118
2.4.1.1.5 Técnicas de extinción	118
2.4.1.6 Técnicas que emplean condicionamiento operante	119
2.4.1.2 Modelos psicoanalíticos	120-121
2.4.1.3 Modelo humanista	122
2.4.1.3.1 Planteamientos fundamentales	123
2.4.5 Formas de psicoterapias	124-125
2.4.5.2 Psicoterapias conductistas	126-127
2.4.5.3 Psicoterapias humanísticas	128-130
2.4.5.4 Psicoterapia sistemática	131-132
2.4.5.5 psicoterapias cognitivas	133-134
2.4.5.6 Psicoterapias alternativas	135-136
Conclusiones	137

Capítulo 3: Referente Metodológico

Introducción	138
3.1 Programa de estudio	138-141
3.2 Calendarización o cronograma de actividades	142-144
3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	145-147
3.4 Subprogramas	148
3.4.1 Programa de atención de casos	148-149
3.4.2 Programas de capacitación	150
3.4.3 Programa de capacitación del proyecto de salud mental	151-153

Capítulo 4: Presentación de Resultados

4.1 Programa de atención de casos	154
Conclusiones	155
1.1.5 Muestra de cinco casos atendidos	156-169
4.2 Programa de Capacitación	170
4.3 Presentación de contenido de la charla y talleres dados	171-182
4.4 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	183
4.5 Presentación de proyecto de salud mental	184-186
Metodología	187-190
4.6 Graficas y análisis de resultados	191-199
4.7 Analisis de datos	200-201
Conclusiones	202
Recomendaciones	203

Resumen

En su parte bibliográfica el presente informe de investigación brinda la base teórica que lleva al lector a comprender la importancia del tema problemas físicos y sociales que son factores de importancia para las personas que están en estas condiciones tengan una ayuda psicológica para obtener un desempeño laboral realmente exitoso.

Se enfatiza en el papel protagónico que juegan los profesionales universitarios en la sociedad guatemalteca y, por lo mismo descansa en ellos la responsabilidad de servir de apoyo a la misma y no servirse de ella.

Básicamente el trabajo lleva al lector, en su parte bibliográfica, a darse cuenta de la importancia y ventajas que tiene el contar con este tipo de atención psicológica en las instituciones de salud. En la parte de la investigación de campo, se corrobora cómo este tipo de atención resolvería en gran parte una serie de problemas detectados en la orientación de las personas.

Introducción

La sociedad guatemalteca se encuentra sumida en una serie de problemas por su inestabilidad emocional y decisiones trascendentales, que están hundiendo en la desesperación. Lamentablemente, son pocos los guatemaltecos que logran vislumbrar que la raíz de todos estos problemas radica en los factores físico y social del desarrollo de la salud mental.

La psicología busca que las personas encuentren un equilibrio tan deseado en su vida física y social. Provee conocimientos, técnicas psicológicas y modelos que toda la población pueda aprovechar y valerse de sí mismo.

El objetivo básico de este informe es que todas las comunidades valoren la atención psicológica como una herramienta eficaz en su labor de resolución de conflictos internos en las personas actuales. Con la labor tanto terapeuta-paciente será más efectivo y traerá los frutos esperados.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

La práctica profesional dirigida ha sido realizada en la Clínica Médica Municipal, con niños, jóvenes, personas adultas y tercera edad, con necesidades de atención psicológica así como a la población en riesgo, con el propósito de promover la salud mental en la comunidad al contribuir en el bienestar psicológico y social de las personas, a continuación se detalla el funcionamiento y organización de dicho centro.

Descripción de la institución

La Clínica médica está ubicada en el Cantón el Progreso del Municipio de Santa Cruz Balanyá del Departamento de Chimaltenango. Presta servicios médicos, para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad y sus alrededores y mejorar la calidad de vida de las personas con problemas, detectando y atendiendo casos con técnicas apropiadas.

1.2 Misión

“Servir con calidad de atención, la salud de la comunidad al brindar bienestar integral de las familias”.

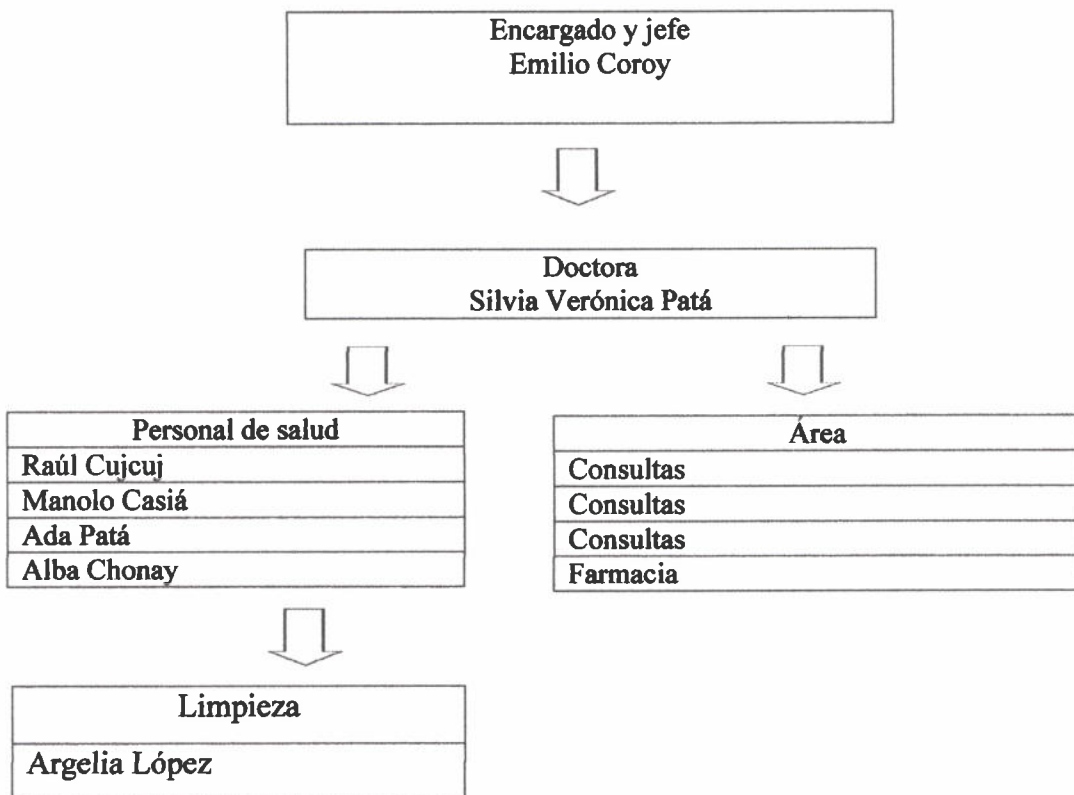
1.3 Visión

“Mejorar y contribuir las condiciones de vida por medio de la prevención y recuperación de la salud”.

1.4 Objetivos

- Implementar en las personas los conocimientos de atención psicológica que los orienten a la solución de problemas, en el ámbito familiar, social y espiritual.
- Dar a las personas las herramientas necesarias, para su aplicación en la resolución de problemas que afectan a la comunidad y en general.

1.5 Organigrama de la Clínica Médica Municipal



1.6 Población atiende

A niños, adolescentes, jóvenes y señoritas, adultos, personas de la tercera edad y comunidad en general.

1.6.1 Descripción de la población

Generalmente las personas que llegan en su mayoría son niños y mujeres del Municipio de Santa Cruz Balanyá de diferentes niveles socioeconómicos, algunos de muy bajos recursos, otros normales y altos y son un 95 % indígena.

1.7 Planteamiento del problema

¿Los problemas físicos y sociales, para el desarrollo de la salud mental son factores de importancia, por lo que se hace necesario que las personas en estas condiciones tengan una ayuda psicológica para ser orientados?

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

Para poder dar atención psicológica ha sido necesario la investigación con el propósito de brindar apoyo psicológico y emocional a las personas, a continuación se le presentan los siguientes temas:

2.1 Problemas físicos y sociales que afectan la salud mental

La vida se encuentra constantemente bajo la influencia de riesgos y circunstancias que pueden poner en peligro el estado de bienestar general. Entre estos factores se encuentran las condiciones genéticas hereditarias, el ambiente bioecológico y psicosocial donde se encuentran inmersos los individuos, el cuidado diario para la salud que posee la persona y los estilos de vida o hábitos. De todos estos factores, el de mayor importancia son los estilos de vida o comportamiento.

- a) Herencia/factores genéticos. Se refiere a las características biológicas de los padres al niño. Este factor puede causar una predisposición genética hacia una enfermedad. Comúnmente no es controlable por el ser humano.

- b) Esto quiere decir que tarde o temprano, el individuo habrá de sufrir la condición que fue predispuesta por los genes de sus padres. Las enfermedades que se pueden heredar incluyen los disturbios mentales (esquizofrenia), enfermedades infecciosas, cardiopatías coronarias (enfermedad en las arterias coronarias del corazón), diabetes *mellitus* o sacarina (producción o utilización inadecuada de insulina, manifestado por hiperglucemia), hemofilia (ausencia de coagulación sanguínea, evidenciado por hemorragias), anemia drepanocítica o falciforme (glóbulos rojos anormales/enfermos),

entre otras. Actualmente, las investigaciones científicas se dirigen hacia la eliminación de las enfermedades genéticas a través de la ingeniería genética, consejería genética y educación para la salud. Este factor compone 16% de lo que determina el grado de salud de un individuo.

- c) Ambiente. El factor ambiental representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano, que rodea o se interrelaciona con el individuo, sobre el cual la persona tiene cierto grado de control. El ambiente puede ser de origen físico-ecológico, biológico y socio-cultural. El ambiente físico-ecológico incluye las condiciones del tiempo y clima, estaciones, vivienda, suelo/tierra, condiciones sanitarias, agua, luz, provisiones de alimentos, medicamentos, radiación, aire limpio o contaminado, facilidades recreativas, automóviles, hospitales, solares y edificios escolares, entre otros.

Por el otro lado, los factores biológicos representan todas aquellas cosas que poseen vida, tales como fauna (animales), flora (plantas), otras personas, gérmenes, vectores de enfermedad, reservorios, agentes de enfermedad, entre otros.

- d) Factores sociológicos o culturales son aquellos creados únicamente por el ser humano. El social comprende las interacciones entre las personas. Esto incluye también la calidad de vivienda, condiciones de trabajo, seguridad física y social, afecto, comunicación, asistencia médica, trabajo, progreso, distribución de la riqueza, entre otros.
- e) El factor cultural representa aquellos patrones de cultura en un tiempo y lugar dado. El patrón de vida que sigue de generación en generación, los hábitos, modo de pensar, crear y sentir.

También, puede describirse como el conjunto de capacidades que el ser humano adquiere como miembro de la sociedad en que vive, sus conocimientos, creencias, costumbres, *estatus* social, derecho, moral, artes, entre otros. Un 21% de la capacidad del individuo para controlar la enfermedad resulta por su medio ambiente.

- f) El cuidado de la salud (médico y hospital). Se refiere a la manera en que el individuo cuida su salud y se mantiene saludable. Se fundamenta en la medicina preventiva y en el cuidado apropiado del enfermo. 10% de este factor que afecta nuestra salud puede ser controlado por la persona.

- g) Comportamiento o estilo de vida. La manera en que interacciona el individuo con el ambiente describe lo que es un comportamiento. Este factor resulta de la interacción de los factores físico-ecológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Esa interacción puede ser positiva o negativa, dependiendo principalmente de las decisiones personales que afectan el bienestar. Solo el propio individuo tiene control sobre sus acciones. Es un asunto de selección de responsabilidad individual. Los estilos de vida son patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracteriza a un individuo, grupo o a las diferentes clases sociales. Más específicamente, los factores de estilos de vida representan las prácticas diarias, hábitos y actividades que afectan la salud del individuo. Los factores que pueden afectar la calidad del estilo de vida son, a saber: los comportamientos de cada individuo, sus relaciones y las decisiones que toma la persona.

Existen dos tipos de comportamientos, uno es bienestar y el otro es riesgo. Los comportamientos de bienestar o saludables representan una acción que ayuda a prevenir la enfermedad y accidente y promueve la salud individual y colectiva y/o mejora la calidad del ambiente. Por el contrario, el comportamiento de riesgo es una acción que incrementa la incidencia de enfermedades y accidentes, amenaza la salud personal y la de otros, y ayuda a destruir el ambiente.

Comportamientos de bienestar (estilos de vida adecuados):

- i. Ejercicios físicos regulares
- ii. Mayor participación en actividades recreativas
- iii. Nutrición adecuada
- iv. Control de las tensiones (estrés)
- v. No fumar
- vi. No ingerir alcohol (o su consumo moderado)

- vii. Dormir de 7 a 8 horas
- viii. Aplicar medidas de seguridad
- ix. Ayudar a las personas más necesitadas
- x. Hábitos apropiados de higiene.
- xi. Los comportamientos, hábitos o estilos de vida responsables, correctos, adecuados o positivos se describen a continuación:

Realizar ejercicios físicos regulares. Los ejercicios son aquellos que desarrollan la tolerancia cardiorespiratoria o capacidad aeróbica (caminar, trotar, correr, ciclismo, natación, entre otros). Además, se deben practicar ejercicios que fomenten el desarrollo músculo-tendinoso (estiramientos, sentadillas o "*sit-ups*", entre otros).

Los ejercicios físicos regulares y la actividad física ayudan a prevenir las enfermedades hipocinéticas (aquellas condiciones que podrían resultar de una vida sedentaria), tales como las enfermedades del corazón y de sus coronarias, hipercolesterolemia (altos niveles de colesterol en la sangre), la hipertensión, diabetes sacarina, osteoporosis, condiciones-dolores en la espalda baja, obesidad, disturbios musculares y articulares, entre otras. Más aún, éstos mejoran la capacidad para hacer trabajo físico y la calidad de vida. En la actualidad, la recreación nos ayuda en el tratamiento y rehabilitación de ciertas condiciones especiales, tales como enfermedades mentales-emocionales e impedimentos físicos. Las relaciones adecuadas pueden mejorar la calidad de vida.

Dichas relaciones ayudan al buen funcionamiento de todas las facetas de la vida. Por el otro lado, las malas relaciones desmerecen la calidad de vida. Estas relaciones obstaculizan cualquier gestión que se intente para alcanzar un nivel de salud positiva. Se deben promover las decisiones responsables, son aquellas que fomentan el bienestar personal y la de otros.

Para tomar decisiones responsables se debe seguir el siguiente modelo/sistema:

- Plantea la situación de riesgo o problema: ¿Qué decisión debe ejecutar?

- Identifica posibles opciones existentes que puedan resolver el problema: ¿examinar minuciosamente todas las posibles alternativas?
- Examina posibles resultados de tu decisión: a) ¿considerar todas las posibles consecuencias de su decisión, incluyendo aquellas no relacionadas con la salud?, b) ¿cuáles serían los posibles resultados positivos y negativos de esa decisión?, ¿podría disminuir las consecuencias negativas?, c) ¿serían saludables?, ¿legales?, d) ¿muestran respeto a su persona y a otros?, e) ¿siguen los consejos de los padres?, ¿aprobarían su decisión?, f) ¿me sentiré cómodo con esta decisión en el futuro?, g) ¿las oportunidades de éxito son reales?.
- Recopilar más información según se necesite, antes de tomar la decisión (de libros, de su médico, entre otros).
- Determina si tomarás la decisión seleccionada: ¿escoger alternativas o elegir otra opción y evaluarla?
- Ejecuta la decisión y actúa sobre ella.
- Revisa y evalúa tus resultados: a) ¿cuáles fueron las consecuencias reales?, b) ¿fue una decisión responsable?, ¿se confirma la decisión original?, c) ¿qué aprendió de esta experiencia?, ¿qué enseñó?.

2.1.1 Salud mental

La salud mental, es cómo el paciente piensa, cómo actúa y cómo percibe la vida según el estándar social, puede tener diferentes y múltiples valores. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida. La psicología positiva tiene un gran campo en esta materia.

Dice además la Organización Mundial de la Salud que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de

personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

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

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

Salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas.

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

2.1.2. Problemas físicos que afectan la salud mental

Las personas con buena salud emocional están conscientes de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Han aprendido maneras saludables para afrontar el estrés y los problemas que hacen parte de una vida normal. Se sienten bien consigo mismas y tienen relaciones sanas.

Sin embargo, muchas cosas pueden ocurrir en la vida que pueden perturbar la salud emocional y provocar sentimientos fuertes de tristeza, estrés o ansiedad. Estas que incluyen:

- Perder el trabajo por causa ajena a su desempeño
- Tener un hijo que se va o que regresa a la casa
- Estar de duelo por la muerte de un ser querido
- Divorciarse o casarse
- Sufrir una lesión o una enfermedad
- Ser promovido en el trabajo
- Tener problemas de dinero
- Mudarse a una casa nueva
- Tener un bebé

Los cambios favorables pueden ser tan estresantes como los cambios desfavorables.

¿Cómo pueden las emociones afectar la salud?

El cuerpo responde a la manera como piensa, siente y actúa. Esto con frecuencia se denomina la conexión mente y cuerpo. Cuando se está estresado, ansioso o enojado, el cuerpo trata de decirle que algo no anda bien. Por ejemplo, una presión arterial elevada o una úlcera estomacal podría desarrollarse después de un evento particularmente estresante, tal como la muerte de un ser querido.

Los siguientes síntomas pueden ser evidencia de que su salud emocional está desequilibrada:

- Dolor de espalda
- Cambio de apetito
- Dolor en el pecho
- Estreñimiento o diarrea
- Resequedad en la boca
- Cansancio excesivo
- Malestares y dolores generalizados
- Dolores de cabeza
- Presión arterial (sanguínea) elevada
- Insomnio (dificultad para dormir)
- Mareos
- Palpitaciones, es decir, una sensación de que su corazón late aceleradamente
- Problemas sexuales
- Sensación de "falta de aire"
- Tensión en el cuello
- Sudar
- Malestar estomacal
- Subir o bajar de peso

La mala salud emocional puede debilitar el sistema inmune haciendo que le den más resfriados y otras infecciones durante épocas emocionalmente difíciles. Cuando se siente estresado, ansioso o perturbado, puede no cuidar de su salud como debiera. Puede no sentir deseos de hacer ejercicio, comer comidas nutritivas o tomar el medicamento que el médico le receta. Abusar del alcohol, tabaco u otras drogas también puede ser una señal de una salud emocional mala.

¿Por qué el médico necesita saber acerca de mis emociones?

Usted puede no estar acostumbrado a hablar con su médico sobre sus sentimientos o sobre los problemas en su vida personal. Pero recuerde, el médico no siempre puede darse cuenta de que

usted está estresado, ansioso o perturbado simplemente con mirarle. Es importante ser honesto con su médico si usted está teniendo estos sentimientos. Primero, el médico tendrá que asegurarse de que otros problemas de salud no le están causando sus síntomas físicos. Si sus síntomas no son por causa de otros problemas de salud, usted y su médico pueden ocuparse de las causas emocionales de sus síntomas. El médico le puede sugerir maneras de tratar sus síntomas físicos mientras ambos cooperan para mejorar su salud emocional.

Si sus sentimientos negativos no desaparecen y si son tan fuertes que le impiden disfrutar la vida, es sumamente importante que hable con su médico. Usted puede tener lo que los médicos llaman depresión mayor. La depresión es una enfermedad médica que puede tratarse con asesoría psicológica individual, con medicamento, o con ambos.

¿Cómo puedo mejorar mi salud emocional?

Primero, trate de reconocer sus emociones y comprender por qué las está teniendo. Descifrar las causas de la tristeza, estrés y ansiedad en su vida le pueden ayudar a manejar su salud emocional.

Los siguientes consejos son útiles.

Expresé sus sentimientos de manera apropiada. Si los sentimientos de estrés, tristeza o ansiedad le están causando problemas físicos, guardar estos sentimientos dentro de sí puede hacer que usted se sienta peor. Está bien dejar que sus seres queridos sepan cuando hay algo que a usted le está molestando. Sin embargo, tenga en cuenta que sus familiares y amigos pueden no ser capaces de ayudarle a lidiar con sus sentimientos apropiadamente. En estos momentos, pídale a alguien que no esté involucrado en la situación tal como su médico de familia, un asesor psicológico o un consejero espiritual, consejo y apoyo para ayudar a mejorar su salud emocional. Viva una vida balanceada. Trate de no obsesionarse con los problemas de trabajo, escuela o casa que puedan conducir a sentimientos negativos. Esto no significa que usted tenga que pretender que está feliz cuando se siente deprimido, ansioso o perturbado.

Es importante lidiar con estos sentimientos negativos pero también tratar de enfocarse en las cosas positivas de su vida. Es posible que usted quiera usar un diario para llevar un registro de las cosas que le hacen sentir feliz o en paz. Algunas investigaciones han demostrado que tener una actitud positiva puede mejorar la calidad de vida y también afectar positivamente su salud. Usted también puede necesitar buscar maneras para deshacerse de algunas cosas en su vida que le hacen sentirse estresado y abrumado. Saque tiempo para hacer las cosas que disfruta.

Desarrolle tolerancia ante la adversidad. La gente con tolerancia ante la adversidad es capaz de lidiar con el estrés de manera sana. La tolerancia ante la adversidad puede aprenderse y fortalecerse por medio de estrategias distintas. Estas incluyen tener apoyo emocional, mantener una imagen positiva de si mismo, aceptar el cambio y poner las cosas en perspectiva. Calme su mente y su espíritu. Los métodos de relajación tales como la meditación son maneras útiles para balancear las emociones. La meditación es una forma de pensamiento guiado. Puede tomar muchas formas. Por ejemplo, usted puede hacerla haciendo ejercicio, estirándose y respirando profundamente. Pídale consejo a su médico de familia sobre los métodos de relajación.

Cuide de si mismo. Para tener buena salud emocional, es importante cuidar su cuerpo teniendo una rutina regular para comer comidas saludables, dormir lo suficiente y hacer ejercicio para aliviar la tensión acumulada. Evite comer en exceso y no abuse de las drogas o el alcohol. Usar drogas o alcohol simplemente causa otros problemas tales como problemas de salud y problemas familiares.

2.1.2.1 Problemas psicosomáticos

La relación de la mente sobre el cuerpo es bien clara. Del mismo modo que las enfermedades físicas influyen en nuestro estado de ánimo y nos provocan temor, miedo o preocupación, muchos problemas psicológicos provocan síntomas físicos. Las enfermedades psicosomáticas son muy frecuentes; casi un 12% de la población europea sufre estas molestias y se considera que una cuarta parte de las personas que acuden médico de atención primaria presentan este tipo de enfermedades. Las enfermedades psicosomáticas se entiende que una persona sufre

somatizaciones cuando presenta uno o más síntomas físicos y tras un examen médico, estos síntomas no pueden ser explicados por una enfermedad médica. Además, pese a que la persona pueda padecer una enfermedad, tales síntomas y sus consecuencias son excesivos en comparación con lo que cabría esperar. Todo ello causa a la persona que sufre estas molestias un gran malestar en distintos ámbitos de su vida.

Debido a la falta de tiempo en las consultas y al difícil diagnóstico de las enfermedades somáticas, la Medicina tradicional tiende a centrarse casi exclusivamente en los síntomas físicos de la enfermedad, olvidando la verdadera causa del problema o aquello que lo puede estar manteniendo. Es corriente encontrar personas que se quejan de haber recorrido varios médicos sin que les encuentran nada; sin embargo, continúan sintiéndose mal y presentando algunos de los síntomas antes comentados. En muchas de estas ocasiones se está ante problemas psicosomáticos.

A menudo los médicos tratan con fármacos a estos pacientes administrándoles ansiolíticos, pero al cabo de un tiempo éstos vuelven con el mismo problema sin resolver o con otros síntomas diferentes. Así pues, al final el médico deriva a este tipo de pacientes al psicólogo alegando que todo es una cuestión de “nervios”. Sin embargo, desde el punto de vista del paciente, el no encontrar una causa física, le hace pensar que puede tener una enfermedad psicológica y consecuentemente teme por su salud mental.

De éste modo, las personas que padecen estas dolencias no entienden muy bien qué les pasa y se muestran reticentes a acudir a un psicólogo porque no comprenden cómo éste profesional les puede ayudar. Tal vez, por este motivo, cada vez hay más gente que busca una primera respuesta en medicinas alternativas que a larga tampoco solucionan su problema. Actualmente la psicología de la salud y la medicina conductual se encargan de estudiar esta la relación mente-cuerpo y de tratar al individuo desde una perspectiva más amplia, teniendo en cuenta la importancia tanto de los factores biológicos como los psicológicos y sociales en el comienzo o el mantenimiento de algunas enfermedades.

¿Por qué el médico dice que debo acudir al psicólogo? ¿Si mi problema no es físico, a qué se debe? Éstas y otras preguntas son comunes en personas que padecen somatización y que son derivadas a un psicólogo. A menudo las personas que padecen problemas psicósomáticos no han logrado encontrar una causa orgánica a sus síntomas o tras realizar distintos tratamientos médicos éstos no mejoran.

Incluso, hay ocasiones en que los fármacos les ayudan durante una temporada, pero entonces aparece un nuevo síntoma. Las personas que se encuentran en esta situación, frecuentemente, no creen tener un problema psicológico, y continúan acudiendo de médico en médico para encontrar una respuesta física. Sin embargo, cuando se indaga un poco en su rutina diaria, éstas personas tienden a darse cuenta de que hay algo en sus vidas que les crea malestar o ansiedad.

Causas de las molestias

El 70% de las molestias que se sienten a diario deben a causas naturales. Entre éstas, se encuentran las que puede provocar el propio funcionamiento del organismo cuando se realiza la digestión, cuando se respira, o cuando se suda. Incluso, los hábitos de vida poco saludables como la mala alimentación, malos hábitos de sueño o realizar poco ejercicio físico también pueden provocar malestar físico. Por último el medio ambiente también influye en el cuerpo; aquí se encuentran factores como la contaminación, la humedad, el calor, el frío, hongos, etc. Sólo un 5% de nuestros dolores se deben a enfermedades físicas. Además, sólo un 10% de éstas son graves. Así que, de cada 1000 molestias sólo 4 se deben a enfermedades graves.

Finalmente, un 25% de las molestias físicas que se pueden sentir se deben a causas psicológicas. En este punto es donde se encuentran las enfermedades psicósomáticas. Por lo general, se tiende a pensar que las enfermedades psicológicas sólo causan tristeza, llanto, sentimientos de inferioridad y otros síntomas que no tienen que ver con el cuerpo, sin embargo, esta idea es errónea. Las emociones influyen en el cuerpo, al igual que éste influye en las emociones.

La ansiedad, el estrés y la depresión actúan sobre distintas hormonas, provocando cambios en el organismo, que nos hacen más sensibles al dolor e influyen en distintas enfermedades, un

ejemplo serían los estudios que relacionan el estrés con el cáncer. Se ha demostrado que el estrés puede influir en el cáncer, tanto en su origen como en el curso de la enfermedad. Del mismo modo, se ha demostrado que las personas que padecen depresión presentan una debilitación del sistema inmunológico o de defensa, con lo que pueden enfermarse con más facilidad o bien les puede ser más difícil recuperarse de ciertas enfermedades.

Síntomas somáticos más frecuentes en las consultas médicas:

- Dolor de espalda, 71%
- Mareos, vértigos, 65%
- Dolor en extremidades, 60%
- Gases en el estómago, 52%
- Dificultad al respirar, 50%
- Palpitaciones, taquicardia, 49%
- Dolor en articulaciones, 45%
- Dolor en el pecho, 44%
- Náuseas, 43%

Muchas enfermedades médicas están estrechamente relacionadas con el estrés. Entre ellas se encuentran: la hipertensión, distintas enfermedades coronarias, el asma, la gripe, el cáncer, el hígado y el hipotiroidismo, las úlceras de estómago, el síndrome del intestino irritable, cefaleas, el dolor crónico, contracturas musculares, impotencia.

Tras observar que la depresión, la ansiedad y el estrés, entre otros, son factores que influyen tanto en el origen, el mantenimiento y la evolución de distintas patologías físicas, es más fácil comprender la influencia de nuestra mente sobre nuestro cuerpo y el papel del psicólogo en nuestras molestias físicas. Es posible mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades psicosomáticas entendiendo de dónde provienen las molestias físicas que sufren y cambiando aquello que les provoca estrés.

2.1.2.1.1 Clasificación de algunos problemas psicosomáticos

A. Hipocondría

Es una creencia en que síntomas físicos reales o imaginarios son signos de una enfermedad grave, a pesar de la certeza médica y otras evidencias de que no lo son. La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo. Puede ocurrir, por ejemplo, con lunares, pequeñas heridas, tos, incluso latidos del corazón (palpitaciones), molestias abdominales, o sensaciones físicas no muy claras. Aunque el médico le asegure que no tiene nada, el hipocondríaco solamente se tranquiliza por un tiempo, pero su preocupación vuelve a aparecer nuevamente.

La interpretación catastrófica de los signos corporales más ínfimos por parte del individuo, es el mecanismo que desencadena la hipocondría. El paciente pasa su vida de consultorio en consultorio médico y solo se tranquiliza temporariamente cuando algún médico le dice que le ha encontrado una enfermedad. Incluso algunos pacientes han sido sometidos a numerosas intervenciones quirúrgicas, sin una necesidad real de practicarlas. Muchas veces el médico es "vencido" por la convicción errónea del paciente que le "impone" la certeza que está enfermo, aunque en realidad no lo esté, llevando a la práctica de tratamientos innecesarios y costosos. Asimismo a este tipo de pacientes se les suelen realizar numerosos estudios complementarios (estudios de laboratorio, tomografías, electrocardiogramas, electroencefalogramas, etc.), sin necesidad alguna, con el solo hecho de calmar la ansiedad del paciente. No se debe descartar que una persona hipocondríaca esté realmente enferma.

A.1 Sintomatología

Estar ante un trastorno asociado muy a menudo con la ansiedad, por lo que el principal síntoma de la hipocondría es la preocupación exagerada que siente por su salud. El hipocondríaco medita constantemente sobre sus síntomas, reales o imaginarios, llegando a percatarse de signos

funcionales que normalmente se escapan a la conciencia (intensidad de los latidos cardíacos, funciones digestivas,). Puede describir su cuadro clínico con una sutileza impresionante, aclarando repetidas veces el alcance de cada uno de sus síntomas físicos. La atención del hipocondríaco se centra no sólo en el estudio de sí mismo (se toma el pulso, la temperatura, el número de respiraciones por minuto y la tensión arterial varias veces al día), sino también en la cantidad y composición de los alimentos.

La característica de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos. La sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que experimenta acompañada de una especial alteración negativa del estado de ánimo, sumamente desagradable, y que le hace colocarse en una actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves. Finalmente, el hipocondríaco acaba renunciando a casi todo para consagrarse a cuidar su enfermedad imaginaria ("enfermo imaginario").

En la hipocondría las preocupaciones del enfermo hacen referencia a funciones corporales (latido cardíaco, sudor o movimientos peristálticos), a anormalidades físicas menores (pequeñas heridas, tos ocasional) o a sensaciones físicas vagas y ambiguas (corazón cansado, venas dolorosas). El individuo atribuye estos síntomas o signos a una enfermedad temida y se encuentra muy preocupado por su padecimiento. Pero en realidad no existe ninguna enfermedad médica asociada a los síntomas, y si el paciente está enfermo verdaderamente, su enfermedad no está relacionada con ellos.

A.2 Tratamiento

En algunos casos, se utilizan psicofármacos inicialmente para controlar los síntomas ansiosos tan importantes que padecen estos pacientes. Pero la terapéutica fundamental es la psicoterapia Cognitivo-conductual, en la que se promueve la pérdida de la angustia y el miedo a la enfermedad que el hipocondríaco siente.

Para ello se plantean primero una serie de prohibiciones y tareas. Se le pide que no acuda a más médicos ni a las urgencias hospitalarias, que no hable de salud ni de enfermedad. Para esto es muy conveniente la colaboración de la familia del paciente, también para que entiendan que lo suyo no es cuento, que tiene un problema real aunque interpretado por todos como un problema que no existe. Una vez que se ha establecido este marco fuera de la consulta comienza el tratamiento psicológico propiamente dicho.

El tratamiento básico consiste en perder el miedo a estar enfermo. Muchas veces la propia angustia producida por el pensamiento de estar enfermo, como sensación desagradable e incontrolable, se convierte en un disparador de los miedos a la enfermedad. Se establece así un círculo vicioso en el que el miedo a la enfermedad causa unas sensaciones que son a su vez interpretadas como enfermedad.

En la terapia se trata de que el pensamiento de estar enfermo no dispare un miedo terrible. Para ello se emplean una técnica llamada exposición a las sensaciones corporales, que consigue que el paciente pierda el miedo a los síntomas que antes interpretaba como enfermedad. Aprende que si no huye de ellos, si no lucha contra ellos y los acepta, se pueden convertir en sensaciones admisibles que nos permiten seguir con nuestras actividades diarias sin mucho sufrimiento. Esta parte del tratamiento se realiza junto con un entrenamiento en técnicas de manejo de ansiedad que facilitan la exposición.

También hay que enfrentar el miedo a la enfermedad y a la muerte. Para ello se comienza un trabajo de desensibilización ante la enfermedad y la muerte de forma que se sitúe el miedo que causan al paciente en términos razonables. Se emplea la desensibilización en la imaginación a situaciones temidas y evitadas, para que finalmente el paciente pueda acercarse a ellas sin angustia y sin miedo.

El paciente puede entonces comenzar a reinterpretar sus sensaciones corporales y sentir también aquellas que son agradables o neutras y su cuerpo deja de ser una fuente de dolor o temor y se puede convertir en un generador de placer y confianza.

Verse enfermo tiene en la sociedad una connotación de debilidad. Por ello entrenar al paciente en basar su autoestima en otros medios de valoración y se le entrena en aumentarla. Finalmente se trabaja para que el paciente pueda enfrentar con éxito otros problemas que aparecen en su vida cotidiana: toma de decisiones difíciles, como cambio de trabajo, separaciones, problemas de relación, etc. de forma que se pueda evitar que en el futuro se le desencadenen situaciones de depresión o angustia continuada que le pueden hacer recaer en sus problemas hipocondríacos.

B. Estrés

Estrés (del inglés *stress*, 'fatiga') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud. Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano. Algunos ejemplos son los olvidos (incipientes problemas de memoria), alteraciones en el ánimo, nerviosismo y falta de concentración, entre otros síntomas.

Es una patología emergente en el área laboral, que tiene una especial incidencia en el sector servicios, siendo el riesgo mayor en las tareas en puestos jerárquicos que requieren mayor exigencia y dedicación.

El estrés crónico está relacionado con los trastornos de ansiedad, que es una reacción normal frente a diversas situaciones de la vida, pero cuando se presenta en forma excesiva o crónica constituye una enfermedad que puede alterar la vida de las personas, siendo aconsejable en este caso consultar a un especialista.

El efecto que tiene la respuesta estrés en el organismo es profundo:

- Predominio del sistema nervioso simpático (vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, taquipnea, ralentización de la motilidad intestinal,).
- Liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), de cortisol y encefalina.
- Aumento en sangre de la cantidad circulante de glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunitarios.

Todos estos mecanismos los desarrolla el cuerpo para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo, no para que se los mantenga indefinidamente, tal como sucede en algunos casos.

A medio plazo, este estado de alerta sostenido desgasta las reservas del organismo y puede producir diversas patologías (trombosis, ansiedad, depresión, inmunodeficiencia, dolores musculares, insomnio, trastornos de atención, diabetes,). El origen del estrés se encuentra en el cerebro, que es el responsable de reconocer y responder de distintas formas a los estresores. Cada vez son más numerosos los estudios que corroboran el papel que juega el estrés en el aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones. Un estudio de la Universidad de California demostró que un estrés fuerte durante un corto período de tiempo, por ejemplo, la espera previa a la cirugía de un ser querido, es suficiente para destruir varias de las conexiones entre neuronas en zonas específicas del cerebro. Esto es, un estrés agudo puede cambiar la anatomía cerebral en pocas horas. El estrés crónico, por su parte, tuvo en experimentos con ratas el efecto de disminuir el tamaño de la zona cerebral responsable de la memoria.

B.1 Factores desencadenantes del estrés

Los llamados estresores o factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis). Una parte importante del esfuerzo que se ha realizado

para el estudio y comprensión del estrés, se ha centrado en determinar y clasificar los diferentes desencadenantes de este proceso.

La revisión de los principales tipos de estresores que se han utilizado para estudiar el estrés, nos proporciona una primera aproximación al estudio de sus condiciones desencadenantes, y nos muestra la existencia de ocho grandes categorías de estresores:

- situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente,
- estímulos ambientales dañinos,
- percepciones de amenaza,
- alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.),
- aislamiento y confinamiento,
- bloqueos en nuestros intereses,
- presión grupal,
- frustración.

Sin embargo, cabe la posibilidad de realizar diferentes taxonomías sobre los desencadenantes del estrés en función de criterios meramente descriptivos; por ejemplo, la que propusieron Lazarus y Folkman (1984), para quienes el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno (que es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar). Por eso se ha tendido a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida. Conviene hablar, entonces, de cuatro tipos de acontecimientos estresantes:

- a) Los estresores únicos: hacen referencia a cataclismos y cambios drásticos en las condiciones del entorno de vida de las personas y que, habitualmente, afectan a un gran número de ellas.
- b) Los estresores múltiples: afectan sólo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de transcendencia vital para las personas.

- c) Los estresores cotidianos: se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.
- d) Los estresores biogénicos: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

Estos estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica y, también, pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro.

Selye describió el síndrome general de adaptación como un proceso en tres etapas:

1. alarma de reacción, cuando el cuerpo detecta el estímulo externo.
2. adaptación, cuando el cuerpo toma contramedidas defensivas hacia el agresor.
3. agotamiento, cuando comienzan a agotarse las defensas del cuerpo.



El estrés incluye distrés, con consecuencias negativas para el sujeto sometido a estrés, y eustrés, con consecuencias positivas para el sujeto estresado. Es decir, hablamos de eustrés cuando la respuesta del sujeto al estrés favorece la adaptación al factor estresante. Por el contrario, si la respuesta del sujeto al estrés no favorece o dificulta la adaptación al factor estresante, hablamos de distrés. Por poner un ejemplo: cuando un depredador nos acecha, si el resultado es que corremos estamos teniendo una respuesta de eustrés (con el resultado positivo de que logramos huir). Si por el contrario nos quedamos inmóviles, presas del terror, estamos teniendo una respuesta de disestrés (con el resultado negativo de que somos devorados). En ambos casos ha habido estrés. Se debe tener en cuenta además, que cuando la respuesta estrés se prolonga demasiado tiempo y alcanza la fase de agotamiento, estaremos ante un caso de distrés.

El estrés puede contribuir, directa o indirectamente, a la aparición de trastornos generales o específicos del cuerpo y de la mente.

En primer lugar, esta situación hace que el cerebro se ponga en guardia. La reacción del cerebro es preparar el cuerpo para la acción defensiva. El sistema nervioso se despierta y las hormonas se liberan para activar los sentidos, acelerar el pulso, profundizar la respiración y tensar los

músculos. Esta respuesta (a veces denominada respuesta de lucha o huida) es importante, porque ayuda a defenderse contra situaciones amenazantes. La respuesta se programa biológicamente. Todo el mundo reacciona más o menos de la misma forma, tanto si la situación se produce en la casa como en el trabajo.

Los episodios cortos o infrecuentes de estrés representan poco riesgo. Pero cuando las situaciones estresantes se suceden sin resolución, el cuerpo permanece en un estado constante de alerta, lo cual aumenta la tasa de desgaste fisiológico que conlleva a la fatiga o el daño físico, y la capacidad del cuerpo para recuperarse y defenderse se puede ver seriamente comprometida. Como resultado, aumenta el riesgo de lesión o enfermedad.

Desde hace 20 años, muchos estudios han considerado la relación entre el estrés de trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones de humor y de sueño, estómago revuelto, dolor de cabeza y relaciones alteradas con familia y amigos son síntomas de problemas relacionados con el estrés que se ven comúnmente reflejados en estas investigaciones. Estas señales precoces del estrés de trabajo son fácilmente reconocibles. Pero los efectos del estrés de trabajo en las enfermedades crónicas son más difíciles de diagnosticar, ya que estas enfermedades requieren un largo período de desarrollo y se pueden ver influidas por muchos factores aparte del estrés. Sin embargo, gran número de evidencias sugieren que el estrés tiene un papel preponderante en varios tipos de problemas crónicos de salud, particularmente en las enfermedades cardiovasculares, las afecciones musculoesqueléticas y las afecciones psicológicas.

El estrés de trabajo se puede definir como un conjunto de reacciones nocivas, tanto físicas como emocionales, que concurren cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador. El estrés de trabajo puede conducir a la enfermedad psíquica y hasta física. El concepto del estrés de trabajo muchas veces se confunde con el desafío (los retos), pero ambos conceptos son diferentes. El desafío nos vigoriza psicológica y físicamente, y nos motiva a aprender habilidades nuevas y llegar a dominar nuestros trabajos. Cuando se encuentra con un desafío, nos sentimos relajados y satisfechos. Entonces, dicen los expertos, el desafío es un ingrediente importante del trabajo sano y productivo.

En la actualidad existe una gran variedad de datos experimentales y clínicos que ponen de manifiesto que el estrés, si su intensidad y duración sobrepasan ciertos límites, puede producir alteraciones considerables en el cerebro. Éstas incluyen desde modificaciones más o menos leves y reversibles hasta situaciones en las que puede haber muerte neuronal.

El efecto perjudicial que puede producir el estrés sobre nuestro cerebro está directamente relacionado con los niveles de hormonas (glucocorticoides, concretamente) secretados en la respuesta fisiológica del organismo.

Aunque la presencia de determinados niveles de estas hormonas es de gran importancia para el adecuado funcionamiento de nuestro cerebro, el exceso de glucocorticoides puede producir toda una serie de alteraciones en distintas estructuras cerebrales, especialmente en el hipocampo, estructura que juega un papel crítico en muchos procesos de aprendizaje y memoria.

Mediante distintos trabajos experimentales se ha podido establecer que la exposición continuada a situaciones de estrés (a niveles elevados de las hormonas del estrés) puede producir tres tipos de efectos perjudiciales en el sistema nervioso central, a saber:

1. **Atrofia dendrítica.** Es un proceso de retracción de las prolongaciones dendríticas que se produce en ciertas neuronas. Siempre que termine la situación de estrés, se puede producir una recuperación de la arborización dendrítica. Por lo tanto, puede ser un proceso reversible.
2. **Neurotoxicidad.** Es un proceso que ocurre como consecuencia del mantenimiento sostenido de altos niveles de estrés o GC (durante varios meses), y causa la muerte de neuronas hipocampales.
3. **Exacerbación de distintas situaciones de daño neuronal.** Éste es otro mecanismo importante por el cual, si al mismo tiempo que se produce una agresión neural (apoplejía, anoxia, hipoglucemia, etc.) coexisten altos niveles de GC, se reduce la capacidad de las neuronas para sobrevivir a dicha situación dañina.

B.2 La resistencia al estrés

Las variables que confieren a la personalidad las características que la hacen más resistente ante las demandas de las situaciones y que han recibido mayor atención, son aquéllas que hacen referencia a las creencias, ya que en su mayor parte son tendencias generalizadas a percibir la realidad o a percibirse a sí mismo de una determinada manera (Lazarus, 1991).

En general, se trata de un conjunto de creencias relacionadas, principalmente, con la sensación de dominio y de confianza sobre la realidad del entorno, que van desarrollándose a lo largo de la vida, y que están muy relacionadas entre sí. El núcleo de creencias de una persona incidirá sobre el proceso de estrés, modulando los procesos de valoración sobre las condiciones estresantes.

Entre dichas características se incluyen:

- a. el sentimiento de autoeficacia (Bandura, 1977, 1997)
- b. el locus de control (Rotter, 1966)
- c. la fortaleza (Maddi y Kobasa, 1984)
- d. el optimismo (Scheir y Carver, 1987)
- e. el sentido de coherencia (Antonovsky, 1987)

B.3 Formas de combatir el estrés

Para combatir el estrés se suelen recomendar los ejercicios respiratorios. El objetivo es ejercer un control voluntario sobre la respiración de manera que la utilicemos como calmante cuando nos abrumen las situaciones de estrés. Está demostrado que una respiración adecuada tiene un efecto calmante sobre la persona que está sometida al estrés. En el Congreso de Neurociencias de 2008 que se llevó a cabo en Washington DC, se presentó una investigación que sugiere masticar chicle para combatir el estrés. El estudio fue realizado por la Universidad de Northwestern y patrocinado por el Wrigley Science Institute, departamento de investigación del fabricante de chicle Wrigley. Observa que masticar chicle en momentos de presión, disminuye el estrés a

niveles cinco veces menores de los que se perciben en condiciones normales y que además mejoraría la memoria a corto plazo. Aunque los científicos no saben aún cual es el factor responsable de este efecto: el azúcar, el sabor o la mecánica de masticar.

C. Ansiedad

La ansiedad es un sentimiento de recelo, nerviosismo o miedo. La fuente de este desasosiego no siempre se sabe o se reconoce, lo cual puede aumentar la angustia que uno siente. La ansiedad (del latín *anxietas*, angustia, aflicción') es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o por el contrario- ante el temor de perder un bien preciado.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

C.1 Descripción general

Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de "alerta roja".

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la

existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con asiduidad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana.

C.2 Ansiedad a niveles patológicos

En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica y conforma, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen el denominado trastorno de ansiedad, que tiene consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre los trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas.

C.3 Síntomas

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento,

transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales.

Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos.

La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno visiten la sala de urgencias con cierta frecuencia, y, típicamente, se sienten mejor después de ser atendidas.

C.4 Tratamiento

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Entre ellos se incluyen:

- a) fármacos ansiolíticos
- b) psicoterapia cognitivo-conductual: ésta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada (EPR o exposición y prevención de respuesta), confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas, modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar autocharlas positivas, técnicas específicas para tratar con el pánico, etc.
- c) reducción de estrés: puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, caminar, etc.

- d) cambios en la alimentación: por ejemplo, la eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos u otras sustancias adictivas
- e) hipnosis

La hipnosis permite acceder a niveles de relajación muscular y mental muy profundos, condiciones que son incompatibles con la ansiedad, y la práctica de la autohipnosis hace que esta consecución no dependa de la presencia de un terapeuta ni de otros factores, por lo que es especialmente útil no sólo para niveles moderados de ansiedad sino también para controlar ataques de pánico y otras manifestaciones de la ansiedad, incluidas las físicas. Algunos pacientes aseguran que observan reducciones considerables en su ansiedad con tomar tan sólo estas medidas.

En ciertos casos es necesario utilizar fármacos durante la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional cualificado (psiquiatra). Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos pueden no ser necesarios.

C.5 Pronóstico

No todos los pacientes responden de la misma manera a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos pueden lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de la terapia psicológica (terapia cognitivo-conductual).

2.1.2.2 Enfermedades crónicas que afectan la salud mental

A. Diabetes

Es una enfermedad crónica (que dura toda la vida) caracterizada por niveles altos de azúcar en la sangre. La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que

ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo.

Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago). En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla:

1. el páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I);
2. las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II).

A.1 Tipos de Diabetes

Hay dos tipos principales de diabetes. Al tipo I, dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I. En el tipo II, que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce.

La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad.

A.2 Causas

La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar la glucemia. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas. Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual los alimentos son descompuestos y empleados por el cuerpo como energía.

Varias cosas suceden cuando se digiere el alimento:

1. Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.
2. Un órgano llamado páncreas produce la insulina, cuyo papel es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede utilizarse como energía.

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que:

1. El páncreas no produce suficiente insulina.
2. Los músculos, la grasa y las células hepáticas no responden de manera normal a la insulina.
3. Todas las razones anteriores.

Hay tres grandes tipos de diabetes:

1. Diabetes tipo 1:

Generalmente se diagnostica en la infancia, pero muchos pacientes reciben el diagnóstico cuando tienen más de 20 años. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona. La causa exacta se desconoce, pero la genética, los virus y los problemas autoinmunitarios pueden jugar un papel.

2. Diabetes tipo 2:

Es de lejos más común que el tipo 1 y corresponde a la mayoría de todos los casos de diabetes. Generalmente se presenta en la edad adulta, aunque se está diagnosticando cada vez más en personas jóvenes. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucemia normales, a menudo, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Muchas personas con este tipo de diabetes ni siquiera saben que la tienen a pesar de ser una enfermedad grave. Este tipo se está volviendo más común debido a la creciente obesidad y a la falta de ejercicio.

3. Diabetes gestacional:

Consiste en la presencia de altos niveles de glucemia que se presentan en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes. Las mujeres que padecen este tipo de diabetes están en alto riesgo de padecer diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular posteriormente en la vida.

La diabetes afecta a más de 20 millones de estadounidenses y alrededor de 40 millones tiene prediabetes (diabetes tipo 2 temprana). Existen muchos factores de riesgo que predisponen a la diabetes tipo 2, como:

- Edad mayor de 45 años
- Un progenitor o hermanos con diabetes
- Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 kg (9 libras)
- Cardiopatía
- Nivel alto de colesterol en la sangre
- No hacer suficiente ejercicio
- Obesidad
- Poliquistosis ovárica (en mujeres)
- Deterioro previo de la tolerancia a la glucosa
- Algunos grupos étnicos (particularmente estadounidenses de raza negra, estadounidenses de pueblos originarios, asiáticos, isleños del pacífico e hispanoamericanos).

A.3 Síntomas

Los niveles altos de glucosa pueden causar diversos problemas, como:

- a) Visión borrosa
- b) Sed excesiva
- c) Fatiga
- d) Micción frecuente
- e) Hambre

f) Pérdida de peso

Sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de glucemia son completamente asintomáticas.

Síntomas de la diabetes tipo 1:

- a. Fatiga
- b. Aumento de la sed
- c. Aumento de la micción
- d. Náuseas
- e. Vómitos
- f. Pérdida de peso a pesar del aumento del apetito

A.4 Tratamiento

Los objetivos inmediatos del tratamiento son tratar la cetoacidosis diabética y los altos niveles de glucemia. Debido a la aparición súbita y gravedad de los síntomas en la diabetes tipo 1, es posible que las personas que acaban de recibir el diagnóstico necesiten permanecer en el hospital.

Los objetivos a largo plazo del tratamiento son:

- a) Prolongar la vida
- b) Reducir los síntomas
- c) Prevenir complicaciones relacionadas con la diabetes, tales como ceguera, insuficiencia renal, cardiopatía y amputación de extremidades.

Estos objetivos se logran a través de:

- a. Control de la presión arterial y del colesterol

- b. Autocontrol cuidadoso de los niveles de glucemia
- c. Educación
- d. Ejercicio
- e. Cuidado de los pies
- f. Planeamiento de las comidas y control del peso
- g. Uso de medicamentos e insulina

No existe cura para la diabetes. El tratamiento consiste en medicamentos, dieta y ejercicio para controlar el nivel de azúcar en la sangre y prevenir los síntomas. Las habilidades básicas para el manejo de la diabetes ayudarán a prevenir la necesidad de atención de emergencia y entre ellas se encuentran:

- Cómo reconocer y tratar los niveles bajos (hipoglucemia) y altos (hiperglucemia) de glucemia.
- Qué comer y cuándo hacerlo
- Cómo tomar la insulina o los medicamentos orales
- Cómo medir y registrar la glucemia
- Cómo probar las cetonas en la orina (únicamente para la diabetes tipo 1)
- Cómo ajustar el consumo de insulina o de alimentos al cambiar los hábitos alimentarios y de ejercicio
- Cómo manejar los días en que uno está enfermo
- Dónde comprar suministros para diabéticos y cómo almacenarlos

A.5 Consecuencias emocionales

En los niños el problema es muy serio porque tienen una vida por delante y, si no se controla, puede afectar a su calidad de vida en el futuro.

Las carencias alimenticias y un medio ambiente cada vez más agresivo, merman las defensas naturales de nuestro organismo.

B. Cáncer

El tratamiento psicológico del paciente de cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar.

Las líneas de intervención psicológica en el área del cáncer son las siguientes:

1. Intervenciones preventivas: Eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento del estrés, adopción de hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de tumores.
2. Información adecuada al paciente: Contenidos, tipos de información, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares, así como el momento y la secuencia más oportuna.
3. Preparación a la hospitalización y tratamientos: Con el objeto de reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan y adquirir respuestas adaptativas a esta situación. En este caso, el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.
4. Tratamiento tras el diagnóstico de cáncer: Con el objetivo de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas; promover un sentido de control personal y participación activa; dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia.
5. Tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del Cáncer. En este apartado las áreas de mayor aplicación de intervención psicológica son:
 - a. Control de reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia: ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios asociados, control de la fatiga, cambios en aspecto físico (alopecia), etc. O la radioterapia: miedo a posibles quemaduras, efectos de fatiga y malestar.

- b. Afrontamiento del trasplante de médula ósea: un tratamiento altamente agresivo que implica muchos estresores físicos y psicológicos, incluyendo aislamiento en un ambiente libre de gérmenes, fluctuaciones en el estatus médico, procedimientos médicos invasivos, infecciones repetidas, etc.
- c. Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos tales como punciones lumbares, endoscopias, biopsias, etc.
- d. Dolor crónico producto de la patología del cáncer.
- e. Anorexia, que puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento, cirugía, quimioterapia y radiación o por la propia patología de cáncer.
- f. Problemas sexuales. Cierta proporción de los pacientes de cáncer adquieren, como resultado o en asociación con el tratamiento, algún tipo de disfunción o problema sexual, esto es particularmente cierto en algunas localizaciones tumorales tales como colorrectales, ginecológicas, urológicas y mama.
- g. Adaptación a amputaciones, ostomías y otros efectos de intervenciones quirúrgicas.
- h. Intervención en la fase terminal: Con el objetivo de paliar el proceso lo más posible tanto en el paciente como en sus familiares.
- i. Selección y entrenamiento de personal voluntario: Que sirven de apoyo social y ayuda a las intervenciones médicas y psicológicas.
- j. Entrenamiento de afrontamiento del estrés para personal médico y de enfermería: Dirigido al entrenamiento de habilidades para la relación terapéutica, así como a dotar de estrategias para el manejo de situaciones problemáticas ante el paciente oncológico.

Preparación de intervenciones quirúrgicas en pacientes de cáncer:

- La aplicación de cirugía, con el propósito de eliminar las fuentes tumorales, es uno de los primeros y más efectivos tratamientos en oncología. Sin embargo, es al mismo tiempo que una garantía de curación, un fuerte estresor para muchos pacientes ya que provoca, en ellos y sus familiares cercanos, reacciones de miedo a la muerte, a la desfiguración, dolor, pérdida de control. Se distinguen cuatro áreas que afectan a la adaptación del paciente a la cirugía:

- a. El peligro representado por la cirugía en sí misma, esto es la amenaza de la anestesia
- b. General, incisión, amputación.
- c. Los efectos postoperatorios del procedimiento: dolor, malestar, reducida capacidad
- d. Para la actividad física y la ambulación.
- e. La incapacidad para reasumir los roles sociales deseables, como son actividades
- f. Recreativas, deberes familiares y ocupacionales.
- g. Aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, registro de síntomas y
- h. Signos de enfermedad, así como la perspectiva de próximas intervenciones médicas (radioterapia, quimioterapia).
- i. Las intervenciones adecuadas para la preparación quirúrgica incluyen las siguientes áreas:
- j. Información de procedimiento: Si ha aportar información precisa de lo que se le va
- k. A hacer al paciente, el momento en que se va a llevar a cabo, y las razones por las que se realiza, lo que contribuirá a reducir el distress y minimizará la incertidumbre.
- l. Información subjetiva y de sensaciones: Se ha de ofrecer información al paciente.

Sobre las sensaciones somáticas producidas por la operación, el los que se distinguen de aquellas producidas por la enfermedad, así como de las reacciones emocionales que experimentará el paciente ante sucesos específicos. Se trata de que el paciente haga interpretaciones benignas de estas sensaciones y que sean percibidas correctamente y no como signos de alarma.

La información, ya sea de procedimiento o subjetiva, se ha de dar personalmente, secuenciada, para no sobrecargar al paciente, mediante entrevista directa y con la ayuda de folletos informativos o medios audiovisuales.

- Estrategias de afrontamiento específicas: Dotar al paciente de estrategias orientadas al problema y al control de la emoción. Entre las estrategias orientadas al problema se aplican frecuentemente:
- Entrenamiento en respiración profunda.
- Relajación, toser, movilización de extremidades y ejercicios de ambulación para facilitar la recuperación de capacidades físicas.

- Entre las estrategias de afrontamiento centradas en emociones: petición apropiada de la medicación.
- Distracción cognitiva, visualización, atención orientada a los aspectos positivos.
- Interpretación positiva de sensaciones y control autoinstruccional.
- Los pacientes han de ser entrenados en estas técnicas, y expuestos en imaginación o en vivo gradualmente a estímulos que permitan la práctica y habituación a los estímulos estresantes relacionados con la cirugía.

Programas de intervención tras el diagnóstico de cáncer

Los objetivos en este momento implican:

- a. Reducir la ansiedad, depresión, y otras reacciones emocionales desadaptativas
- b. Facilitar la adaptación al cáncer induciendo un estilo de afrontamiento positivo
- c. Promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento del cáncer.
- d. Desarrollar estrategias de resolución de problemas para ocuparse de los relacionados con el cáncer.
- e. Facilitar la comunicación del paciente con su pareja y otros miembros familiares
- f. Estimular la participación en actividades y mejorar relaciones sociales.
- g. Los procedimientos de intervención que se han aplicado con mayor profusión han sido fundamentalmente programas cognitivo-conductuales.
- h. Comienzo de la terapia (2-4 sesiones).
- i. Alivio de síntomas: El terapeuta enseña al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento para los problemas inmediatos como malestar emocional.
- j. depresión, ansiedad o crisis vitales. Se utilizan técnicas como resolución de problemas, técnicas de distracción, relajación, asignación de tareas graduales y secuenciación de actividades.
- k. Vivir una vida ordinaria: El terapeuta explica los principios para maximizar la calidad de vida. Se trata de ayudar al paciente y a su pareja a planificar y usar el tiempo disponible

tan activa y recompensadamente como se pueda. Se aplican técnicas de secuenciación y planificación diaria, que incluyen actividades de maestría y placer, que ayudan a estimular el sentido de control del paciente, al observar que puede realizar un amplio rango de actividades, y su motivación y disfrute, puesto que se eligen actividades agradables para el sujeto.

- l. Enseñar el modelo cognitivo: Se enseña al paciente la conexión entre los pensamientos automáticos y los estados de humor y la conducta, con ejemplos de su vida diaria.
- m. Estimular la expresión manifiesta de sentimientos: Se estimula al paciente a expresar y aceptar emociones negativas tales como la ira y la desesperación antes de estar sujeta a cualquier prueba de realidad, las emociones no son “buenas” o “malas”, simplemente se sienten, su identificación correcta permite conocer cuáles son sus causas y, posteriormente, la forma de hacerles frente.
- n. Fase intermedia (3-6 sesiones): Disminuido el primer impacto estresor y conocido el modelo cognitivo por el paciente, la intervención se puede centrar más en dichos aspectos cognitivos siguiendo estos pasos:
 - o. Enseñar a desafiar pensamientos automáticos y principios básicos de pruebas de realidad para aplicarlos a sus problemas emocionales.
 - p. Continuar el uso del proceso de resolución de problemas: Ahora, a diferencia del primer nivel, el objetivo se centra en reducir el estrés emocional ante temas menos urgentes pero igualmente importantes, por ejemplo, aislamiento social, problemas de comunicación con la pareja, dificultades en afrontar posibles consecuencias del cáncer, etc. El paciente y su pareja adoptan un papel activo en resolución de problemas conforme la terapia avanza.
- q. Terminación de la terapia (1-3 sesiones): Esta fase se compone de los siguientes elementos:
 - r. Prevención de recaídas: Se discuten y entrenan las estrategias a utilizar ante el posible retorno de problemas emocionales.
 - s. Planificar el futuro: Según progresa la terapia se abordan metas a más largo plazo.
 - t. Se estimula a las parejas a establecer metas realistas para 3, 6 ó 12 meses por delante y a hacer planes prácticos para alcanzarlas.
- u. Identificar supuestos subyacentes: Al seleccionar pacientes es apropiado explorar

- v. Creencias que dan lugar a sus problemas emocionales y ayudarles a cambiar reglas y supuestos que relacionan su modo de estar en el mundo.

La investigación acerca de los tratamientos cognitivo-conductuales en cáncer, aunque escasa, muestra consistentemente que las intervenciones cortas (de menos de 10 sesiones) aplicadas tras el diagnóstico de cáncer son altamente beneficiosas, tanto a corto plazo como a largo plazo para producir un afrontamiento positivo de los pacientes de este acontecimiento estresante, que les lleva a disminuir problemas de ansiedad, depresión y mantener su calidad de vida.

B.1 Tratamiento psicológico de las reacciones condicionadas a la quimioterapia

Si bien el tratamiento con quimioterapia es enormemente eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, lleva consigo efectos colaterales, los más comunes de los cuales son la ansiedad, náuseas y vómitos.

Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 25% y el 65% de los pacientes tratados con quimioterapia se sensibilizan al tratamiento, desarrollando reacciones de ansiedad y presentando náuseas antes del mismo. Tan frecuentes y conocidos son estos fenómenos que los pacientes que comienzan la terapia generalmente presentan ya una cierta aprensión por este tipo de procedimientos.

Los programas de tratamiento psicológico más empleados han sido los siguientes:

- a) Hipnosis: Consiste en la inducción de la hipnosis, con sugerencias de relajación profunda y visualización de escenas placenteras. Para asegurar su eficacia se ha de practicar fuera de la sesión.
- b) Relajación muscular progresiva con imaginación: Consiste en que antes y durante la infusión de quimioterapia, se aplica relajación muscular progresiva e imaginación de escenas relajantes. El terapeuta debe aplicar la relajación durante las 4 primeras

infusiones, después debe aplicarla el sujeto solo y practicar fuera de la sesión. Eficacia 50% de reducción en náuseas y vómitos.

- c) Biofeedback-EMG con imaginación: Consiste en la aplicación de biofeedback de tensión muscular, en localizaciones múltiples, en conjunción con entrenamiento en relajación e imaginación durante las infusiones. Se comienza con el entrenamiento en biofeedback, y una vez reducida la activación fisiológica, se introducen imágenes distractoras. Los resultados de estas intervenciones se han mostrado eficaces.
- d) Desensibilización sistemática: Se construye una jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con la quimioterapia y se expone en imaginación a los sujetos al mismo tiempo que se aplica relajación. Un aspecto importante es que la efectividad de la desensibilización se mantiene aunque no se administre al mismo tiempo que la quimioterapia. Existe evidencia experimental de la eficacia de este procedimiento.
- e) Técnicas de control atencional: Técnicas de distracción mediante estímulos externos, mediante videojuegos u otras actividades distractoras (televisión, contar historias, etc.) durante la sesión de quimioterapia con el objetivo de impedir que se forme el condicionamiento clásico. El videojuego implica actividades motoras y cognitivas, una atención sostenida, que se puede aumentar según se eleva la dificultad del juego y que dificulta la formación de las reacciones condicionadas. Además, son muy atractivos para los niños y adolescentes, y es una intervención muy económica, ya que requiere poco entrenamiento.

B.2 Control del dolor

El dolor en cáncer está fuertemente influenciado por dimensiones cognitivas, afectivas, conductuales, además de los aspectos somáticos, por lo cual el tratamiento adecuado debe implicar tanto intervenciones médicas como psicológicas. En pacientes de cáncer el dolor es un problema usual, si bien su prevalencia e intensidad aumenta a medida que lo hace la enfermedad, de forma que el dolor moderado a severo puede afectar al 40-50% de los pacientes en el diagnóstico inicial; al 35-40% en estados intermedios, y en el cáncer avanzado al 60-85% de los

pacientes. Algunos estudios indican que pacientes con metástasis tienen un riesgo de 1:5 a 1:3 de padecer dolor significativo, que aumenta a 2:3 y 4:5 cuando la enfermedad se encuentra en estados finales.

La etiología del dolor de cáncer puede clasificarse en:

- a. Dolor agudo, provocado por los tratamientos y pruebas diagnósticas del cáncer.
- b. Dolor del cáncer.
- c. Dolor crónico de origen no maligno.
- d. La evaluación del dolor ha de comprender las dimensiones conductuales niveles de actividades o hábitos que se ven interrumpidos o deteriorados
- e. Sensoriales y fisiológicos, (intensidad y características del dolor).
- f. Cognitivas -patrones de pensamiento y aspectos atencionales que sirven para aumentar o disminuir el impacto de los aspectos sensoriales.
- g. Así como el impacto del dolor en el funcionamiento físico, interacción social y síntomas afectivos concurrentes.
- h. Las intervenciones psicológicas que se han utilizado con mayor frecuencia para el tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, han aplicado técnicas de hipnosis, relajación progresiva y biofeedback.
- i. Se han llevado a cabo programas de condicionamiento operante que se han mostrado útiles para aumentar niveles de actividad motora y social del paciente, disminución de conductas de quejas y frecuencia de conducta cooperativa con el personal sanitario.
- j. Por último, los programas que recientemente han adquirido mayor desarrollo son los cognitivo-conductuales, en especial los programas de inoculación del estrés, que abordan la modificación de aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.
- k. Tales intervenciones se componen de los siguientes elementos:
 - l. Educación, información al paciente acerca de los aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.

- m. Adquisición y consolidación de habilidades de afrontamiento como relajación y respiración controlada, entrenamiento en control de la atención, graduación de tareas y habilidades sociales y detención de pensamiento, resolución de problemas y control de dialogo interno.
- n. Ensayo y aplicación de las habilidades entrenadas.
- o. Entrenamiento en generalización y mantenimiento.

A la hora de diseñar las técnicas de intervención hay que tener presente la magnitud y características del dolor y los recursos o capacidades cognitivas que posee el paciente. En el dolor asociado al cáncer estas técnicas han de aplicarse en combinación con las intervenciones farmacológicas, ya que en el caso de dolor continuo y/o de alta intensidad las técnicas de relajación o redirección de la atención no son aplicables.

Con el objeto de disminuir la ansiedad y el estrés ante procedimientos diagnósticos o de tratamiento que implican dolor agudo tales como punciones lumbares o aspiraciones de médula ósea, sobre todo en niños.

B.3 Intervención en la fase terminal

Los cuidados paliativos son el conjunto de intervenciones médicas, sociales y psicológicas encaminadas a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares cercanos en la fase terminal, cuando la enfermedad ya no responde por más tiempo a tratamientos específicos y es potencialmente fatal en un lapso corto de tiempo.

Como características de la situación terminal se han señalado:

- Enfermedad avanzada, incurable y en fase de progresión rápida, claramente diferenciada de una situación de cronicidad alta relativamente estable.
- Ausencia razonable de respuesta a tratamientos específicos.

- Pronóstico de vida probable inferior a 6 meses.
- Impacto emocional intenso sobre el enfermo, sus familiares y los propios terapeutas, suscitado por la proximidad de la muerte, y modulado por el sufrimiento físico, el aislamiento y la soledad.

La atención puede dispensarse mediante unidades de cuidados paliativos que son servicios hospitalarios especializados en este tipo de atención, que han de estar integrados por equipos multidisciplinares que incluyen médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, asesores espirituales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, así como voluntarios.

De forma alternativa la atención puede ser domiciliaria. En primer lugar, los cuidados paliativos han de orientarse al control de los síntomas físicos: dolor, fatiga, debilidad, problemas del sueño, anorexia.

Los objetivos generales del tratamiento psicológico se centran en tres áreas fundamentales:

Respecto al enfermo terminal:

- Reducir la soledad y el aislamiento del paciente.
- Aumentar su control sobre el entorno y su autonomía.
- Reducir la apreciación de amenaza.
- Aumentar la autoestima.
- Disminuir la ansiedad y depresión.
- Control de síntomas.

Respecto a la familia son dos los objetivos:

- Soporte emocional para el afrontamiento de la situación actual y para la pérdida inminente.
- Soporte informativo de los recursos que pueden usar.

C. Hipertensión

Las áreas de intervención de la psicología de la salud:

1. Promoción de un estilo de vida saludable.
2. Prevención de las enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
3. Tratamiento de enfermedades específicas, como las mencionadas más arriba. En ese caso los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
4. Evaluación y mejora del sistema sanitario.

C.1 Algunos datos

- En un estudio realizado por Gatchel en 1995 se vio que los factores psicológicos predecían el 91% de las veces qué pacientes con dolor de espalda se recuperarían de un dolor agudo y cuáles acabarían con un dolor crónico.
- Algunos trastornos psicológicos parecen predecir la aparición del dolor lumbar (abuso de sustancias y trastornos de ansiedad) mientras que otros (sobre todo la depresión) pueden aparecer tanto antes como después del dolor lumbar (Polatin, 1993)
- En un estudio hecho con 26.000 personas en 14 países se vio que la discapacidad física estaba más asociada con factores psicológicos que con diagnósticos médicos. (Ormel, 1994).
- En un estudio realizado con 107 pacientes con enfermedad coronaria e isquemia (publicado en Archives of internal medicine, 1997, 157) se vio que aquellos pacientes que aprendieron técnicas de manejo del estrés tenían menos probabilidades de tener un ataque cardíaco o de necesitar cirugía cardíaca que los que recibieron sólo el tratamiento médico típico.
- En un estudio realizado en la universidad de Pittsburg se vio que los aumentos extremos de la presión sanguínea debidos al estrés estaban asociados con un endurecimiento de las

arterias carótidas, que llevan la sangre al cerebro. Esto sugiere que los periodos frecuentes o prolongados de hipertensión durante el estrés psicológico pueden aumentar el riesgo de acumulación de depósitos grasos en los vasos sanguíneos que desencadenen un ataque cardíaco o derrame cerebral.

- De un grupo de pacientes en rehabilitación ortopédica, 45 % había sufrido abuso sexual en la infancia, violación o maltrato (Bruns, Disorbio, 1996). En mujeres con enfermedad crónica, el 70 % informa de este tipo de abusos.
- El abuso sexual en la infancia está asociado con el fracaso para recuperarse de una intervención quirúrgica. En un estudio realizado por Schofferman en 1992, el 95 % de las personas que no habían sufrido abuso sexual en la infancia se recuperaba con éxito de la operación, mientras que de las personas que sí habían sufrido este tipo de abuso, sólo el 15 % tenía un resultado positivo.
- En otro estudio (Cohen, 1997) 276 personas fueron expuestas al virus del resfriado común. Después les administraron una batería de tests psicológicos y los pusieron en cuarentena durante 5 días. Se vio que el riesgo de contraer el resfriado estaba asociado a una serie de factores psicológicos: el número de relaciones íntimas con las que contaba (padre/madre, pareja, hijos, amigos; etc.), el estrés crónico y los hábitos poco saludables.
- El dolor de cabeza está asociado al estrés en el 90 % de los casos, estando producido por la tensión muscular debido al estrés.

2.1.2.3 Problemas sociales que afectan la salud mental

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

¿Qué factores contribuyen a los problemas de salud mental?

Los estudios científicos agregan que el bienestar es afectado por factores psicológicos, sociales y del medio ambiente. Así como también por las condiciones físicas, mentales, emocionales y espirituales de la propia vida. El estrés puede afectar la capacidad de enfrentar cualquiera o todas estas áreas y puede dificultar el manejo de las actividades diarias. Las dificultades con las cuales una persona puede pasar son:

a) Problemas de divorcio, b) La muerte de un ser querido, c) Un accidente automovilístico, d) Problemas físicos de salud, e) Atormentado por la guerra en tu país de origen, el cual se ha tenido que abandonar, emigrando a uno nuevo (lo cual a menudo involucra trámites con los diferentes medios de inmigración y con las experiencias de adaptación), f) Problemas de racismo y otros prejuicios (debido a tu orientación sexual, edad, religión, cultura, clase social), g) Bajos ingresos o falta de vivienda, h) Falta de acceso equitativo a la educación, trabajo y salud, i) Historia familiar de problemas mentales, j) Violencia, abuso u otros traumas.

La salud mental puede también estar siendo afectada por el nivel de cariño, apoyo y aceptación que recibes de parte de tu familia y otros. Es importante saber que no todas las culturas perciben la salud mental de la misma forma.

Por ejemplo, en algunos países, las personas que sufren de esquizofrenia son consideradas de tener poderes e intuiciones especiales. El alcohol y otro uso de drogas generalmente no causan problemas mentales, pero si estos son abusados pueden contribuir a la agudización de dichos problemas.

Tú conjuntamente con la persona que te proporciona servicio de salud necesitan identificar el problema que esté causando tus dificultades y ver como tú puedes ser ayudado. Cualquiera que sea la causa, debes saber que los problemas de salud mental no son tu culpa. Nadie elige tener problemas.

2.1.2.4 Tipos de problemas de salud mental

Los problemas de salud mental toman diferentes formas y características en diferentes circunstancias. Algunas personas se sienten deprimidas. Otras se sienten angustiadas y temerosas. Un niño puede que se comporte mal en la clase o que evite a otros. A algunos les baja el apetito, otros comen demasiado. Algunos dependen del alcohol y las drogas para adormecer sus sentimientos dolorosos. Otros pierden el contacto con la realidad, por ejemplo, puede que escuchen voces, vean cosas que no existen o crean en cosas que no son reales. Algunos piensan en el suicidio e incluso tratan de cometerlo. Algunos se sienten de mal genio y agresivos. Hay personas que son traumatizadas por algunos eventos, como por ejemplo un accidente automovilístico muy serio o por problemas de más larga duración tales como años de abuso durante su niñez. Muchas personas tienen más de uno de estos problemas al mismo tiempo. Por muchos años, pensábamos que los problemas mentales eran permanentes o que al menos continuaban recurriendo.

Ahora se sabe que mucha gente se recupera de estos desafíos. Muchas personas con problemas mentales se mejoran utilizando su propia fuerza de voluntad y firmeza, el apoyo de la familia y amigos, la psicoterapia, diferentes técnicas para disminuir el estrés y posiblemente tomando medicamentos. Algunas personas se sienten aliviadas de saber que los doctores pueden identificar sus problemas. Se alegran de obtener un diagnóstico que provee una teoría acerca de cuál es el problema y de recibir sugerencias para un tratamiento. Otros encuentran que un diagnóstico no les ayuda, lo ven como ser encasillados en una situación que no es la suya. O creen que su condición se debe a determinada situación difícil en su vida en vez de ser una enfermedad.

Prevención de la salud mental

La integración de la prevención y la promoción en salud mental dentro de las estrategias de salud pública permitirán evitar muertes prematuras, disminuir el estigma que rodea a las personas con trastornos mentales y mejorar el ambiente económico y social. Los factores psicosociales que influyen en un número de conductas de la salud (dieta adecuada, ejercicio físico, no fumar, evitar

el uso excesivo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo) tienen un amplio espectro de efectos en la salud (OMS, 2002).

Entre otros factores psicosociales ligados a la protección de la salud y la promoción en adultos figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y dirección, estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos, un control consciente de los acontecimientos de la vida, relaciones emocionales gratificadoras, expresión de emociones positivas e integración social.

Las intervenciones preventivas reducen la depresión y los sentimientos de desesperanza, agresión y conductas delictivas, así como el uso del tabaco, alcohol y drogas y esto de manera sostenida (Schweinhart y Weikart, 1992; OMS, 1993; Bruene-Butler et al., 1997; Shochet et al., 2001).

El retorno al trabajo así como la pérdida del empleo pueden causar depresión, ansiedad y muchos otros problemas tales como alcoholismo, estrés en la vida de pareja y abuso infantil, e, incluso, pueden llevar al suicidio. Las estrategias para prevenir el abuso de alcohol y otras sustancias por medio de campañas masivas, incluyendo el uso de etiquetas advirtiendo acerca de los riesgos de alcohol, han sido exitosas para aumentar la toma de conciencia del problema.

A. Violencia intrafamiliar/machismo

La violencia en la familia se da principalmente porque no se tienen respeto los integrantes de esta, por el machismo, por la incredulidad de las mujeres, y/o por la impotencia de estos.

Se puede presentar en cualquier familia, de cualquier clase social, una forma de prevenirla, es alentando a toda la comunidad a que hay que tenerse respeto, que tenerse respeto, que todos somos iguales y que a pesar de todos nuestros problemas, nuestra familia es la única que siempre nos apoyará y ayudará en todo, por eso hay que respetarla y protegerla, aunque sea los menores

de esta, todos somos elementos importantes, y si sufrimos de violencia, hay mucha gente que nos ayudará a pasar el mal rato y salir de este problema.

Población vulnerable a la violencia

Según las estadísticas internacionales los más vulnerables son:

- Mujeres
- Menores
- Personas con discapacidad
- Hombres
- Personas ancianas

Formas de violencia que sufren:

- Abuso físico
- Abuso emocional
- Abuso sexual
- Abuso financiero o económico
- Abuso ambiental y social

A.1 Descripción de las fases del ciclo de la violencia

En la primera fase, denominada "fase de la acumulación de la tensión", se produce una sucesión de pequeños episodios que lleva a roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad.

En la segunda fase, denominada "episodio agudo", se caracteriza porque la tensión que se había venido acumulando da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio. En la tercera fase, llamada "luna de miel", se produce el

arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del hombre, sobreviviendo un período de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. Al tiempo vuelven a recompensar los episodios de acumulación de tensión, y a cumplirse nuevamente el ciclo.

El machismo, expresión derivada de la palabra macho, es el conjunto de actitudes y prácticas aprendidas sexistas vejatorias u ofensivas llevadas a cabo en pro del mantenimiento de órdenes sociales en que las mujeres son sometidas o discriminadas.

Se considera el machismo como causante principal de comportamientos heterosexistas u homofóbicos e, incluso, homosexuales. Aquella conducta permea distintos niveles de la sociedad desde la niñez temprana hasta la adultez con iniciaciones de fraternidades y otras presiones de los llamados grupos paritarios. Al respecto, el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define Machismo como la "Actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres". El machismo engloba el conjunto de actitudes, conductas, prácticas sociales y creencias destinadas a justificar y promover el mantenimiento de conductas percibidas tradicionalmente como heterosexualmente masculinas y, también, discriminatorias contra las mujeres.

Algunos críticos consideran también machismo la discriminación contra otros grupos sociales percibidos como más débiles, como en el caso de hombres cuyo comportamiento, por ejemplo por tener una preferencia homosexual, no es "masculino" a los ojos de la persona machista. En todos los casos, la conducta preponderantemente masculina es la dominante.

A.2 Formas de machismo

Tradicionalmente el machismo ha estado asociado a la diferenciación de tareas entre hombres y mujeres, y a la subordinación de las mujeres en muchas sociedades. En todas las sociedades que han existido, los hombres en general han tenido mayor poder y estatus que las mujeres. En las sociedades modernas, las actitudes machistas tratan de justificar la mayor comodidad, preponderancia y bienestar de los hombres.

En ese sentido, se considera que es fruto del machismo que el trabajo menos reconocido o menos fatigoso sea asignado a las mujeres. También es parte del machismo el uso de cualquier tipo de violencia de género con el fin de mantener un control emocional o jerárquico sobre ellas. De hecho, el machismo es considerado como una forma de coacción no necesariamente física, sino también psicológica, siendo esta forma de expresión protectora una discriminación, ya que se ven subestimadas las capacidades de las mujeres alegando una mayor debilidad.

Hoy en día el machismo está considerado como una opresión hacia el sexo femenino y una de las más importantes lacras sociales. El machismo no solo es causante directo de la violencia de género o violencia contra las mujeres, sino que a menudo lo es también de otros tipos de violencia doméstica. El machismo, asimismo, castiga cualquier comportamiento que consideren femenino en los varones, lo que es la base de la homofobia. Ya que un comportamiento o preferencia sexual diferente de las que propugna típicamente el machismo, contribuye a diluir la diferenciación estereotipada del machismo. El machismo es un conjunto de actitudes presentes no sólo en el comportamiento y pensamiento de los propios varones, sino incluso entre las mujeres.

A.3 Leyes discriminatorias hacia la mujer

- Diferencia de tratamiento en el caso del adulterio: en algunas culturas, el adulterio, o el embarazo previo a la concertación del matrimonio son castigadas con la pena capital.
- Necesidad del permiso del varón para realizar actividades económicas.
- Negación del derecho a voto o de otros derechos civiles.
- Educación machista desde las escuelas y la propia familia, por el cual el proceso de enculturación trata de justificar y continuar el orden social existente. Eso incluye consideración de valores positivos la sumisión al esposo, el matrimonio y la procreación como una forma preferente de autorrealización.
- División sexista del trabajo, por el cual se prefieren a otros hombres en puestos decisorios. Originalmente la división sexista se fundamentó en la diferente capacidad física y muscular, en la que los hombres tenían ventaja comparativa.

En cambio, en la sociedad actual la fuerza física perdió importancia, mientras que las capacidades intelectivas y las habilidades sociales fueron ganándola, lo que ha contribuido a la incorporación de muchas mujeres al trabajo asalariado. También se refiere a un pago de salario menor a las mujeres que a los hombres a cambio del mismo trabajo.

- El comportamiento sexista se debe a los prejuicios cognitivos respecto a la fuerza, efecto de carro ganador, y a otros efectos como falsa vivencia por parte de los que quieren mantenerlo, que más tarde se convierten en falacias de apelar a la tradición, falacia por asociación y generalizaciones apresuradas.
- Los medios de comunicación y la publicidad sexista, al realzar ciertas conductas o modelos como siendo los más adecuados o típicos de las mujeres.
- Inseguridad: Este es un elemento a considerar. Algunos psicólogos han mencionado que si el hombre o mujer tienen baja seguridad personal pueden sentirse asustados pueden reaccionar violentamente ante situaciones que consideran amenazadoras.

B. Alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol etílico, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo y suele ir elevando a lo largo del tiempo su grado de tolerancia al alcohol.

B.1 Características

Hasta el momento no existe una causa común conocida de esta adicción, aunque varios factores pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo y las evidencias muestran que quien tiene un padre o una madre con alcoholismo tiene mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad. Esto puede deberse, más que al entorno social, familiar o campañas publicitarias, a

la presencia de ciertos genes que podrían aumentar el riesgo de alcoholismo. Algunos otros factores asociados a este padecimiento son la necesidad de aliviar la ansiedad, conflicto en relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima, facilidad para conseguir el alcohol y aceptación social del consumo de alcohol.

B.2 Tratamiento

Los tratamientos contra el alcoholismo incluyen programas de desintoxicación realizados por instituciones médicas. Esto puede suponer la estancia del paciente durante un periodo indeterminado, (quizás varias semanas), bajo tutela en hospitales especializados donde puede que se utilicen determinados medicamentos para evitar el síndrome de abstinencia.

Después del período de desintoxicación, puede someterse al paciente a diversos métodos de terapia de grupo o psicoterapia para tratar problemas psicológicos de fondo que hayan podido llevar al paciente a la dependencia. Se puede asimismo apoyar el programa con terapias que inciten al paciente a repugnar el alcohol mediante fármacos como el disulfiram, que provoca fuertes y repentinas resacas siempre que se consuma alcohol.

La terapia nutricional es otro tratamiento. Muchos alcohólicos tienen síndrome de resistencia a la insulina, un desorden metabólico debido al cual el cuerpo no regula correctamente el azúcar causando un suministro inestable a la circulación sanguínea. Aunque este desorden se puede tratar con una dieta hipoglucémica, esto puede afectar a su comportamiento y su estado anímico. Estos síntomas son efectos secundarios que se observan a menudo en alcohólicos sometidos bajo tratamiento de desintoxicación. Los aspectos metabólicos del alcoholismo a menudo se pasan por alto dando como resultado tratamientos de dudosos resultados.

B.3 Impacto social

El alcoholismo supone un serio riesgo para la salud que a menudo conlleva el riesgo de una muerte prematura como consecuencia de afecciones de tipo hepática como la cirrosis hepática, hemorragias internas, intoxicación alcohólica, hepatocarcinoma, accidentes o suicidio.

El alcoholismo no está fijado por la cantidad ingerida en un periodo determinado: personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento, existiendo tanto alcohólicos que consumen a diario, como alcohólicos que beben semanalmente, mensualmente, o sin una periodicidad fija. Si bien el proceso degenerativo tiende a acortar los plazos entre cada ingesta.

El consumo excesivo y prolongado de esta sustancia va obligando al organismo a requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, a esto se le llama "tolerancia aumentada" y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia y entonces "asimila menos", por eso tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.

Las defunciones por accidentes relacionados con el alcohol (choques, atropellamientos y suicidios) ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos países. Por ejemplo, en España se considera que el consumo de alcohol-etanol causa más de 100 mil muertes al año, entre intoxicaciones por borrachera y accidentes de tráfico. A su vez, la Secretaría de Salud de México reporta que el abuso del alcohol se relaciona con el 70% de las muertes por accidentes de tránsito y es la principal causa de fallecimiento entre los 15 y 30 años de edad. Se estima que 27 mil mexicanos mueren cada año por accidentes de tránsito y la mayoría se debe a que se encontraban bajo los efectos del alcohol. Es una enfermedad crónica y se considera una adicción de las más habituales y peligrosas, ya que por lo regular termina con el fallecimiento de quien la padece. La afección se caracteriza por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual ocasiona problemas físicos, mentales, emocionales o sociales, entre otros.

B.4 Consideraciones

El alcohol es la droga más antigua y de mayor uso en el mundo. Se estima que 15 a 20% de las consultas recibidas por los médicos de cabecera son atribuibles al alcohol o a sus consecuencias; el abuso de esta sustancia puede originar serios problemas de salud, incluso cirrosis (destrucción del hígado), demencia y daño a los músculos del corazón (cardiomiopatía). Los alcohólicos tienen mayor riesgo de accidentes, especialmente cuando están ebrios (borrachos). El alcoholismo afecta

seriamente la relación del alcohólico con su familia, limita las aspiraciones profesionales del individuo y, sin no se recibe tratamiento a tiempo, finalmente ocasiona la muerte.

B.5 Causas

No se ha identificado una causa específica que genere la dependencia al alcohol. Sin embargo, se han propuesto algunos factores que pueden contribuir a que ésta se genere como son: las amistades, algún familiar alcohólico, ansiedad, baja autoestima, estrés, infelicidad, entre otros.

B.6 Manifestaciones

Los afectados pueden presentar algunas de las siguientes características:

- a. Beber alcohol dos o tres veces a la semana
- b. Tomar solo o a escondidas
- c. Dejar pendientes compromisos o actividades por beber
- d. Necesidad de tomar alcohol para estar tranquilo
- e. Llegar con frecuencia a la embriaguez
- f. Tener problemas familiares, sociales o laborales debido a las consecuencias de beber
- g. Problemas sexuales en el hombre (alteraciones en la erección)
- h. Falta de menstruación (sangrados mensuales en la mujer)
- i. Alteraciones en el tracto gastrointestinal (agruras, sangrado, dolor)
- j. Anemia (palidez)
- k. Desnutrición

B.7 Diagnóstico

Las consecuencias adversas asociadas al consumo excesivo de alcohol deben poner en alerta a los amigos o familiares. El paciente acude al médico no por el beber demasiado si no por alguna otra manifestación como: daño en el aparato digestivo (esófago, estómago, páncreas o hígado), así

como trastornos en el corazón, de la sangre o de los músculos, por mencionar algunos. Su médico puede aplicarle un cuestionario que lo orientará para saber si presenta esta alteración.

B.8 Tratamiento

El afectado primeramente debe aceptar que el alcohol le está afectando su salud, para que pueda recibir ayuda. Se han intentado varias maneras de tratar esta enfermedad, pero la más eficaz ha sido la asistencia del individuo y de sus familiares a los grupos de autoayuda (alcohólicos anónimos) u otras agrupaciones similares.

Cuando se presenta intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, se puede requerir tratamiento médico de desintoxicación, para lo cual se utilizan fármacos y posteriormente se inicia la rehabilitación. Los complementos alimenticios son de utilidad para restablecer el vigor físico.

C. Pobreza

La pobreza es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos.

También puede ser el resultado de procesos de segregación social o marginación. En muchos países del tercer mundo, se dice que uno está en situación de pobreza cuando su salario (si es que tiene un salario), no alcanza para cubrir las necesidades que incluye la canasta básica de alimento. La aplicación del concepto de pobreza a unos países frente a otros se denomina subdesarrollo (países pobres). El concepto de pobreza es fundamentalmente económico, aunque también tiene impactos políticos y sociológicos.

En la mayoría de los contextos se la considera algo negativo, pero en algunos ámbitos espirituales la pobreza voluntaria se considera una virtud por implicar la renuncia a los bienes materiales (voto monástico de pobreza, junto con los de castidad y obediencia). Históricamente la pobreza ha sido objeto de distintas valoraciones ideológicas que implicaban distintas respuestas sociales (véase Pensamiento económico medieval). Puede ser descrita o medida por convenciones internacionales, aunque pueden variar los parámetros para considerarla.

Un intento de definición responde al hecho de que la pobreza debe ser vista como el resultado de un modelo económico y social, ejercido y aplicado en un territorio y tiempo determinado, por los diversos agentes económicos y políticos, que producen en la sociedad sectores excluidos de los beneficios totales o parciales del modelo en ejecución. A estos sectores excluidos de tales beneficios los llamamos generalmente pobres o más genéricamente como parte de la pobreza existente.

La pobreza no es pues una causa que deba ser tratada como tal para combatirla, es el resultado de procesos complejos y extendidos en el tiempo, que son difíciles de apreciar a simple vista y que requieren investigación sostenida para lograr su comprensión antes de plantear cualquier intento de terminar con la pobreza.

C.1 Causas

1. Hipótesis de relaciones imperialistas entre países: Antiguas colonias de los países ricos debilitaron las economías locales de los países pobres al adaptarse a las necesidades de las potencias coloniales. Las distorsiones en las economías de los países pobres no son superadas con los procesos de descolonización debido a que la dinámica de los mercados internacionales son controlados por las antiguas metrópolis.
2. Comportamiento cultural e individual: los pobres no son actores pasivos. Las personas pobres presentan comportamientos que refuerzan, mantienen y reproducen la pobreza. Estas tendencias culturales pueden ser transmitidas de generación en generación.

3. Localidad: la probabilidad de caer, quedarse o moverse fuera de la pobreza depende del lugar donde se vive. Así en regiones con productos caracterizados por bajos niveles de valor agregado es más probable que propongan salarios más bajos y oportunidades económicas limitadas. Una perspectiva complementaria, es la perspectiva de la segregación de determinados grupos sociales en localidades definidas y determinadas por la ausencia de servicios públicos, empleo y oportunidades.

C.2 Niveles de pobreza

Hay dos definiciones básicas distintas:

- a. Pobreza absoluta cuando ciertos estándares mínimos de vida, tales como nutrición, salud y vivienda, no pueden ser alcanzados.
- b. Pobreza relativa cuando no se tiene el nivel de ingresos necesarios para satisfacer todas o parte de las necesidades básicas.

2.2 Psicopatología

El término Psicopatología, etimológicamente *psyché* (psyjé): alma o razón. *páthos* (pazos): enfermedad, logía: o lógos, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

1. Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud que describe y sistematiza 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: Es 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. Así, 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. Por ejemplo, los procesos de aprendizaje relativos a la fobia son bien conocidos, encaje este cuadro clínico o no dentro de la categoría psiquiátrica de fobia.

2.2.1 Modelos que explican la psicopatología

a) Modelo biológico tradicional

Este modelo entiende que la enfermedad mental es igual a la enfermedad física, por lo que posee una etiología orgánica. Además, tendrá un curso determinado y un pronóstico concreto. Para este modelo, la conducta anormal no es más que un mero síntoma que indica una alteración orgánica. El tratamiento será de tipo orgánico médico.

b) Modelo intrapsíquico

Su máximo representante es Freud.

Según este modelo la enfermedad mental está causada por las tensiones generadas por las fuerzas dinámicas enfrentadas dentro de la mente. Estas fuerzas actúan a nivel inconsciente.

c) Modelo conductual

El postulado principal de esta corriente nos dice que no existe diferencia esencial entre la conducta patológica y la conducta normal. Ambas son fruto del aprendizaje a partir del ambiente. Se da una gran importancia a las influencias ambientales dejando las biológicas

y genéticas en un segundo plano, aunque no se descartan por completo. Se basan en la observación de la conducta y no tienen en cuenta los procesos mentales. El tratamiento en este modelo pasa por la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

d) Modelos humanistas

La conducta anormal esta causada por un yo irreal, inconsistente o desorganizado y por las exigencias externas excesivas.

2.2.2 Principales trastornos psicopatológicos

A. Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos depresivos se presentan de manera muy variada en síntomas, gravedad y evolución. Pero, en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas que se pueden reducir en cinco grandes núcleos:

1. Síntomas anímicos: tristeza es la predominante, aunque también pueden aparecer irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. Algunas personas informan de la dificultad de llorar, de no poder hacerlo más.
2. Síntomas motivacionales o conductuales: estado general de anhedonia (incapacidad de experimentar placer), de inhibición de conductas, que en su forma más grave se conoce como retardo psicomotor (mutismo o, incluso, parálisis).
3. Síntomas cognitivos: el rendimiento cognitivo de la persona deprimida está afectado. la memoria, concentración y atención pueden verse afectadas. Además, la valoración que hace la persona de si misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. Suele aparecer autoculpa y baja autoestima.
4. Síntomas físicos: la aparición de cambios físicos suele ser habitual, entre otros, problemas de sueño, pérdida de apetito, disminución de deseo sexual, molestias corporales difusas.

5. Síntomas interpersonales: suele haber deterioro en las relaciones con los demás, disminuir el interés por la gente y, a su vez, sufren el rechazo de las personas que lo rodean, lo que acentúa su aislamiento.

A.1. Depresión

Es un trastorno, ya sea desde la psicopatología o desde la psiquiatría, que la describe como trastorno del estado de ánimo. Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad.

La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte).

También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Desde la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de antidepresivos. Sin embargo los antidepresivos sólo han demostrado ser

especialmente eficaces en depresión mayor/grave (en el sentido clínico del término, no coloquial).

El término en psicología de conducta hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas. La diferencia radica en que la suma de estos síntomas no implica en este caso un síndrome, sino conductas aisladas que pudieran si acaso establecer relaciones entre sí (pero no cualidades emergentes e independientes a estas respuestas).

La depresión no sería causa de la tristeza ni del suicidio, sino una mera descripción de la situación del sujeto. Pudiera acaso establecerse una relación con el suicidio en un sentido estadístico, pero tan sólo como una relación entre conductas (la del suicidio y las que compongan el cuadro clínico de la depresión). Es decir, en este sentido la depresión tiene una explicación basada en el ambiente o contexto, como un aprendizaje desadaptativo.

A.1.1 Etiología

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología.

Sin embargo, muy importante, aún no se ha descubierto ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, es decir, ningún marcador biológico, por lo que no podemos hablar de enfermedad en su sentido literal. Por esta razón se establecen otros términos que no implican "enfermedad" en su sentido más clásico, sino hablamos de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología.

Por ejemplo, la alteración en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal pueden ser interpretado como un correlato biológico (correlación), pero no implica necesariamente una explicación del hipotético síndrome. La alteración funcional en el eje puede o no aparecer en una persona deprimida; antes, durante o después. La relación correlacional supone que "tener depresión" es más probable durante la alteración en dicho eje, pero esta diferencia orgánica es estadística y no sirve para diagnosticar.

Es decir, no puede ser considerada un marcador biológico de enfermedad. Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruman fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Desde la psicología de conducta, se entendería que la autoestima y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos, siendo la causa de la depresión principalmente social, es decir, aprendida. Por ejemplo, la evitación y el condicionamiento han demostrado tener un papel fundamental en la adquisición y mantenimiento de este problema.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación.

La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los

trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

En todo caso, la depresión es descrita desde la medicina con una serie de síntomas. Así, cualquier problema psicológico que cumpla esos criterios pudiera ser diagnosticable como depresión.

Ya sea un problema de neurodegeneración, ya sea aprendida, en todos los casos hablaríamos del síndrome. Si bien, el diagnóstico médico debe indicar si es de origen neuroanatómico, hormonal, o psicológico. Debe aclararse a este aspecto que las hipótesis biológicas anteriormente mencionadas se referían al psicológico; muy distinto al párrafo anterior, que se refería a problemas neuroanatómicos o endocrinos mejor conocidos, como por ejemplo alteraciones en la glándula tiroides. Es decir, aún no se ha encontrado ningún marcador biológico de la depresión, de modo que ninguna de las alteraciones biológicas atribuidas a la depresión puede ser usada para el diagnóstico de enfermedad. Se habla por tanto de psicopatología, que puede ser descrita en un cuadro clínico (nosología).

A.1.2 Epidemiología

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente tres por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al dos por mil.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer

grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.

A.2 Trastorno bipolar

El trastorno bipolar se caracteriza por períodos de excitabilidad (manía) que alternan con períodos de depresión. Dichas "fluctuaciones en el estado de ánimo" entre manía y depresión pueden ser muy abruptas.

Depresión maníaca: Trastorno bipolar afectivo Causas, incidencia y factores de riesgo. El trastorno bipolar resulta de alteraciones en las áreas del cerebro que regulan el estado de ánimo. Durante los períodos de manía, una persona puede ser demasiado impulsiva y energética, con un sentido exagerado de autoestima; mientras que la fase depresiva trae consigo sentimientos abrumadores de ansiedad, baja autoestima y pensamientos suicidas.

Hay dos tipos principales de trastorno bipolar: las personas con el trastorno bipolar I han tenido al menos un episodio completo de manía con períodos de depresión mayor. (En el pasado, el trastorno bipolar I se denominaba depresión maníaca). Las personas con trastorno bipolar II rara vez experimentan un episodio maníaco completo y en su lugar presentan períodos de hipomanía (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como los síntomas de la manía). Dichos períodos hipomaníacos alternan con episodios de depresión mayor.

Una forma leve de trastorno bipolar llamado ciclotimia implica períodos de hipomanía y depresión leve, con menos fluctuaciones en el estado de ánimo. Es posible que las personas con trastorno bipolar II o ciclotimia sean diagnosticadas erróneamente como pacientes que padecen únicamente depresión. El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres y generalmente aparece entre los 15 y 25 años. La causa se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

A.2.1 Síntomas

La fase maníaca puede durar de días a meses e incluye los siguientes síntomas:

1. Elevación del estado de ánimo
 - a. pensamientos apresurados
 - b. hiperactividad
 - c. incremento de la energía
 - d. falta de autocontrol
2. Autoestima elevada (delirios de grandeza, creencias falsas en habilidades especiales)
3. Compromiso exagerado en las actividades
4. Comportamientos precipitados
 - a. hacer gastos exagerados
 - b. incurrir en excesos de comida, bebida o consumo de drogas
 - c. promiscuidad sexual
 - d. Deterioro del juicio
5. Tendencia a distraerse fácilmente
6. Poca necesidad de sueño
7. Se irrita o agita fácilmente
8. Control deficiente del temperamento

Estos síntomas de manía se observan con el trastorno bipolar I. En las personas con trastorno bipolar II, los episodios hipomaníacos implican síntomas similares que son menos intensos.

La fase depresiva de ambos tipos de trastorno bipolar involucra síntomas muy graves de depresión mayor como:

1. Tristeza permanente
2. Sentimiento de desesperanza, culpa y falta de valor
3. Apatía por las actividades que alguna vez fueron placenteras
4. Trastornos del sueño
 - a. somnolencia excesiva
 - b. incapacidad para dormir
5. Trastornos en la alimentación
 - a. pérdida del apetito y pérdida de peso

b. consumo exagerado de alimentos y aumento de peso

6. Pensamientos frecuentes acerca de la muerte
7. Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
8. Aislamiento de los amigos
9. Fatiga y desgano
10. Pérdida de la autoestima

Existe un alto riesgo de suicidio con el trastorno bipolar y en cualquiera de las dos fases el paciente puede abusar del alcohol u otras sustancias, lo cual puede empeorar los síntomas.

Algunas veces, se presenta una superposición entre las dos fases. Los síntomas maníacos y depresivos se pueden presentar simultáneamente o en una sucesión rápida conocida como estado mixto.

A.2.2 Signos y exámenes

El diagnóstico del trastorno bipolar implica la consideración de muchos factores y el médico puede efectuar todas o algunas de las siguientes recomendaciones:

- Observar el comportamiento y el estado de ánimo
- Elaborar la historia clínica, incluyendo cualquier problema médico que se tenga y cualquier medicamento que se esté tomando
- Preguntarle al paciente acerca de las fluctuaciones del estado de ánimo recientes y el tiempo durante el cual las ha experimentado
- Preguntarle al paciente acerca de los antecedentes familiares, en particular si alguien de la familia tiene o ha experimentado el trastorno bipolar
- Llevar a cabo un examen completo para identificar o descartar causas físicas de los síntomas
- Solicitar pruebas de laboratorio para verificar problemas de tiroides o niveles de drogas
- Hablar con los miembros de la familia para discutir sus observaciones acerca del comportamiento del paciente

A.2.3 Tratamiento

El trastorno bipolar a menudo se trata con medicamentos estabilizadores del estado de ánimo, como el ácido valproico, el litio y la carbamazepina. Dichos medicamentos son efectivos para el tratamiento tanto de la fase maníaca como de la fase depresiva, al igual que para prevenir síntomas futuros.

Los medicamentos antidepresivos pueden servir durante la fase depresiva si se usan con un estabilizador del estado de ánimo. Estos estabilizadores del estado de ánimo son muy importantes en las personas con trastorno bipolar; sin ellos, los antidepresivos pueden desencadenar un estado de manía en las personas que padecen dicho trastorno.

(Se debe tener en cuenta que las personas con trastorno bipolar II pueden ser diagnosticadas erróneamente con depresión únicamente debido a que no experimentan una manía completa y si estos pacientes toman antidepresivos sin estabilizadores del estado de ánimo, se puede desencadenar un episodio de manía).

Los medicamentos anti-psicóticos pueden ayudar a la persona que ha perdido contacto con la realidad y los medicamentos anti-ansiolíticos, como las benzodiazepinas, también pueden ser útiles. Es posible que el paciente deba permanecer en una unidad hospitalaria hasta que se haya estabilizado su estado de ánimo y los síntomas estén bajo control.

Se puede usar terapia electroconvulsiva para tratar el trastorno bipolar. Dicha terapia es un tratamiento psiquiátrico que utiliza una corriente eléctrica para causar una breve convulsión del sistema nervioso central mientras el paciente se encuentra bajo el efecto de la anestesia. Los estudios han encontrado en forma repetitiva que la terapia electroconvulsiva es el tratamiento más efectivo para la depresión que no se alivia con el uso de medicamentos. Tener suficientes horas de sueño ayuda a mantener un estado de ánimo estable en algunos pacientes. Asimismo, la psicoterapia puede ser una opción útil durante la fase depresiva y el hecho de vincularse a un grupo de ayuda puede ser de particular utilidad para los pacientes con trastorno bipolar y para sus seres queridos.

A.2.4 Expectativas (pronóstico)

Los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo pueden ayudar a controlar los síntomas del trastorno bipolar. Sin embargo, los pacientes a menudo necesitan ayuda y apoyo para tomarlos apropiadamente y para garantizar que cualquier episodio maníaco-depresivo se trate tan pronto como sea posible.

Algunas personas suspenden el medicamento tan pronto se sienten mejor o porque quieren experimentar la productividad y creatividad asociada con la manía. Aunque estos estados maníacos iniciales pueden hacer sentir bien, la discontinuación de los medicamentos puede tener consecuencias muy negativas. El suicidio es un riesgo real tanto durante el estado de manía como durante la depresión, por lo que los pensamientos, ideas y gestos suicidas en personas con trastorno bipolar afectivo requieren atención de emergencia inmediata.

A.2.5 Complicaciones

Suspender o tomar medicamentos de manera inadecuada puede llevar a que los síntomas se presenten de nuevo, así como las siguientes complicaciones:

- a. El alcoholismo y/o la drogadicción pueden ser usados como una estrategia para "automedicarse".
- b. Las relaciones personales, laborales y financieras pueden verse afectadas como resultado de las fluctuaciones en el estado de ánimo.
- c. Los pensamientos y comportamientos suicidas son una complicación muy real del trastorno bipolar.

El tratamiento de esta enfermedad es un reto y los pacientes, amigos y familiares deben ser conscientes de los riesgos que supone descuidar el tratamiento de este trastorno. Situaciones que requieren asistencia médica. Se debe buscar asistencia médica o llamar a un teléfono de emergencias de inmediato si:

- a) Se experimentan pensamientos sobre la muerte o suicidas

- b) Se presentan síntomas severos de depresión o manía
- c) Se ha diagnosticado trastorno bipolar y los síntomas han vuelto a aparecer o se están presentando nuevos síntomas.

B. Trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal. También en algunos casos la publicidad marca una gran parte en esto ya que los jóvenes que miran un anuncio de comida o bebidas se antojan de comerlo o beberlo, esto hace que al ingerirlo, lo devuelvan por su mala alimentación.

B.1 Factores que causan trastornos alimentarios

1. Factores biológicos: Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno alimenticio.
2. Factores psicológicos: Las personas con trastornos alimentarios tienden tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectivos, etc. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.
3. Factores familiares: Personas con familias sobreprotectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no demuestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no demostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida.

4. Factores sociales: Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, bello. Las personas que no son delgadas y preciosas asociadas con el fracaso y la mentira.

B.2 Trastornos alimentarios más comunes

B.2.1 Síndrome por atracón

Se habla de síndrome por atracón cuando se produce una sobre ingesta compulsiva de alimentos. Después de este ataque de glotonería aparece una fase de restricción alimentaria en la que baja la energía vital y se siente la necesidad imperiosa de comer. Una vez que se inicia otra sobre ingesta, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, el individuo reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se siente culpable por la falta de control, aun así la persona con este trastorno continúa con este comportamiento a sabiendas que le causa daño

B.2.2 Bulimia

La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

Existen dos tipos:

- i. Bulimia purgativa: después de los periodos de atracones, el enfermo usa laxantes, diuréticos o se provoca el vómito como método compensatorio.
- ii. Bulimia no purgativa: para contrarrestar los atracones, hace ejercicio en exceso, dietas restrictivas o incluso ayunos.

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal. De esta manera en algunas mujeres tienden a tener amenorrea, malformaciones en los dedos, debido a los constantes atracones, seguido de métodos compensatorios inapropiados (inducción al vomito), para evitar el aumento de peso.

B.2.3. Anorexia

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

Existen dos tipos:

1. Anorexia restrictiva: El enfermo apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso.
2. Anorexia purgativa: El enfermo utiliza métodos purgativos tales como vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida. Las características psicológicas y sociales incluyen miedo intenso a comer en presencia de otros, dietas bajas en hidratos de carbono y grasas, preocupación por el alimento, abuso de laxantes y mentiras. Las principales víctimas de este mal son las mujeres, sobre todo las jóvenes, quienes en ocasiones pueden estar influenciadas por ser fans de personas famosas y mediáticas tales como actrices y modelos.

B.2. 4 Vigorexia

La vigorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia) que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres. Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación): los vigorexicos suelen realizar ejercicio físico excesivo, a fin

de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles o enclenques. A esta exigencia se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas e carbohidratos consumidos es excesiva, mientras que la cantidad de lípidos se reduce. Esto puede ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigoréxico consume esteroides que ocasionan cambios de humor repentinos.

C. Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño involucran cualquier tipo de dificultad relacionada con el hecho de dormir, incluyendo dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño.

C.1 Causas

Se han identificado más de cien trastornos diferentes de sueño y de vigilia que se pueden agrupar en cuatro categorías principales, a saber:

- a. Problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido (insomnio)
- b. Problemas para permanecer despierto (somnia diurna excesiva)
- c. Problemas para mantener un horario regular de sueño (problema con el ritmo del sueño)
- d. Comportamientos inusuales durante el sueño (conductas que interrumpen el sueño)

Problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido. El insomnio incluye cualquier combinación de dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, vigilia intermitente y despertarse en la madrugada. Los episodios pueden aparecer y desaparecer (pasajeros), durar entre 2 y 3 semanas (a corto plazo) o ser duraderos (crónicos).

Los factores comunes relacionados con el insomnio son, entre otros:

- Enfermedad física

- Depresión
- Ansiedad o estrés
- Un ambiente para dormir inapropiado, con excesivo ruido o luz
- Cafeína
- Alcohol y de otras drogas
- Uso de ciertos medicamentos
- Tabaquismo en exceso
- Molestia física
- Siestas durante el día

Hábitos de sueño contraproducentes como:

- Acostarse temprano
- Pasar mucho tiempo en la cama despierto

Los trastornos abarcan:

- **Insomnio psicofisiológico:**
Una afección en la cual el estrés causado por el insomnio dificulta aún más la conciliación del sueño.
- **Síndrome de la fase de sueño retrasada:** el reloj interno está constantemente fuera de sincronización con las fases de día/noche "aceptadas"; por ejemplo, los pacientes se sienten mejor si pueden dormir desde las 4 a.m. hasta el medio día.
- **Trastorno del sueño hipnótico-dependiente:** insomnio que ocurre cuando uno suspende o se vuelve tolerante a ciertos tipos de somníferos.
- **Trastorno del sueño dependiente de estimulantes:** insomnio que ocurre cuando uno suspende o se vuelve dependiente de ciertos tipos de estimulantes.

C.2 Problemas para permanecer despierto

Los trastornos por excesiva somnolencia se denominan hipersomnio y abarcan, entre otros:

- a. Hipersomnio idiopático (somnolencia excesiva que ocurre sin una causa identificable)
 - a. Narcolepsia .
- b. Trastornos del movimiento periódico de las extremidades
- c. Síndrome de las piernas inquietas
- d. Problemas para mantener un horario regular de sueño.

También se pueden presentar problemas cuando no se mantiene un horario constante de sueño y de vigilia, lo cual sucede cuando se viaja cruzando zonas horarias distintas y con trabajos por turnos en horarios rotativos, particularmente los que trabajan en las noches.

Los trastornos que interrumpen el sueño abarcan:

- a) Síndrome de sueño y vigilia irregulares.
- b) Síndrome del desfase horario.
- c) Ser poco dormilón por naturaleza (la persona duerme menos horas de lo normal pero no sufre ningún efecto negativo).
- d) Insomnio paradójico (la persona realmente duerme una cantidad de tiempo distinta a la que cree).
- e) Trastorno del sueño a causa del trabajo por turnos.

C.3 Conductas que interrumpen el sueño

Las conductas anormales durante el sueño se denominan parasomnio y son bastante comunes en los niños. Estas abarcan:

- a. Terrores nocturnos

- b. Sonambulismo
- c. Trastorno de comportamiento asociado al sueño MOR (un tipo de psicosis en la cual una persona representa sueños tan violentamente que puede lesionar a la persona con quien duerme).

C.4 Prevención

Lo siguiente puede ayudar a prevenir muchos trastornos del sueño:

- a) Hábitos de sueño regulares (como acostarse y despertarse a la misma hora todos los días)
- b) Ambiente de sueño silencioso
- c) Ejercicio regular
- d) Mantenerse sano y en buena condición física.

2.3 Métodos de psicodiagnóstico

El nivel de generalidad y profundidad de un método superará siempre al de la técnica específica o las operaciones utilizadas para la obtención y procesamiento de la información. El método es mucho más, es la modalidad, los esquemas y estilos mentales para la penetración gradual del sujeto cognoscente en la realidad.

En correspondencia con la metodología, la cual plantea la relación entre los métodos y los principios, leyes y categorías que actúan en calidad de lineamientos generales que conceden orientación a la actividad cognoscitiva; los métodos proceden a un nivel de generalidad mayor y más abstracto que la técnica o el sistema instrumental utilizado por una ciencia particular para desarrollar su objeto de estudio.

Se tienen los niveles metodológicos generales, particulares y especiales o específicos mantienen una estrecha relación entre ellos. Las metodologías especiales o específicas de una ciencia particular no se desvinculan del nivel general pero no tienen el grado suficiente de generalidad como para ser identificadas al mismo nivel.

Es aquí precisamente donde el problema del Rorschach se inserta; el psicodiagnóstico de *Rorschach* es muy utilizado para el estudio en diferentes ciencias particulares debido al grado de amplitud del mismo y las posibilidades que en lo técnico, descriptivo y en cuanto a caracterización ofrece pero no se constituye en un método científico-general, dado que su grado de acción quedará limitado a la descripción de las características de la personalidad del sujeto examinado.

En alguna medida la amplia gama de espacios para la utilización del *Rorschach* en diferentes contextos o esferas del saber ha generado el criterio de que se constituye en método de investigación, pero la universalidad, por ejemplo, de la observación y el experimento como métodos científicos generales, no es alcanzada por el *Rorschach* y no por limitaciones en su desarrollo, sino por su propia esencia y grado de generalidad. Teniendo en cuenta estos criterios es que consideramos que el *Rorschach* se ubica dentro de los métodos particulares de investigación. Ahora que su desarrollo se ha logrado dentro del contexto de las ciencias psicológicas no quiere decir, a juicio nuestro, que sea privativo de ella, sino que aun se mantiene en mayor o menor medida la concepción del modelo clínico tradicional, pero en la actualidad se han dado grandes pasos para el desarrollo del método desde otras perspectivas como es la investigación sociocultural, pedagógica y psicológica en otras esferas no precisamente de la Psicología clínica.

La otra dimensión de la interrogante es si su orientación es psicométrica o proyectiva; en este caso existe consenso entre los rorscharchista acerca de la orientación proyectiva del *Rorschach*, la cual está dada en la confluencia en sí mismo de las características fundamentales y esenciales de las pruebas proyectivas: presenta una tarea poco estructurada para el sujeto lo cual permite una variedad casi ilimitada de respuestas, consta de estímulos vagos y ambiguos y su hipótesis subyacente es que a través de la forma en que el sujeto estructure sus respuestas y la situación en general así estará dando o proyectando aspectos de su personalidad.

Un test psicológico se concibe como "una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta" 10, es decir, que consta de una medida o una forma de cuantificar algunas muestras de conducta y comportamiento humano. A criterio del autor el test no es la medida sino la vía, el

recurso o la situación que permite el registro de la conducta o cualidad del sujeto para posteriormente medirla o cuantificarla ya sea a nivel de escalas discretas, continuas o al menos ordinales, tomadas y elaboradas a partir de la sistematización y estandarización de los registros de esa conducta o cualidad en una población que se constituye en unidad de comparación.

El autor considera que este proceso de desidentificación provoca en el sujeto la ejecución de una serie compleja de operaciones psicológicas que culminan en la decisión y emisión de las respuestas. Los elementos mencionados de la personalidad resultan necesarios pero no siempre suficientes por sí solos para resolver la tarea. *Rorschach* puede ofrecer dimensiones proyectivas en su naturaleza interna las cuales lo definen como tal, pero esto no niega la posibilidad de que algunos de sus aspectos puedan cuantificarse o al menos establecer agrupaciones ordinales.

Cobra mayor relevancia cuando se trata de investigaciones grupales, comparación entre grupos étnicos o por entidades nosológicas o por grandes períodos evolutivos de la vida del hombre, en las cuales se impone la cuantificación para establecer diferencias o semejanzas válidas que puedan enriquecer realmente los resultados; esto no niega la posibilidad de la comparación a partir de lo cualitativo.

2.3.1. Instrumentos útiles para el psicodiagnóstico

Una de las funciones del profesional psicólogo, es considerar más típica del quehacer del psicólogo, es la de efectuar diagnósticos psicológicos. El término diagnóstico es ampliamente utilizado, no sólo en el ámbito de la psicología o de las ciencias de la salud, sino que en el contexto de muchas de las disciplinas profesionales, y pareciera que en general se entiende su significado.

Sin embargo, cuando se busca una definición más precisa, nos encontramos con diversas ideas y conceptos vinculados a este término, como por ejemplo los de medición y evaluación, entre otros, para lo cual utilizamos pruebas o test psicológicos además de otros instrumentos. se hace necesario, entonces, precisar el significado que estos conceptos tienen en este contexto.

A.i Diagnostico psicológico

Las definiciones de diagnóstico son variadas, y en su mayoría derivadas del quehacer médico o del modelo médico. En el campo de la psicología, podemos decir que el psicólogo intentará hacer un psicodiagnóstico cuando, a través de los métodos propios de la psicología, intente llegar a una conclusión acerca de las características de una persona, de un grupo de personas o de un hecho psicológico en sí. Por otra parte, es importante destacar que el psicodiagnóstico es el resultado de un examen detallado o de un estudio minucioso de algunas muestras de conducta. No se debe perder de vista el hecho de que los fenómenos psíquicos (o procesos psicológicos) no los podemos observar o medir directamente, sino sólo su exteriorización o manifestación a través de alguna forma de comportamiento o conducta. Este es un aspecto estrechamente relacionado con el tema de la validez de las pruebas de medición psicológica: ¿hasta qué punto se puede tener la certeza de que la conducta que estamos

A.ii Los objetivos del psicodiagnóstico:

Son fundamentalmente ideográficos, en el sentido de que se centran en el estudio científico del comportamiento de un sujeto. El psicodiagnóstico se basa en los hallazgos de la Psicología como ciencia nomotética, y por lo tanto en las leyes establecidas para los distintos hechos psicológicos. Los métodos utilizados en el psicodiagnóstico son los mismos de la psicología nomotética y están encuadrados en una perspectiva científica. La exploración y el análisis del comportamiento han de dirigirse tanto a las características generales como a las conformadas culturalmente, así como también a la organización idiosincrásica de todas estas características en el sujeto humano en particular. Otro punto que es importante tener claro respecto del psicodiagnóstico es que no busca explicar. Con frecuencia se comete el error de considerar los resultados o las conclusiones obtenidas, como explicaciones de ciertos hechos. Un sujeto presenta alucinaciones. Se le hace un examen psicológico y resulta diagnosticado como esquizofrénico. Es decir entonces que presenta alucinaciones porque es esquizofrénico.

La explicación es un hecho lógico, la comprensión un fenómeno psicológico. Visto de este modo, la explicación y la comprensión son momentos distintos de la investigación psicodiagnóstica, siendo lo fundamental la explicación. Si el diagnóstico contiene la explicación de la conducta observada, tendremos un adecuado fundamento tanto para el enfoque predictivo como para las medidas correctivas. Sin embargo, los diagnósticos la mayoría de las veces son apenas descriptivos o clasificatorios. No debe desalentar por lo anterior, puesto que la descripción es el primer paso para la explicación, y la explicación, si bien es un requisito de la ciencia, no es siempre imprescindible (aunque sea deseable) en la actividad clínica.

Por otra parte, la clasificación de los fenómenos en estudio ha resultado siempre útil a la ciencia, por cuanto es un modo simple de analizar y sintetizar los problemas. Desde luego, un sistema taxonómico no es una teoría, pero representa un sistema de conceptos que puede conllevar un conjunto de hipótesis asociadas.

En definitiva, cualquier aplicación del conocimiento científico requiere del uso de un cuerpo bien definido y establecido de leyes y reglas que, por el momento, es dudoso que exista en Psicología. Aunque es probable que puedan darse en psicodiagnóstico explicaciones causales de la conducta de un sujeto, sí se puede decir que, a través de la evaluación psicológica, es posible llegar a explicaciones basadas en leyes probabilísticas, perfectamente compatibles con el estado actual de la psicología científica.

Los métodos que fundamentalmente han influido en el desarrollo de la evaluación psicológica en este campo han sido:

- El correlacional, en el que se basa la construcción de los tests y cuestionarios psicológicos
- El experimental, que se desarrolló originariamente en los laboratorios y que los conductistas y cognitivistas han tratado de adaptar a los contextos prácticos como la clínica, la educación y las organizaciones.
- El método clínico, que proviene de la Medicina, pero que ha influido en el desarrollo de la Psicología Clínica.

Las técnicas pueden clasificarse en:

- a) *Tests* (construidos a partir de estrategias correlacionales y estadísticas)
- b) *Pruebas proyectivas*, que se basan en el constructo teórico "proyección", propuesto originariamente por el psicoanálisis, pero que otros autores consideran como un proceso de manifestación, de expresión de la personalidad, no necesariamente inconsciente (Alonso, 2003)
- c) *Autoinformes*, entre los que se incluyen múltiples y muy disímiles procedimientos como cuestionarios, escalas, autobiografías, composiciones, los cuales tienen en común el hecho de que se basan en lo que refiere el sujeto acerca de sí mismo
- d) *La observación*, que se ha nutrido de la tradición clínica y también de la experimental.

La práctica y las tradiciones de los contextos particulares (clínico, educativo, organizacional) y de los diferentes países, ha dado lugar a que se priorizen algunos métodos. En el caso del ejercicio de la Psicología de la Salud en Cuba, se ha popularizado el uso de inventarios autodescriptivos por diversas razones (accesibilidad, facilidad de aplicación y calificación) y no hay dudas que ellos resultan útiles auxiliares en el proceso de diagnóstico, pero, como todas las herramientas, tienen sus limitaciones y de ninguna manera pueden convertirse ni en las únicas ni en las principales vías para la evaluación de fenómenos tan complejos y relevantes como la ansiedad y la depresión.

2.3.1.1 La Observación

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos.

Observar: es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándose de técnicas como por ejemplo registros estructurados y listas de chequeo. El fundamento científico de la

observación reside en la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista. La observación se convierte en método una técnica en la medida en que cumple una serie de objetivos o requisitos:

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

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

En una observación encontramos los siguientes elementos: (a) el observador o los observadores; (b) el sujeto o grupo observado; y (c) el contexto, es decir el medio natural y cultural que van a dar significado a la dinámica de lo observado.

Etapas de la observación

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

1. Se plantea un objetivo. Se especifica lo que ha de ser observado.

Recogida de datos:

2. Definir las variables a observar.
3. Costo en tiempo y en gasto económico.
4. Decidir el muestreo de datos.
5. Análisis e interpretación de los datos recogidos.
6. Elaborar conclusiones o incluso replanteamientos.

Comunicación de los resultados: Informe sobre si los hallazgos son o no relevantes. En el caso de que la observación se complemente con la entrevista y/o la evaluación psicológica, se deberá adaptar los objetivos de observación a los objetivos de la entrevista y/o evaluación. Usualmente en los casos de evaluación psicológica, se planifica la observación en tres etapas: antes, durante y después de la ejecución de la prueba, siendo más riguroso el registro en el caso de las pruebas de inteligencia, principalmente si son ejecutivas, así como en las técnicas proyectivas. En el caso de la entrevista, la observación debe registrar las reacciones ante determinados estímulos que el examinador proporciona para realizar las evaluaciones parciales de los procesos psicológicos, como por ejemplo: memoria, orientación, atención, pensamiento, lenguaje, gesto, mímica, postura y marcha entre otros; estos datos nos darán una impresión general de la persona, que conjuntamente con su apariencia general orientan las hipótesis de trabajo del examinador.

Ventajas y limitaciones

a) Ventajas:

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

b) Limitaciones:

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

Clasificación de la observación

Se puede clasificar la observación de acuerdo al grado de participación del observador, y según el grado de sistematización de lo observado. Según el grado de participación del observador:

- a) **Observación Externa o No participante:** Este tipo de observación se caracteriza porque el observador no pertenece al grupo objeto de estudio. Puede ser directa, cuando el observador emplea cuestionarios o entrevista e interactúa en plano distante; o Indirecta cuando el observador no interactúa con el sujeto, recoge notas, archivos, etc.
- b) **Observación Interna o Participante:** Es cuando el observador pertenece al grupo objeto de estudio. Puede ser pasiva, cuando el observador interactúa lo menos posible, sólo observa y está ahí presente; o activa, cuando el observador forma parte del grupo e interactúa como si fuese uno más.
- c) **Auto-observación:** Es cuando el observador es a su vez el sujeto observado. Tiene el mayor grado de participación.
- d) **Para auto-observarse correctamente una persona necesita de la introspección (hacer objetivo lo subjetivo).** Se critica su fiabilidad ya que existen personas que pueden auto-observarse y otras que no, en este caso han de recibir un entrenamiento.

Según el grado de sistematización de lo observado

- a) **No Sistematizada, Ocasional o No controlada.** Es cuando se realiza un escrutinio muy cuidadoso de situaciones de la vida real, previamente establecidas pero en las que no se intentan utilizar instrumentos de precisión, ni tampoco se quiere comprobar la exactitud de los fenómenos observados. Se presta gran atención a lo que se observa y hay que estar muy preparado para captar lo que ocurre.
- b) **Es no estructurada, no sistematizada, pero muy abierta.** Normalmente esto se utiliza cuando conocemos poco del hecho a observar; en situaciones poco conocidas, complejas o poco definidas.

- c) **Sistematizada o Controlada:** La más utilizada en ciencias humanas y psicología. Es preferible a la anterior. Su propósito es descubrir y precisar con exactitud determinados elementos de conducta que poseen un valor predictivo (Frecuencia)
- d) **Muy Sistematizada:** Se produce en las investigaciones experimentales, consiste en registrar, con instrumentos de precisión, conductas establecidas previamente bajo condiciones artificiales. Se caracteriza por cumplir las siguientes condiciones:
1. Las variables que van a ser observadas están aisladas y basadas en una teoría explícita.
 2. No se va a registrar nada que no caiga dentro de una categoría preestablecida.
 3. Las situaciones de partida están sometidas a riguroso control, para que se puedan comparar con situaciones similares o se puedan replicar.

Manejo de los resultados de la observación

La observación como método no es infalible y por consiguiente, la toma de decisiones a partir de sus resultados debe ser cuidadosamente revisada. Los resultados de la observación, usualmente sirven para acompañar los resultados obtenidos con otros métodos, este acompañamiento responde a la necesidad de contrastar diferentes puntos de vista sobre un mismo caso, lo cual da la validez por consenso. En psicología organizacional, la observación servirá de referencia para la entrevista, cuando se trabaje individualmente; mientras que servirá como indicador cuando se trabaje grupalmente; por ejemplo:

- En selección de personal, se buscará apreciar cualidades del postulante mediante la observación y la entrevista en conjunto, es decir que será una referencia para contrastar lo que los documentos y el discurso del postulante planteen.
- En casos de desarrollo de habilidades se apreciarán los cambios de conducta luego de haberse ejecutado un programa de capacitación, estos datos serán indicadores del progreso de cada persona, no serán datos concluyentes sino criterios de decisión.

En resumen, los datos obtenidos mediante la observación deberán manejarse con ética por cuanto no son concluyentes; lo más adecuado es contrastarlos con otras fuentes de información, que,

como es usual en evaluación psicológica, podrían ser: (a) la entrevista, (b) los tests psicométricos y (c) las técnicas proyectivas.

2.3.1.2 La Entrevista psiquiátrica

El campo de la psiquiatría ha sido definido como el estudio de las relaciones interpersonales y ha afirmado que ésta es una zona valdera para la aplicación del método científico, el psiquiatra no puede hacerse a un lado y aplicar sus órganos sensorios, por mucho que estos estén referidos mediante el empleo de aparatos, para observar, sin complicarse en la operación. Su principal instrumento de observación es su ego. Su personalidad, él como persona.

Los datos psiquiátricos son originados por una observación participante de interacción social, en la psiquiatría no existen datos puramente objetivos ni subjetivos por la razón que el material se convierte en científicamente utilizable solo en la forma de un complejo resultante: La inferencia las vicisitudes de la inferencia constituye en problemas del estudio de la psiquiatría y del desarrollo de las entrevistas psiquiátricas prácticas. Una conferencia sería con otra al parecer se ha formulado respeto a los pasos que llevarán probablemente al final, cualquier entrevista cuyo propósito sea hacer frente a ciertos criterios puede utilizar las mismas técnicas que emplea el psiquiatra cuando se trata de descubrir las necesidades profesionales de su paciente. La entrevista es una situación de comunicación vocal, es un grupo de dos o más voluntariamente integrado sobre una base progresiva desarrolla de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas y características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente experimenta como productoras de dificultades o especialmente valiosas en las cuales espera obtener algún beneficio.

I. El carácter oral de la entrevista

La entrevista psiquiátrica, expresa que tal entrevista sea una situación de comunicación oral o vocal no solamente comunicación verbal, si se supiese que todas las personas que acuden al consultorio de un psiquiatra entrevistador, tendrán que ser acosadas como se oye decir en

psiquiatría o interrogadas exhaustivamente para determinar que es realidad y que ficción, entonces las entrevistas tendrán que proseguir durante horas a fin de que la otra persona tuviese un significado para el entrevistador. Puede presentarse mucha atención y con beneficios delatadores de la entonación, ritmo de la conversación. En la entrevista psiquiátrica, una gran parte de la experiencia que se va conquistando se manifiesta en una demostración de ligero interés en el punto en el cual se registra una diferencia tonal.

II. El grupo de dos

Es comunicación que pertenece a un grupo de dos y hay una ligera medida de ironía prácticamente imposible explorar la mayor parte de la zona de la persona mientras se halla presente una tercera persona y aun cuando haya dos personas en la habitación donde se realiza la entrevista el número de personas más o menos imaginarias que quedan en este grupo de dos es, a menudo, sorprendente.

III. Integración voluntaria de los participantes

En esta situación terapéutica sobre la base experto-cliente, los psiquiatras están acostumbrados a tratar con personas que acusan distintos grados de disposición que recorren toda la gama, estos extremos solo acentúan el hecho de que la mayor parte de la gente va probablemente confundido aunque quieran hablar sobre sus cosas francamente con alguien pero llevan desde la niñez, determinaciones inculcadas que les obstaculiza toda discusión libre.

El resultado es que la gente espera a menudo que el psiquiatra sea un genio o perfecto en la actitud del psiquiatra y hasta que él se muestre indiferente respecto al paciente estas actitudes pueden ser determinadas casi desde el principio de la entrevista, pero toda emoción notable por parte del entrevistador es un lamentable incidente que puede considerarse equivalente a un problema psiquiátrico, una prueba sería de morbidez por parte del entrevistador.

Si no se es capaz de sobre llevar los grandes dolores de cabeza que causa la psiquiatría sería mejor dedicarse a otra cosa, se trata de un trabajo rudo, generalmente no exige grandes esfuerzos físicos pero sí requiere de un alto grado de conciencia, hay datos que sugieren un hecho: que cuanto más complicado es el campo al cual se tiene que atender, más rápidamente se siente la fatiga. La actitud más sensata de un psiquiatra en una entrevista limitarse a alcanzar la comprensión de que se está ganando la vida, que para eso tiene que trabajar intensamente, si una persona llega completamente irritada no sirve de nada sonreírle y decir ¡pero mi querido amigo! ¡Parece usted perturbado! cuando una persona llega ante uno muy irritada debe de tomársela muy en serio, de este modo la actitud inicial sea voluntaria o involuntaria, vacilante o reservada el cliente determina en cierto modo la actitud.

Las relaciones entre el profesional y el cliente

Las relaciones de experto-cliente involucran mucho, según la cultura, primero es un hombre que extrae sus ingresos del empleo de una información excepcional o adecuada sobre el campo particular de su actividad al servicio de otra persona. Se espera del psiquiatra que manifieste una habilidad en las relaciones con su sujeto o paciente el psiquiatra está particularmente inhibido de buscar satisfacciones personales o prestigio a costa de ello busca únicamente los datos que necesita para beneficiar al paciente y espera que este le pague sus servicios. El psiquiatra tiene que estar siempre al tanto de este aspecto especial del papel de experto, la información correcta adecuada y que está bloqueada por la actitud cultural que le impide utilizar sus conocimientos expertos para proporcionarle una satisfacción personal evidentemente su prestigio o reputación a expensas del paciente.

Las normas características de vida del paciente

Los psiquiatras saben mucho respecto a sus paciente que estos no saben, en la entrevista psiquiátrica es una excelente idea saber todo lo que se pueda sobre el paciente, resulta muchísimo más fácil la terapéutica si el paciente se ha dado cuenta de que se esta interesado en comprender algo de lo que él cree que le sucede y que clase de persona consideran sus amigos que es él, pero

siempre debe preguntar cuando se produce la dificultad y en que ambiente es mas probable que la encuentre. La pauta de dificultad del paciente surge en su pasada experiencia e interpretan variadamente todos los aspectos de sus relaciones interpersonales. Cuanto más convencionales son las declaraciones de una persona, más dudosa es naturalmente que se tenga la menor idea de lo que en realidad quiere decir.

El psiquiatra desempeña un papel muy activo en lo referente a introducir interrogantes no para demostrar que es hábil o que es escéptico sino para asegurarse que sabe lo que se le está diciendo. El intento de descubrir sobre qué está hablando el paciente, le lleva a éste a hacer algo más claro sobre lo que está pensando o trata de comunicar u ocultar, se acrecienta hasta cierto punto su comprensión de la vida. Y nadie experimenta graves dificultades en su vida, si comprende perfectamente lo que le está sucediendo.

Es posible que el paciente se agote de tanto adivinar de qué manera ese tópico ha sido introducido pero por lo menos el entrevistador le ha llevado de la mano, metiéndolo en el nuevo tópico, en otras palabras va de una cosa a otra de una manera completamente suave, para que su entrevistado tenga la sensación de que esa es una indagación muy clara y de verdadera colaboración, el entrevistador no hará eso probablemente, si no se da cuenta de que va a cambiar de tópico. Y si no se da cuenta de tales cosas, es muy posible que pierda su cliente.

La esperanza de beneficio del paciente

El paciente tiene por lo menos alguna esperanza de mejoramiento o de obtener algún beneficio personal como consecuencia dela entrevista. Se puede en una entrevista alcanzar ciertos objetivos limitados. El entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo de la entrevista, que su esperanza de mejorarse, de obtener un empleo mejor, o de alcanza lo que le haya impulsado a buscar y obtener la entrevista, sean alentadas.

Mientras el objetivo personal recibe apoyo, la situación de la comunicación mejora y el entrevistador llega a obtener datos en base a los cuales puede hacer una formulación de algún

valor para él en su carácter de experto, para la otra persona interesada. Resumiendo la entrevista psiquiátrica, según se la considerada aquí es un grupo de dos, en el cual se crea una relación de experto cliente, el entrevistado espera que la persona que esta sentada frente a él, detrás del escritorio, demuestre una comprensión experta de las complicaciones de las relaciones interpersonales; espera mismo que el entrevistador muestre pericia en la conducción de la entrevista.

El entrevistador tiene que descubrir quien es el cliente es decir debe de investigar qué curso de acontecimiento ha experimentado el cliente par llegar a ser lo que es en el momento de la entrevista, lo que tiene en materia de antecedentes y experiencia.

Y sobre la base de quién es la persona, el entrevistador tiene que enterarse de qué es lo que considera como problemático en su vivir y lo que le parece difícil. Al tratar de descubrir en que zonas el entrevistado encuentra su dificultades de funcionamiento, el entrevistador haría muy bien en recordar que sin importar cuán vastamente superior sea una persona, hay bastante en la cultura que justifique que esa persona tenga algunas dificultades.

El psiquiatra como observador participante

La psiquiatría es el campo de la observación participativa que tienen que ver con la pasada experiencia del terapeuta y con las prescripciones de la cultura. Constituyen los datos de la psiquiatría. Por lo tanto el psiquiatra está inescapable, comprometido en todo en cuanto ocurre en la entrevista y hasta donde se demuestra inconsciente de su participación en la entrevista, hasta ahí no sabrá lo que está sucediendo.

El psiquiatra no debe olvidar jamás el hecho de todos los procesos del paciente van dirigidos a él con mayor o menor exactitud y de que todo cuanto ofrece su experiencia va dirigido a su paciente, que tiene la sensación de que está colocado en una situación embarazosa; le parece que está obligado a probar algo.

Cuando una persona se encuentra a sí misma recurrentemente en situaciones oscuras que cree que debería comprender pero en realidad no comprende, y en las cuales considera que su prestigio le exige una acción de adecuada, necesita evidentemente una asistencia psiquiátrica.

El concepto de la distorsión paratáctica

La distorsión paratáctica es una forma en que la personalidad, despliega ante otra algunos de sus más graves problemas. La elaboración psicótica de personas imaginarias y acciones personales, y parecen muy extrañas. Las características de una persona sobre las cuales estarían de acuerdo un gran número de competencias observadores que pueden no parecerse a las verdaderas características de la persona, las verdaderas características de la otra persona en ese momento resultan de importancia muy escasa para la situación interpersonal y a eso se le llama distorsión paratáctica.

La entrevista psiquiátrica es el producto de la situación del psiquiatra por el entrevistador una persona o personas, el entrevistado dirige su comportamiento hacia esa persona ficticia que temporalmente tiene un ascendiente sobre la realidad del psiquiatra. A menudo hay pistas que enuncian el acaecimiento de fenómenos los cuales constituyen la base de las realmente asombrosas incomprensiones o malos entendidos y errores que caracterizan a todas las relaciones humanas, y es escenario en la entrevista psiquiátrica.

La estructuración de la situación de la entrevista

El papel cultural del psiquiatra como experto

La persona que llega a la entrevista psiquiátrica esperando un cierto patrón de hechos que luego no materializa es muy probable que no vuelva; asimismo, no dirá cosas muy agradables sobre el entrevistador. Está la definición social o cultural del psiquiatra es muy importante, por cierto en las primeras etapas de una relación interpersonal: es finalmente importante si una de las personas interesadas la pasa por alto, puesto que eso significa que la relación no será desarrollada en

sentido alguno que tenga un verdadero significado. El experto en psiquiatría debe tener, según se espera de él, una comprensión poco común del campo de las relaciones interpersonales, se supone que posee una comprensión poco común de la técnica de la comprensión participante que cuando habla con cualquier otra persona se entera más de lo que podría esperarse de una razonable e inteligente mortal común, capta mucho más y está más informado respecto de lo que ocurre dentro de sus relaciones con los demás, de lo que estas personas hasta talentosas pero no expertamente preparadas.

Puesto que el psiquiatra es un experto en las relaciones interpersonales, no tiene nada de extraño que el paciente llegue ante él esperando que conduzca las cosas de tal modo que materialice los propósitos que lo han llevado al consultorio: es decir, que sus ventajas y desventajas en la vida correspondientes son apreciadas y que sus dificultades serán suavizadas a fin de que pueda convertirse en elementos remediables y significativo de su pasado, o que será aconsejado. El experto en psiquiatría es considerado por la definición cultural de un experto y por los rumores generales y creencias sobre la psiquiatría si es capaz de conducir una entrevista psiquiátrica; el psiquiatra tiene la obligación de demostrar a su paciente, en términos de los rumores y creencias que prevalecen y pertenecen al paciente, que él, el experto, el psiquiatra es, por lo menos, algo de lo se espera de él que sea.

La cultura como el orden social o sea lo que es enseñado desde la cuna en adelante puede servir de apoyo al psiquiatra al decir que, como experto tiene derecho a ciertos datos pertinentes y significativo referente a la persona que le consulta. El experto tiene derecho a que se le suministren los datos pertinentes y significativos, y por lo tanto, se empeña en conseguirlos. Si tropieza con grandes dificultades, explica cuán necesarias son esas informaciones, y cuando ese punto ha quedado ya suficientemente aclarado, averigua por que no le es posible conseguirlos.

El entrevistador tiene derecho también a ejecutar su habilidad para desalentar las trivialidades, impertinencias, gestos graciosos para su diversión o repeticiones de cosas que ya ha oído. Es más difícil para el entrevistador demostrar su paciencia e insistir para conseguir la información que necesita. Pero si se trata de un experto en relaciones interpersonales es muy probable que dude,

que no tenga todavía mucha vida por delante por lo tanto desea emplear la mejor que le sea posible. Desde la primera reunión con el paciente, hasta el final el psiquiatra se conduce como un verdadero experto en relaciones interpersonales. En una entrevista psiquiátrica debe de aprovecharse el tiempo.

El psiquiatra se priva asimismo de satisfacciones de cualquier curiosidad respecto a las cuestiones en las cuales no existe razón alguna para investigar. Y se priva de eso de una manera pasiva puesto que no pregunta. El paciente aprecia profundamente esa actitud. En primer lugar evita el marcado disgusto de entrar en detalles que le avergüenzan. En segundo se da cuenta, solo después que ha abandonado la entrevista, y de que este doctor estaba tratando de descubrir qué era lo que lo aquejaba.

Trivialidades psiquiátricas

El entrevistador deberá evitar todo comentario carente de sentido y todo cuanto signifique oscurecer los problemas, evitar dar su consentimiento por medio de la ausencia de todo comentario. La fijación madre puede ser una hermosa verdad abstracta, útil para las meditaciones privadas del psiquiatra, pero para la persona que sufre de la fijación el término esta casi tan desprovisto de sentido.

Los psiquiatras tratan de evitar los comentarios sin sentido y a las trivialidades psiquiátricas que obstaculiza tanto la obtención de la información. El psiquiatra recuerda que el papel que tiene que desempeñar es el de un experto, desde el principio hasta el fin, y hasta donde le es humanamente posible, por el psiquiatra debe evitar verse complicado como persona.

Evita, con el mayor cuidado, todo procedimiento que esté destinado principalmente a impresionar al paciente a que posee omnisciencia, como cualquier otro experto entrevistador debe haber desarrollado una cierta medida de humildad de manera que no se sienta demasiado inclinado a obrar como si lo supiese todo y su mente lo penetrase todo con un sola mirada.

Los obstáculos culturales en la labor del psiquiatra

En las relaciones de experto-cliente, alguna de las dificultades que el psiquiatra encuentre es ser expuesto, esto tiene su origen en lo que se pueden llamar elementos antipsiquiátricos, elementos de la cultura que hacen que el desempeño en la pericia.

Una idea arraigada en las personas es que se debería avergonzarse si no le ha sido posible elevarse y superar las limitaciones que le impone su pasado que uno debe ser independiente, y no debería necesitar de alguien que le diga cómo puede hacer esto o lo otro y como tiene que vivir.

El psiquiatra tropieza con dificultades para ser un experto, no solamente actitudes anti psiquiátricas de la cultura, sino también a las informaciones técnicas inadecuadas que recibe. En la actual etapa de los cocimientos psiquiátricos, eso resulta inevitable por la razón de que todavía no se comprenden bastante los procesos integran las relaciones interpersonales.

Este puede ser un impedimento recurrente en casi todas sus relaciones doctor-paciente, o prácticamente en todas ellas, en cuyo caso se presume muy seriamente que la ignorancia de los factores interpersonales pertenece a la comprensión de sí mismo por el psiquiatra. A fin de reducir las probabilidades de dificultades que ignoran o pasan por alto procesos personales en la relación de doctor-paciente, con procedimientos más o menos metódicos para desarrollar esas relaciones con los pacientes.

La entrevista psiquiátrica puede ser considerada como compuesta por una serie de etapas que, son hipotéticas abstractas y artificiales, pueden resultar de suma utilidad para el psiquiatra, si la tiene ordenada en su mente para disponer de su tiempo con el paciente, esa etapa es el comienzo formal; segundo, el reconocimiento; tercera, investigación o interrogatorio detallado y cuarta, la terminación. El comienzo incluye la recepción de la persona que viene hacer entrevistada sobre las circunstancia de su vida. Deberá incluir una breve pero estudiada referencia por el psiquiatra, cualquier información que ya obre en su poder. Para proporcionar una oportunidad al paciente de corregir cualquier información presuntiva que el psiquiatra pudiera haber recogido de otra fuente,

si ello fuese necesario y establecer un motivo adecuado para la conferencia que el psiquiatra logar justificar adecuada para el empleo de su capacidad.

El psiquiatra debe de recordar que la persona que va a consultarle es una extraña. Así el psiquiatra no sabe qué impresión le causará al extraño cualquier cosa que diga o haga, pues no conoce nada de sus antecedentes, por lo tanto el psiquiatra tiene que estar muy alerta para enterarse de la impresión que él y sus actos provocan y alerta para saber en qué forma él mismo es afectado por ciertas cosas que el paciente puede decir o hacer.

Algunas consideraciones técnicas sobre la entrevista

Tipos de entrevista psiquiátrica

Para dar una idea de la exposición formal de propósito sostenible en la entrevista psiquiátrica, en primer lugar, la realiza con propósito de diagnóstico para facilitar la obtención de un tratamiento competente en otra parte. El psiquiatra trata de determinar el carácter de las dificultades personales en la vida del entrevistado y aconsejarle con quien y de qué manera podrá obtener un tratamiento o beneficio.

El entrevistador tiene que realizar una intensa labor terapéutica, el paciente puede no estar en condiciones ni siquiera de revelar muchas de sus mayores dificultades de vivir a no ser que se tome que su médico le será útil en lo que respecta a alentarle al menos por el momento. La entrevista es la conferencia inicial sobre psicoterapia, o un tratamiento continuado en potencia que el entrevistador se avoca al diagnóstico y al establecimiento de un conocimiento profesional, la primera consulta es una conclusión.

El tipo siguiente de entrevista es realizada con el propósito de diagnosticar una dificultad del vivir, el psiquiatra producirá el beneficio en lo que concierne a la situación dada, pero eso no elimina la necesidad de ayudar también a la persona que acude a la entrevista si el entrevistador ha de obtener los datos que necesita; esto no prohíbe que se haga algo en favor de esa persona

para ayudarla a vivir de otra manera, comienza a ser claro en otras partes que una proporción importante de aparente dificultad, en lo que respecta a la productividad de la gente, está relacionada con oscuros problemas que no tienen nada que ver con el trabajo de la persona, que se originan, en el hogar, en la comunidad, la congregación religiosa y que puede resultar de mucha utilidad tener a mano una persona que no se muestre demasiado liberal con sus consejos y bastante hábil en su misión de descubrir qué es lo que le preocupa a la persona.

Las anotaciones durante la entrevista

El entrevistador psiquiátrico realiza según se supone, tres cosas: estudia lo que quiere poder decir el paciente con lo que expresa; estudia la mejor manera en que él mismo puede exponer lo que desea comunicar al paciente, y al mismo tiempo, observa el tipo general de los hechos que se le comunican o que se están discutiendo.

Además de eso, tomar notas que tenga un valor más que evocativo, o llegue siquiera aproximadamente a construir una constancia versátil (palabra por palabra) de cuanto se ha dicho en la entrevista, está muy por encima de la capacidad de la mayor parte de los seres humanos. Sin embargo hay ocasiones cuando se obtienen estos datos sociales generales de una persona que parece que debería tomar algunas notas.

Los datos de la entrevista pueden proceder no tanto de la respuesta a preguntas, sino de la oportunidad y esfuerzo de lo que se ha dicho, las ocasiones en que el entrevistado se desvió del tema, tal vez ofreciendo voluntariamente hechos muy importantes que no le han sido solicitados.

Y así mientras el entrevistador se va mostrando más hábil se da cuenta, con eficiente claridad, que lo que debe de hacer es observar el curso de los hechos y la forma en que los mismos dan origen a un campo amplísimo, de datos de la otra persona con la cual está trabajando hasta que posea la información que puede obtenerse de esta base de observación disipando pregunta tras pregunta y dejar constancia de las respuestas en una planilla. El entrevistador se da cuenta claramente del tipo de datos significativos que pueden esperar razonablemente en distintas fases

de la entrevista; toma medidas para asegurarse de esos datos; toma nota con el mayor cuidado de toda ocasión en la cual el material que puede esperarse no ha aparecido.

Es prudente que el entrevistador inculque un bosquejo de las maneras en que puedan darse esos pasos.

Las primeras etapas de la entrevista

El comienzo formal: el encuentro físico entre el psiquiatra y el entrevistado. Es posible que él entrevistado sea un perfecto extraño, al cual se ha visto por primera vez unos momentos antes sentado en la sala de espera del consultorio, un viejo amigo que se convierte de manera desconcertante en un cliente que acude en busca de consejos de un experto, desde el momento en que el entrevistador y el entrevistado se ven uno al otro por primera vez en la entrevista psiquiátrica.

Es de suma importancia realizar la entrevista sobre la base de los datos que se reciben durante la misma. Muchas personas que no llegan a superar jamás la inhibiciones que se imponen a sí mismas antes de ir a la entrevista psiquiátrica, se preguntan, a las dos o tres horas de haberse retirado del consultorio, si no han obrado tontamente al no revelar los datos que escondieron. Resulta de notable utilidad al terapeuta ordenar lo que son sus clasificaciones particulares de extraños, y qué efectos surgen de esas impresiones.

El psiquiatra debe estar alerta para aprender, hasta donde le sea posible, la impresión inmediata que ha creado de sí en un extraño eso es algo que él no puede saber. Cuando mucho, puede tener una suposición útil de probabilidad basadas en la experiencia con otros clientes, la información que ha recogido en la observación inicial sobre el comportamiento mostrado por ese cliente particular. Todo lo que se refiere a la entrevista psiquiátrica debe estar enfocado vivamente en resultados completamente entendidos, datos que caen con relativa facilidad en hipótesis alternativas en cuanto a su probable significado y puedan ser indagados, el entrevistador debe estar alerta a todo cuanto se ha dicho y hecho en el comienzo formal de toda entrevista par que le

sea posible aprender a ir haciendo cada día mejor por medio del encuentro correcto de todo lo pasado.

2.3.3 Los test

Es una técnica derivada de la entrevista y tiene como objeto lograr información sobre rasgos definidos de la personalidad, la conducta o determinados comportamientos y características individuales o colectivas de la persona (inteligencia, interés, actitudes, aptitudes, rendimiento, memoria, manipulación, etc.).

A través de preguntas, actividades, manipulaciones, etc., que son observadas y evaluadas por el investigador. Se han creado y desarrollado millones de tesis que se ajustan a la necesidad u objetivos del investigador. Son muy utilizados en Psicología (es especialmente la Psicología Experimental) en Ciencias Sociales, en educación; actualmente gozan de popularidad por su aplicación en ramas novedosas de las Ciencias Sociales, como las "Relaciones Humanas" y la Psicología de consumo cotidiano que utiliza revistas y periódicos para aplicarlos. Los tests constituyen un recurso propio de la evaluación científica.

Características de un buen test

No existe el test perfecto; no ha sido creado todavía y probablemente no lo sea nunca.

Debe ser válido, o sea investigar aquello que pretende y no otra cosa. "si se trata de un test destinado a investigar el coeficiente intelectual de un grupo de personas". Debe ser confiable, es decir ofrecer consistencia en sus resultados; éstos deben ser los mismos siempre que se los apliquen en idénticas condiciones quien quiera que lo haga.

El índice de confiabilidad es lo que dan mayor o menor confianza al investigador acerca del uso de un determinado test. Existen tablas aceptadas universalmente sobre esos índices y ella hacen conocer que ningún test alcanza in índice de confiabilidad del 100%. Debe ser objetivo, evitando todo riesgo de interpretación subjetiva del investigador. La Objetividad es requisito indispensable para la confiabilidad. Debe ser sencillo y claro escrito en lenguaje de fácil comprensión para los

investigadores. Debe ser económico, tanto en tiempo como en dinero y esfuerzo. Debe ser interesante, para motivar el interés de los investigadores.

2.3.4 Manuales de diagnóstico

A.1 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)

El DSM-IV-TR (*Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, IV Edition, Text Revision, de acuerdo a sus siglas en inglés*), es el manual utilizado por los profesionales de la salud mental, y se utiliza con la finalidad de facilitar y estandarizar el diagnóstico de los desórdenes mentales. Es un texto descriptivo y teórico (dirigido específicamente al conocimiento), no causal.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), son apoyados por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos; contiene una clasificación de los trastornos mentales, proporcionando descripciones claras de las categorías diagnósticas.

Esto se hace con la finalidad de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales bajo la unificación de un mismo criterio.

El uso racional del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) permite hacer más confiables los diagnósticos, convirtiéndose en una útil y acertada guía para la práctica clínica. Este manual no tiene la finalidad de explicar las diversas patologías, así como tampoco proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

De igual forma, no se adscribe a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría. Para su adecuada interpretación es necesario recurrir al juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

A.2 Los cinco ejes sobre los cuales se apoya el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), son los siguientes:

Eje I: Trastornos Clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobias específicas, etc.). Se exceptúan los trastornos de la personalidad y el retraso mental, los cuales conforman el siguiente eje.

Eje II: Trastornos de la Personalidad y Retraso Mental: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base, (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad límite, retraso mental moderado, etc.). También se utiliza para hacer constar los mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad. Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, lo cual es relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase “diagnóstico principal” o “motivo de consulta”, tras el diagnóstico del Eje II.

Eje III: Enfermedades Médicas: Este Eje incluye enfermedades médicas actuales, que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) distingue enfermedades médicas con la finalidad de llevar al profesional a un estudio minucioso de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionistas de la salud mental.

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

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

Entre las situaciones que deben tomarse en cuenta en este apartado, se mencionan las siguientes:

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

Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), en base al criterio clínico del profesional que evalúa. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución del caso.

Para desarrollar este eje, existe la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la cual está dividida en diez niveles de actividad. La valoración mediante la escala EEAG implica la selección de un único valor que refleje del mejor modo posible, el nivel global de la actividad del individuo.

Cada nivel (de diez puntos cada uno) presenta dos componentes:

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

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

B. Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10ª Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

La terminología psiquiátrica moderna e internacional representada por la CIE-10, b) la adaptación a un lenguaje técnico, es decir, preciso, y a la tradición psiquiátrica española y c) el superar en lo posible anglicismos y barbarismos tan frecuentes hoy día, sobre todo, cuando éstos no añaden nada nuevo a la precisión terminológica.

En castellano, como en otras lenguas latinas, la palabra delirio incluye el delirio confusional y el delirio esquizofrénico. La necesidad de distinguir delirium de delusion (o *Delir* y *Wahn* en Alemán) ha obligado a utilizar delirium por un lado e ideas delirantes por otro.).

La decisión adoptada ha permitido no utilizar nunca la palabra delirio, y conserva la palabra delirante para idea delirante. Parecido problema plantea la palabra afectivo y trastornos afectivos tal y como se utilizan en el DSM-III. El DSM-III-r y la CIE-10 han adoptado la expresión *Mood (affective) disorders*. *Mood*, humor, es una palabra mucho más adecuada que afectivo y permite concebir estos trastornos de un modo menos restrictivo. Por eso, *Bipolar affective disorders* se ha traducido como Trastorno bipolar (y no como Trastorno afectivo bipolar) y la palabra afectivo aparece siempre entre paréntesis.

La Ansiedad y angustia se utilizan como sinónimos en la CIE-10 (corresponden al inglés *anxiety*). En la mayoría de los casos figura ansiedad, ya que se utiliza con mas frecuencia en

medicina en general. Angustia parece significar una mayor gravedad psiquiátrica, fuera del alcance de la experiencia y posibilidades de intervención del médico general y de especialistas no psiquiatras. Resulta sorprendente el éxito de la palabra pánico en castellano.

Los enfermos con crisis de este tipo, cuando se esfuerzan en describirlas, sienten un súbito alivio a sus desvelos cuando se les pregunta: "¿Es pánico eso que Vd. siente?". "Efectivamente, eso es", es la respuesta inmediata.

La palabra describe muy bien la angustia en la soledad de un espacio poblado, que es el sentido griego original. No sucede esto en francés o alemán, donde el vocablo está impregnado por la experiencia de los pánicos colectivos de las dos guerras mundiales.

La CIE-10 en conjunto ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad.

La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes. Por el contrario, en ocasiones, puede ser necesario condensar las categorías para conseguir unos grupos suficientemente amplios como para, por ejemplo, la aplicación en atención primaria o en la práctica general.

La "familia" de clasificaciones de información no contenida en la CIE-10 pero con importantes aplicaciones médicas o sanitarias incluye la clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, la Clasificación de Procedimientos en Medicina y la Clasificación de los Motivos de Contacto de Enfermos con Personal Sanitario.

Neurosis y psicosis

La distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantenía en la CIE-9 (aunque deliberadamente sin intentar definir ambos conceptos) no se mantiene en la CIE-10. Sin embargo, el término "neurótico" persiste para un uso ocasional, por ejemplo, en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos: F40-49 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). La mayoría de los trastornos considerados como neurosis por

quiénes utilizan este concepto están en dicha sección y en las siguientes, con excepción de las neurosis depresivas. Para facilitar el uso de la clasificación, los trastornos se agrupan según el tema principal común o la semejanza diagnóstica, más que siguiendo la dicotomía neurótico-psicótica.

Por ejemplo, ciclotimia (F34.0) figura en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)], en lugar de en la sección F60-69 [Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto] y todos los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas están agrupados en F10-19, con independencia de su gravedad. "Psicótico" se ha mantenido como término descriptivo, en particular en F23 [Trastornos psicóticos agudos y transitorios], sin que recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad.

El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas.

Problemas terminológicos

Trastorno

El término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo.

Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Psicógeno y psicósomático

El término "psicógeno" no ha sido utilizado en los títulos de las categorías, debido a que tiene distintos significados en las diferentes lenguas y diferentes escuelas psiquiátricas.

Cuando aparece en el texto, el término debe ser interpretado en el sentido de que el clínico considera que acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno.

Por los mismos motivos, el término "psicósomático" no se usa en la CIE-10. Además este término puede implicar que los factores psicológicos no jueguen un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicósomáticas.

Los trastornos así denominados en otras clasificaciones aparecen en los apartados F45 (trastornos somatomorfos), F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F52 (disfunción sexual de origen no orgánico) y F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar). Es especialmente importante reparar en la categoría F54, que corresponde a la categoría 316 en la CIE-9, la cual debe utilizarse para señalar la asociación de trastornos orgánicos (codificados en otros apartados dentro de la CIE) con una etiología emocional.

Por ejemplo, el asma o el eczema psicógenos deben codificarse de acuerdo con la categoría F54 del capítulo V (F) junto con el código adecuado para la enfermedad orgánica, tomado de otros capítulos de la CIE.

Deficiencias, discapacidades, minusvalías y otros términos relacionados

Los términos "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" se han empleado de acuerdo con las recomendaciones del sistema adoptado por la OMS. En algunas ocasiones el término se ha usado en un sentido amplio cuando se podía justificar por la tradición clínica.

C. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico GLADP

Surge como respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina. Existe, por ejemplo, diferencias importantes en la fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos. Por otro lado, se necesita atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas.

Esto debería, adicionalmente, incrementar el uso del diagnóstico parametrado entre los psiquiatras latinoamericanos y mejorar la calidad de la atención psiquiátrica.

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

Finalmente, desde el punto de vista sociopolítico, la GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo consumidora de conocimientos generados en otras latitudes, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional. Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la creatividad científica.

Uso de la guía

Esta Guía se propone como un instrumento de orientación del proceso diagnóstico y no como sustituto del conocimiento del clínico. En psiquiatría, como en otros campos de la medicina, el

diagnóstico es formulado por un clínico con los conocimientos y la experiencia que esta tarea requiere y no por la mera utilización de manuales de diagnóstico.

La GLADP (Guía Latinoamericana de Diagnóstico psiquiátrico), puede ayudar a los profesionales de la salud mental en su labor diagnóstica, pero no puede convertirse en una camisa de fuerza que los obligue a diagnosticar de una manera que ignore su mejor juicio clínico. Se recomienda a los usuarios de este manual llegar al diagnóstico de la condición clínica de la persona que se presenta para atención en salud por una evaluación global e integral del paciente que incluya, por supuesto, los elementos de juicio contenidos en las normas diagnósticas.}

El clínico debe comprobar si su diagnóstico satisface o no los requerimientos de las pautas de la GLADP (Guía Latinoamericana de Diagnóstico psiquiátrico). La GLADP (Guía Latinoamericana de Diagnóstico psiquiátrico), reconoce el derecho del clínico a sostener su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto sea excepcional y se reserve para especialistas de experiencia.

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

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

2.4 Psicoterapia

Es todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios modificaciones del comportamiento, la adaptación al entorno la salud psíquica y física, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psicosocial de las personas tales como pareja o familia. Se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. Se lleva de acuerdo a una metodología sistematizada

Es un proceso comunicativo transformacional bi -direccional y sistematizado, entre dos o más personas, que usa el mensaje y sus códigos, como medio para generar cambios en situaciones adaptativas, en el individuo al cual se dirige, en dónde el mensaje se encuentra influenciado por las circunstancias ambientales y psicofísicas de los protagonistas.

Es la que sigue: tratamiento de naturaleza psicológica, que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. Se lleva de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, con la finalidad de eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Es un proceso de aprendizaje y reaprendizaje sobre aspectos intelectuales, sexuales, físicos y emocionales. Mediante el análisis, la reflexión y los "rituales o tareas" se pretenden una recuperación del significado y el goce de vivir. Sin embargo, a las personas le da miedo cambiar y se aferran a situaciones pasadas o a "máscaras" de su personalidad que en algún momento les funcionaron pero que ahora resultan acartonadas, todo eso produce un profundo sufrimiento.

Requiere psicoterapia todo aquel que se encuentre en un conflicto y que considere que es tiempo de hacer un alto en el camino y aprender de la situación a fin de no repetir la historia, (al no hacer más de lo mismo) o bien hay personas que requieren terapia a fin de tomar una decisión trascendental, de manera que necesitan analizar muy bien la elección. En este sentido la psicoterapia es una ayuda que cualquier persona puede tomar en cualquier momento de su vida

sin que implique una cuestión de "debilidad" o de "incapacidad". El mayor error es no reconocer los errores.

2.4.1.1 Modelos de psicoterapia

Terapia conductual

Durante el siglo XIX, el enfoque tradicional del modelo médico concebía la conducta desadaptada, como el epifenómeno de una enfermedad subyacente, cuya etiología era exclusivamente de naturaleza orgánica.

A fines del último siglo, surge el psicoanálisis con S. Freud, basado en el modelo intrapsíquico, en el que se pone de manifiesto una nueva concepción del problema, concibiendo a la conducta como la expresión integrada, indivisible y holística de la personalidad, producto de la interacción del mundo interno y la realidad externa, en la que la libido constituye la energía psíquica o el mecanismo hidráulico del comportamiento que es de naturaleza inconsciente. Según esta nueva perspectiva, la conducta desadaptada no es más que la evidencia sintomática de procesos psíquicos subyacentes perturbados.

En la década del cuarenta y cincuenta, como consecuencia del desarrollo de las teorías psicológicas del aprendizaje y la constatación de los resultados efímeros de la terapia psicoanalítica, se producen cuestionamientos a los modelos existentes, dando lugar al surgimiento del modelo conductual, asumiendo el rol protagónico como una nueva forma de terapias de la conducta desadaptada.

Los estudios sobre el reflejo condicionado y la teoría del condicionamiento clásico, realizado por el fisiólogo ruso Iván P. Pavlov (1904), son considerados como las bases sobre las que se han configurado las teorías del aprendizaje, nutriendo directamente el modelo conductual. Watson (1914) por su parte, asume una postura radical, dejando de lado la psicología tradicional y el método introspectivo, planteando como alternativa los métodos objetivos y experimentales basados en las leyes del aprendizaje.

Así, el conductismo más que una teoría es una nueva postura en el campo de la ciencia y la investigación. Se considera que sólo a través de él podrá conseguirse que la psicología sea una rama de las ciencias naturales, pura y objetiva, desligándolo definitivamente de los contenidos filosóficos y del método introspectivo.

Esta postura considera que la conducta humana es aprendida bajo la asociación estímulo-reacción y los supuestos refuerzos, dando lugar a la formulación de teorías donde se destaca la importancia del aprendizaje.

Según este enfoque, la conducta es concebida de manera dimensional, señalando que la conducta normal y anormal no son cualitativamente diferentes, sino distintas gradaciones a lo largo de un continuo (Eysenck, 1956). Según esto, la terapia va dirigida a la conducta anormal (desadaptativa) manifiesta y observable, así como a las encubiertas (emociones y verbalizaciones implícitas) que están causando malestar o desadaptación. En tal sentido, las terapias de la conducta son definidas como técnicas que, basadas en las teorías del aprendizaje, se aplican al tratamiento de conductas inadaptadas, a fin de modificarlas o extinguirlas. Eysenck (1987) las define como el intento de alterar la emoción y el comportamiento humano de una manera beneficiosa de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje. Estas terapias en su conjunto comprenden, según Kazdin (1978),

- a) un área de contenidos sustentados en teorías y hallazgos procedentes del aprendizaje
- b) un objetivo terapéutico en tanto trata de modificar la conducta.
- c) un específico enfoque metodológico de tratamiento que pretende fomentar conductas socialmente deseables.

Estas técnicas fueron introducidas y empleadas de manera independiente por tres investigadores: B. F. Skinner (Harvard), con su libro: *Science and Human Behavior* (1963), en el que sustenta que gran parte de la conducta humana se puede comprender en términos de los principios del condicionamiento operante; Wolpe (Johannesburgo), con su libro: *Psychoterapy by Reciprocal Inhibition* (1958), en el que define la neurosis humana basado en principios del aprendizaje

pavloviano y hulliano, delineando a partir de ellos las técnicas específicas de terapia como la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo y contribuyendo a la validación de la técnica de inhibición recíproca. El otro personaje de la tríada es H. J. Eysenck (Londres), que con su libro *Behavior Therapy and the Neurosis* (1960) y otras producciones posteriores contribuyó de manera importante al desarrollo de esta técnica. En 1963, Eysenck fundó la primera revista especializada de «Terapia de la conducta», difundándose rápidamente las experiencias en el uso de las técnicas conductuales, en las que se combinan el rigor científico con los intereses terapéuticos en el campo aplicativo.

De esta forma, muchos avances significativos, algunos de ellos muy recientes, se han producido en este tipo de terapia desde fines de la década del cincuenta.

2.4.1.1.1 Postulados básicos de las terapias conductuales

Muchos autores como Eysenck (1959), Rimm y Master (1974,1984), Millon y Millon (1974), Yates (1974), Kazdin (1982) y otros, han planteado los principios básicos que deben regir las terapias conductuales, los mismos que difieren según la perspectiva teórica que asumen (condicionamiento clásico frente al operante), dependiendo de las respuestas (motoras frente a las fisiológicas) o según la técnicas utilizadas. Sin embargo, todos coinciden en los siguientes puntos:

- a. Existe continuidad entre la conducta normal y anormal, lo que supone que las leyes básicas del aprendizaje pueden aplicarse a todos los tipos de conducta.
- b. La conducta desadaptada es adquirida a través del aprendizaje como cualquier otra conducta. Por tanto, si se aprenden también se desaprenden.
- c. Los síntomas, que son las conductas alteradas, son el objetivo a tratar.
- d. La terapia de la conducta tiende a concentrarse en la conducta desadaptada en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente.
- e. Toda técnica clasificada bajo el rótulo "terapias de la conducta" debe estar formulada bajo fundamentos de la psicología experimental. Como tal sus procedimientos se han sometido a verificación, siendo estos relativamente efectivos.

Este conjunto de supuestos generales sustentan que cualquier terapia de la conducta debe centrarse en el aquí y ahora de la conducta manifiesta (actual) y no en aspectos históricos (biográficos). El objetivo terapéutico fundamental es el cambio de la conducta desadaptada específica, para lo cual es importante fundamental determinar el tratamiento en términos objetivos y planificados, atendiendo a las necesidades de cada paciente.

De esta forma queda patente que las conductas desadaptativas observables del paciente, que son susceptibles de ser reproducidas y confrontadas, constituyen los objetivos de la terapia de la conducta y no las vivencias psíquicas de carácter subjetivo. El proceso terapéutico se inicia con la evaluación conductual, la cual permite al terapeuta obtener del paciente la información necesaria para decidir el cambio en la conducta, así como para predecir y controlar los cambios a lo largo de la terapia. Esta evaluación facilita la descripción objetiva, explícita y cuantitativa de las respuestas desadaptativas que conforman el trastorno del paciente, así como las circunstancias en que éste aparece, proporcionando los datos suficientes para escoger y diseñar un programa de tratamiento conductual individual. Las fases que conlleva este proceso parten de la definición de las conductas-problema y culmina con la evaluación de los resultados, durante, al final y después de haber aplicado la terapia.

2.4.1.1.2 Tipos de terapias de la conducta

Existen muchas técnicas de terapia conductual que pueden clasificarse de acuerdo con el modelo de condicionamiento clásico y el operante. Esta separación es más didáctica que real, dado que las diversas técnicas en su aplicación comparten ambos principios, con predominancia de uno u otro, no existiendo un modelo integral que conjugue desde un punto de vista teórico ambos condicionamientos, lo cual obviamente dificulta la evaluación y tratamiento integral del paciente.

A continuación se presenta una clasificación de estas terapias, de las que se destacarán las más conocidas y utilizadas, al margen de los principios específicos que las sustentan, dando una visión general y aproximada sobre la forma de aplicación que asumen frente a la conducta desadaptada.

2.4.1.1.3 Desensibilización sistemática

Watson (1924) y otros han demostrado cómo el miedo podía aprenderse por condicionamiento y desaprenderse por el mismo mecanismo. Concibió la ansiedad como una respuesta emocional compleja y susceptible de ser condicionada, con arreglo a las leyes del aprendizaje.

J. Wolpe (1958), basado en el principio de inhibición recíproca descrito por Sherrington (1906), señala que si se hace coincidir una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de estímulos ansiógenos, de forma tal que se acompaña de una supresión completa o parcial de la respuesta de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilita. En otros términos, si al paciente se le enseña a experimentar relajación en lugar de ansiedad mientras imagina tales escenas la situación de la vida real que la escena representa causará menos incomodidad.

Esto implica que la ansiedad puede ser inhibida siempre que entre en competencia con otros mecanismos antagónicos, sea la relajación muscular, la excitación sexual, la autoafirmación, etc. El inhibidor más utilizado por largo tiempo ha sido la relajación muscular de Jacobson (1938), describiendo sobre esta base la desensibilización sistemática. La aplicación de esta técnica tiene mayor eficacia en el tratamiento de las ansiedades fóbicas, aunque también sus efectos son positivos en el tratamiento de conductas obsesivas, en personas con tartamudez y conductas sexuales anómalas (técnicas de Master y Johnson) y otros.

El procedimiento de desensibilización sistemática contempla tres fases:

- a. Entrenamiento en técnicas de relajación (con o sin ayuda de hipnosis o droga).
- b. Establecimiento de jerarquías de situaciones u objetos que provocan ansiedad en el sujeto.
- c. Desensibilización propiamente dicha. De forma imaginaria o in vivo, presentando los elementos ansiógenos (objetos o situaciones) según la jerarquía establecida a la vez que se practica la relajación.

2.4.1.4 Entrenamiento asertivo

Según Rimm y Masters (1984), la conducta asertiva es aquella conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de sentimientos. En otros términos, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar conductas socialmente apropiadas. De esta forma la técnica afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y tiende a producir o mantener auto-refuerzos. Así la técnica se utiliza para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto o el elogio y conductas interpersonales correctas en todos los niveles, logrando recompensas sociales (así como materiales) significativas y una mayor satisfacción en la vida. En el entrenamiento asertivo se emplean técnicas muy variadas como: ensayo de conducta, imitación, *feedback*, procedimientos encubiertos y mecanismos de inhibición recíproca.

Cuando se utiliza esta última, la relajación muscular (señalada en la desensibilización sistemática) es sustituida por una conducta asertiva como inhibidora de la angustia, ya que al ser ambas respuestas incompatibles, se consigue que el paciente incremente su capacidad para adoptar conductas de autoafirmación social.

2.4.1.1.5 Técnicas de extinción

La exposición directa del paciente a estímulos ansiógenos de gran intensidad es lo que define y diferencia a estas técnicas de la desensibilización sistemática. El principio básico es la extinción, según el cual los estímulos condicionados al miedo pierden su calidad aversiva de manera gradual cuando se expone el paciente en forma repetida a ellos. En este sentido, es algo equivalente a la extinción bajo el condicionamiento clásico.

Son dos los requisitos necesarios para desarrollar esta técnica:

1. Que el sujeto esté expuesto durante el tiempo necesario a estímulos ansiógenos.
2. Impedir por todos los medios que el sujeto esboce cualquier tipo de conducta evitativa.

En este tipo de tratamiento encontramos las técnicas de inundación (*Flooding*) y las de implosión (*Stampfl y Levis, 1967*), cuya única diferencia se basa en que la implosión combina en el proceso de extinción escenas o situaciones de contenido inconsciente, sobre la base de un mecanismo mixto (consciente/inconsciente) que provoca el condicionamiento.

La extinción, debido al alto grado de ansiedad que alcanza el paciente, es la técnica de elección cuando han fallado otras técnicas, estando contraindicada en pacientes con problemas cardíacos.

2.4.1.6 Técnicas que emplean condicionamiento operante

Son muchas y diversas las técnicas específicas que utilizan el concepto de refuerzo en el desarrollo o disminución de la conducta alterada o desadaptada, diferenciándose únicamente en el tipo de refuerzo utilizado o en el manejo de contingencia; es decir, en la relación temporal que se establece entre la conducta y la aplicación del refuerzo. Entre estas técnicas tenemos: economía de fichas, contrato de contingencias, reforzamiento social, encadenamiento, tiempo fuera de respuesta positiva, etc. De estos, por su importancia clínica, describiremos dos de ellas, sin que esto signifique menosprecio de las otras técnicas.

a. Economía de fichas

Esta técnica fue descrita por (*Ayllon y Azrin en 1968*), siendo aplicado a pacientes psiquiátricos hospitalizados, concibiéndolo como una estrategia terapéutica innovadora de gran alcance clínico. Su objetivo es la eliminación de conductas desadaptativas y la adquisición de conductas alternativas o socialmente deseables. Utilización de fichas como sistemas de refuerzos, estas se entregan una vez que aparece la conducta adaptativa deseada (alimentación, higiene, limpieza,). Cuando aparece una conducta desadaptativa (apatía, falta de motivación, dependencia,). Las fichas no son entregadas, e incluso pueden ser retiradas. La ficha (objeto, bono) pueden ser canjeadas por cosas materiales o actividades de interés particular, actuando a su vez como refuerzo para el individuo.

De esta forma se programan conductas en ámbitos institucionales (hospitales, prisiones, centros de educación de niños especiales,) con la finalidad de estimular la manifestación de aquellas que son deseables socialmente.

b. Contrato de contingencia

Esta técnica parte de un contrato o acuerdo negociado entre el terapeuta y el paciente, por el que éste se compromete a obtener recompensas cuando realice conductas apropiadas, y castigo cuando las conductas que manifiesta no sean adecuadas o pactadas. Previa evaluación de lo que se espera y la identificación de la recompensa y castigo, se establecen las contingencias (cuándo recompensar, cuándo castigar) para la conducta objetivo, entrando por último en la fase propia del tratamiento en la que se han de cumplir los propósitos acordados o pactados. La utilización más difundida es en los problemas escolares, de pareja, de familia y de conducta alimentaria, como en los casos de la anorexia y la bulimia, controlando los cambios de la conducta desadaptada o indeseable.

2.4.1.2 Modelos Psicoanalíticos

Un modelo une varios componentes de tal manera que da lugar a todo un final que representa el algo. Los modelos de conducta del consumidor muestran la estructura de la conducta de cualquiera de los consumidores. Por lo general, la conducta que ha sido modelada es el proceso de toma de decisión. Un modelo nos dice algo acerca de las propiedades o actividades del fenómeno de conducta del consumidor; es un esquema, lo que se ha creído que ocurre cuando los consumidores toman la decisión acerca de las compras. Existen muchas clases de modelos usados en la conducta del consumidor.

Los modelos que se mencionan son aquellos llamados exhaustivos o en otras palabras aquellos que tratan de descubrirla en su totalidad. Estos modelos tratan de incluir o comprender todos los elementos que son relevantes en la conducta de la gente que consume. Los modelos que se estudian a continuación están relacionados con el elemento que influye en el proceso de decisión del consumidor y con la manera de operar de estas influencias.

Según esta teoría, en cada persona existen una energía psíquica distribuida en las facetas de la personalidad; la energía se proyecta hacia la satisfacción inmediata de las necesidades del individuo. En este modelo, la estructura de la personalidad consta de tres partes: *id*, *ego* y *superego*. El *id* consiste en las tendencias instintivas con las que nace el gobierno, según Freud proporcionan la energía psíquica necesaria para el funcionamiento de las dos partes de la personalidad que se desarrollan después: el *ego* y *superego*. El *id* se refiere únicamente a la satisfacción de las necesidades biológicas básicas y de evitación del dolor.

El papel primario del *ego* es mediar entre los requerimientos del organismo (las demandas del *id*) y las condiciones del medio ambiente. El *ego* funciona mediante el principio de la realidad para satisfacer las tendencias instintivas de la manera más eficaz.

La última parte de la personalidad que se desarrolla es el *superego*, en la cual está contenido valores de la sociedad en la que se desarrolla en niño. Estos valores surgen de la identificación con los padres. El niño incorpora a su personalidad todas las maneras socialmente aceptables de conducirse que le señalan sus padres. Las funciones principales del *superego* son inhibir y persuadir el *ego* a sustituir por objetivos morales las tendencias instintivas y a luchar por alcanzar la perfección; estos conflictos son la fuente de los problemas del desarrollo psicológico.

Freud sostiene que cada individuo atraviesa por varias etapas durante sus primeros años de vida y que estos son decisivos en la formación de la personalidad adulta. Las etapas son: oral, anal, fálica y genital. Durante la etapa oral del desarrollo (del nacimiento a los 18 meses) la fuente principal de satisfacción es la boca. La siguiente etapa es el periodo anal; esta se desarrolla de los 18 meses a los tres años y medio; aquí empieza a desarrollar tensiones anales por medio de la eliminación. La tercera etapa del desarrollo es la fálica y comprende a los tres y medio a los cuatro y medio. En ella el individuo empieza asociar la satisfacción sexual con el área genital.

El individuo posee mecanismos de defensa como la represión, que le ayudan a eliminar la ansiedad causada por deseos o sentimientos inaceptables; se motiva a la persona a olvidarlos y

reprimirlos relegándolos a la inconsciencia. De esta breve descripción de la teoría de la personalidad de Freud se desprende que existen muchos puntos a considerar para entender el comportamiento del consumidor; La contribución más importante de esta teoría es la idea de que las personas son motivadas por fuerzas tanto conscientes como inconscientes.

Obviamente las decisiones en la compra de productos están basadas, por lo menos hasta cierto grado en motivaciones inconscientes. El planteamiento de Freud sobre los problemas creados por las tres estructuras de la personalidad son puntos que deben considerarse en la mercadotecnia. Debido a que representan diferentes necesidades y funciones dentro de la personalidad hay ocasiones en la que la compra de un producto genera conflictos estas estructuras. Se debe ayudar a suavizar el conflicto y aumentar la posibilidad de una venta. La comprensión de los diferentes mecanismos de defensa como la sublimación y formación reactiva sugiere formas en que el individuo puede afrontar la venta de diferentes productos.

2.4.1.3 Modelo Humanista

Principios comunes a las psicoterapias humanistas y existenciales: conciben la persona como un todo integrado, la conducta humana es intencional; importancia de la búsqueda de sentido y las motivaciones axiológicas (libertad, dignidad), el hombre es autónomo y vive en un contexto interpersonal, él hombre tiende a la autorrealización, el modo como una persona vive su experiencia interior es fundamental para comprenderle.

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 si 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 psicodinámico.
4. Solo se puede comprender a una persona cuando se ponen 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 se entiende 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.

2.4.1.3.1 Planteamientos fundamentales

Dentro de esta corriente los enfoques teóricos y terapéuticos son tan diversos que no es posible plantear un modelo teórico único.

Lo que sí se puede extrapolar de estas diversas teorías y enfoques es una serie de principios y énfasis (*Kalawski*, citado por *Bagladi*):

1. Énfasis en lo único y personal de la naturaleza humana: el ser humano es considerado único e irrepetible. Se tiene la tarea de desarrollar como único y especial, sus ámbitos como el juego y la creatividad son considerados fundamentales.
2. Confianza en la naturaleza y búsqueda de lo natural: el ser humano es de naturaleza intrínsecamente buena y con tendencia innata a la autorrealización. La naturaleza, de la que este ser humano forma parte, expresa una sabiduría mayor. Por lo tanto, como seres

humanos debemos confiar en la forma en que las cosas ocurren, evitando controlarnos o controlar el entorno.

3. Concepto de conciencia ampliado: la conciencia que se tiene de la misma persona y la forma en que se identifican con el yo o ego, es uno de los varios estados y niveles de conciencia a los que se puede llegar, pero no es el único.
4. Trascendencia del *ego* y direccionamiento hacia la totalidad que son: la tendencia en el curso de la autorrealización es ir alcanzando cada vez los niveles de conciencia más evolucionados, que se caracterizan por ser cada vez más integradores (de partes de la misma persona y de la relación con el resto, y con la totalidad).
5. Superación de la escisión mente/cuerpo: la psicología humanista parte desde un reconocimiento del cuerpo como una fuente válida de mensajes acerca de lo que es, hace y siente, así como medio de expresión de las intenciones y pensamientos. funcionando como un organismo total, en que mente y cuerpo son distinciones hechas con el fin de facilitar la comprensión teórica.

2.4.5 Formas de Psicoterapias

2.4.5.1 Psicoterapias psicoanalíticas

Es el primer sistema de psicoterapia estructurado en aparecer.

1. Freud comienza el psicoanálisis como un intento de comprender y tratar la neurosis.
 - a) Explicación de la neurosis: los síntomas patológicos son un sustitutivo de satisfacciones prohibidas de naturaleza libidinal; los motivos que provocan estos síntomas queda fuera de la consciencia del paciente y los síntomas perduran a lo largo del tiempo. Los impulsos anímicos enlazados a dichos motivos han sido reprimidos por fuerzas del yo del paciente.
 - b) Método terapéutico: el analista utiliza la asociación libre (el paciente comunica toda ocurrencia dejando de lado la reflexión consciente y objeciones o reparos de todo tipo). Estas ocurrencias están determinadas por el material inconsciente y son interpretadas por el analista tratando de reconstruir los elementos olvidados por el paciente.

- c) Rasgos de la técnica analítica:
 - a. La interpretación.
 - b. Actitud no crítica.
 - c. Evitación de cualquier tipo de consejo o de directividad.
- d) El psicoanálisis exige que los propios terapeutas se sometan a un análisis personal, el análisis didáctico, para que pueda estar mínimamente seguro de la objetividad de sus propios recursos psíquicos y controlar la contratransferencia y el uso terapéutico adecuado de la transferencia.
- e) Técnica analítica clásica:
 - i. Visita diaria o casi diaria.
 - ii. El paciente se tumba en un diván; el terapeuta tras él, sin contacto visual mutuo.
 - iii. Usa la regla analítica fundamental de la asociación libre.
 - iv. No da consejos ni prescribe medicamentos ni aconseja directamente sobre la forma de manejar la vida del paciente.
 - v. Se limita a interpretar los materiales ofrecidos por la libre asociación.

2. Alfred Adler

- a. Frente al enfoque causalista de Freud prefiere un enfoque teleológico, que destaca la relación de lo actual con los objetivos futuros.
- b. Defiende la fortaleza del yo individual, frente a su fragilidad que tenía en el sistema freudiano como consecuencia de la presión del ello.
- c. Propuso los conceptos de carácter de estilo de vida
- d. Objetivo de la terapia: ayudar al paciente en la comprensión de su estilo de vida y el apoyo para cambiar a otro.
- e. El terapeuta es más activo y prescriptivo y reduce la frecuencia de las sesiones y la duración del tratamiento.

3. Carl Jung

- a) La libido es un componente más junto con elementos culturales y cosmovisionales.

- b) Al inconsciente individual añade el inconsciente colectivo.
- c) Tratamiento jungiano: persigue el proceso de individuación, la autoposición del hombre.
- d) Origen de los síntomas patológicos: mal ajuste a un papel dado desde fuera.
- e) Colaboración activa del paciente.
- f) Se analizan los sueños y otras creaciones del paciente (escritos, dibujos).

4. Neofreudianos (Erik Fromm, Karen Horney, Harry Stack)

- a. En la génesis de la neurosis, reducen el papel de las experiencias infantiles y de la sexualidad, dando más importancia de los factores sociales y culturales.
- b. Se centran en el área de las relaciones interpersonales y en las experiencias actuales y los procesos del yo.
- c. En la terapia tienden a adoptar una posición más activa y directiva que los ortodoxos.

Otros psicoanalistas:

- a. Ferenczi y Rank proponen una reducción del tratamiento, una participación más activa y directiva del terapeuta y un énfasis en lo actual más que en el pasado.
- b. Sullivan recomendaba que al paciente se le hiciera realizar tareas entre las sesiones, como la de describir algún aspecto conflictivo de sus relaciones.

2.4.5.2 Psicoterapias conductistas

Dos factores que influyeron en la aparición de la terapia de conducta:

1. Insatisfacción con la teoría y la práctica psicoanalítica
2. Desarrollo de la psicología del aprendizaje.

Punto de partida de esta terapia: consideración de que la mayor parte de la conducta, incluida la inadaptada es aprendida, por lo que los principios de las teorías del aprendizaje son aplicables a los tratamientos.

Puntos comunes a las terapias de conducta:

1. Se centran básicamente en la conducta inadaptada y por la que el paciente acude a la consulta, sin entenderla como una señal de un proceso psicodinámico intrapsíquico.
2. La conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por los mismos principios por lo que la conducta desadaptativa puede sustituirse por otra que sea adaptativa.
3. Aplicar a la práctica clínica los datos de la psicología experimental, sirviendo ésta tanto para la evaluación de la conducta como para la evaluación del tratamiento.

Dos momentos principales en la terapia de la conducta:

1. Identificar la conducta objetivo.
2. Identificar las condiciones bajo las que sucede o no sucede la conducta.

Técnicas de modificación de la conducta:

- a. Desensibilización sistemática: desarrollada por Wolpe. Se basa en el principio de inhibición recíproca.

Procedimiento:

1. Establecer una jerarquía en las situaciones que provocan ansiedad al paciente.
2. Entrenarle en relajación.
3. Emparejar progresivamente elementos más ansiógenos de la jerarquía establecida con el estado de relajación.
4. Se supone que al emparejar dos respuestas antagónicas (ansiedad y relajación) se inhibirá la ansiedad.
 - a. Entrenamiento asertivo: se aplica principalmente en la ansiedad en situaciones interpersonales. Utiliza también la sugestión para aumentar la motivación del cliente. Consiste en ensayos de conducta planeados para aumentar la asertividad.
 - b. Inundación: Se aplica para eliminar las respuestas de evitación. Consiste en someter al paciente a estímulos ansiógenos de gran intensidad durante mucho tiempo. Se supone que dichos estímulos pierden en tal caso su capacidad para felicitar o provocar miedo.

5. Implosión: Variante de la inundación. Desarrollada por Stampfl. Utiliza también elementos simbólicos.
6. Condicionamiento encubierto: debida a J. Cautela. Se le pide al paciente que imagine a realización de una conducta específica y sus consecuencias.
7. Terapia aversiva: se emparejan estímulos aversivos (una descarga eléctrica, por ejemplo) con conductas que se quieren modificar.
8. Modelado: debida a Albert Bandura, basada en la idea de que el paciente incorporará conductas deseadas por medio de la observación de un modelo.
9. Biofeedback: proporciona al paciente información inmediata sobre algún proceso fisiológico suyo mediante el uso de distintos aparatos y sobre los cambios que se van sucediendo. Supone que de ese modo el paciente puede alcanzar algún grado de control sobre dichos cambios.

2.4.5.3 Psicoterapia humanística

Nacen como alternativa al psicoanálisis y a la terapia de conducta.

- Influencias: la tradición fenomenológico-existencial europea y del movimiento humanista norteamericano.

Principios comunes a las psicoterapias humanistas y existenciales:

1. Conciben la persona como un todo integrado.
2. La conducta humana es intencional; importancia de la búsqueda de sentido y las motivaciones axiológicas (libertad, dignidad).
3. El hombre es autónomo y vive en un contexto interpersonal.
4. El hombre tiende a la autorrealización.
5. El modo como una persona vive su experiencia interior es fundamental para comprenderle.

Enfoques más importantes:

1) Bigswanger: el análisis existencial

- a. Parte de concepto de Heidegger de ser-en-el-mundo (Dasein)
- b. Origen del trastorno: es una alteración del ser-en-el-mundo.
- c. Objetivo de la terapia: aumentar la conciencia del paciente respecto de su propia existencia.

2) Maslow: psicología del ser

- a) Enfatiza la tendencia al crecimiento.
- b) Objetivo de la terapia: la autorrealización.

3) Rogers: psicoterapia centrada en el cliente

- a. Es la más influyente.
- b. Parte de la confianza radical en el paciente y el rechazo al papel directivo del terapeuta.
- c. Elemento central de la terapia: la actitud del terapeuta.

Rasgos de esta actitud:

- o Principio general: actitud de escucha y de reflejo de lo que dice el cliente.

Rasgos de la actitud del terapeuta:

- Consideración positiva incondicional hacia el paciente
- Empatía
- Autenticidad o congruencia del terapeuta en sus manifestaciones hacia el paciente.

Aspectos que tiene en cuenta el desarrollo de la terapia:

- o Impulso al crecimiento.
- o Énfasis en lo afectivo más que en lo intelectual.

- Más importancia al presente que al pasado.
- La relación terapéutica es una experiencia de crecimiento personal.

4) Perls: psicoterapia gestáltica

- Enfatiza el aquí y ahora y los elementos emocionales.
- Trata de evitar las especulaciones e interpretaciones sin fin.
- Método terapéutico:
 - Utilizan numerosos ejercicios (por ejemplo la "silla vacía" a la que habla el paciente como si se comunicara con una persona relacionada con sus conflictos).
 - Los ejercicios son más emocionales y corporales que racionales.
 - Tienen como fin promover el "darse cuenta".
 - Da mucha importancia a la responsabilidad, incita al paciente a hacerse responsable de su conducta.

5) Frankl: logoterapia

- Concepto básico: la noción de pérdida de sentido o vacío existencial.
- Origen de muchas neurosis: la frustración existencial y la falta de sentido de la vida. Estas son las neurosis noógenas. Cada época tiene su neurosis característica, la que corresponde a nuestra época es la neurosis noógena.
- Objetivo de la terapia: dado que ni los instintos ni las tradiciones pueden indicar al hombre con claridad lo que debe ser, el terapeuta debe ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida.

6) Lowen: bioenergética

- Se basa en la obra de Wilhem Reich.
- Centra la terapia en aspectos corporales.
- Afirma la existencia de una energía vital: no tenemos un cuerpo, somos un cuerpo
- Método terapéutico: utiliza técnicas de contacto con el propio cuerpo: respiración, percepción del propio cuerpo, técnicas posturales, expresión vocal...

7) Berne: análisis transaccional

- Destaca los aspectos sociales y de interrelación.
- Desarrolla un lenguaje no técnico y asequible a la comprensión del paciente.
- Mantiene la consideración positiva del otro como perteneciente a la naturaleza humana.
- Objetivo de la terapia: ayudar a la persona a restaurar o potenciar la posición existencial original: "yo estoy bien, tú estás bien".

8) Moreno: el psicodrama

- Desplaza la atención del individuo al grupo.
- Origen de la patología: viene dada porque la persona ha asumido roles rígidos y limitantes.
- Método terapéutico: propone la representación de roles. La espontaneidad y la creatividad pueden ayudar a la persona a librarse de roles rígidos y crear nuevos roles.

2.4.5.4 Psicoterapia Sistemática

- Estrategia terapéutica principal: trasladar la acción terapéutica fuera del ámbito de lo individual y situarla en los patrones de interacción.
- Elemento conceptual básico: el concepto de sistema.

Influencias:

- a. La teoría de los sistemas de Ludwig von Bertalanffy
- b. Las teorías de la comunicación de la escuela de Palo Alto. Principios de la comunicación humana:
 - i. Es imposible no comunicar.
 - ii. En la comunicación hay que distinguir entre
 - Los aspectos de contenido (nivel digital).
 - Los aspectos relacionales (nivel analógico).

- i. Paradojas pragmáticas: los mensajes paradójicos producidos por la incongruencia que entre los dos niveles anteriores (declarar amor con mirada de desprecio, por ejemplo).
 - ii. La interacción entre las personas está definida por las puntuaciones que introducen los participantes.
 - iii. Puntuar: este concepto se refiere a la forma de ordenar los hechos para que formen una determinada secuencia; puntuamos al decidir cuál es la causa y cuál el efecto.
- c. Las psicoterapias sistémicas se centraron en su origen en la terapia de familia.
- d. La estrategia terapéuticas en la terapia de familia quiere descubrir:
- 1. Las transacciones que tienen lugar en el interior del sistema.
 - 2. La estructura interna del sistema.
 - 3. Los subsistemas originados en la dinámica familiar: filial, conyugal, etc.
 - 4. Las reglas del sistema y de los subsistemas (reconocidas, implícitas, secretas y metarreglas).

Estos modelos trabajan con el sistema como un todo y no sobre los miembros individuales de la familia. No aceptan la atribución de enfermo que la familia da a uno de sus miembros (al que este enfoque llama paciente designado).

Algunos modelos

- 1. Escuela de la comunicación de Satir: se centra en la mala comunicación y busca mejorarla mediante la creación de nuevos modelos.
- 2. Escuela estructural de Minuchin: se centra en la confusión de límites en la familia; busca la reestructuración familiar mediante la prescripción de pautas y la explicitación.
- 3. Escuela estratégica de Haley: se centra en el modo en que la familia es incapaz de resolver problemas; busca reformular estos problemas para que la familia descubra nuevas posibilidades de interrelación.

4. Escuela sistémica de Milán de Selvini-Palazzoli: se centra en el no deseo de cambios y en los juegos de poder; busca la creación de crisis que la familia interprete en términos positivos y las intervenciones paradójicas (no esperadas por la familia).

2.4.5.5 Psicoterapia cognitivas

Concepto básico: el de cognición, el modo en que las personas construyen los significados.

Cognición: todo lo relacionado con los significados (ideas, creencias, imágenes, atribuciones, expectativas).

Las que también incluyen estrategias de la terapia de conducta reciben el nombre de cognitivo-conductuales.

Tesis básicas de este enfoque

1. La actividad cognitiva afecta a la conducta
2. La actividad cognitiva puede ser controlada y modificada.
3. Es posible cambiar la conducta mediante el cambio cognitivo.

Características generales de las terapias cognitivas

- Utilizan métodos activos.
- El terapeuta adopta un papel directivo.
- Siguen pautas muy estructuradas.
- Tienden a ser de corta dirección.

Tipos de psicoterapias cognitivas

- Primera clasificación: tres orientaciones
 - Terapias orientadas a la reestructuración cognitiva.
 - Terapias orientadas a las habilidades de afrontamiento.

- Terapias orientadas a la resolución de problemas.
- Segunda clasificación
 - Terapias cognitivas racionalistas (Beck).
 - Terapias cognitivas constructivistas (Kelly).

Algunos modelos

1. Terapia de los constructos personales de Kelly

- Tesis principal: las personas organizan su mundo perceptual mediante las categorías descriptivas llamadas constructos personales.
- Los constructos personales les permiten predecir y controlar los eventos que les afectan.
- Objetivo de la terapia: modificar los constructos personales que se han mostrado ineficaces.

2. Terapia racional-emotiva de Ellis

- Origen del trastorno: procesos cognitivos disfuncionales que dan lugar a actitudes y sistemas de creencias irracionales, asociados a conclusiones falsas.
- Objetivo de la terapia: modificación de los procesos cognitivos disfuncionales. Crear en el paciente un conocimiento eficaz.
- Técnica terapéutica: actitud activa y directiva del terapeuta para establecer un diálogo con el paciente acerca de las ideas y creencias en las que se basa su comportamiento.
- Comprensión de las emociones: entre los hechos y la emoción se da una "autocharla": a persona se dice algo a sí misma, interpreta el suceso y dicha interpretación provoca la emoción.

Ellis propone el "modelo ABC" para explicar la aparición de las emociones:

A: Hechos y sucesos.

B: Autocharla.

C: Emociones.

3. Terapia cognitiva de Beck

- Origen del trastorno: nuestra mente produce los pensamientos automáticos: formas de pensar irreflexivas, no razonadas, casi reflejas, que se graban como si fueran válidas y plausibles. Muchos de estos pensamientos son poco adaptativos.
- Técnica terapéutica: ayudar al paciente a modificar sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales. Examinar los pensamientos automáticos del paciente para que analice de forma más correcta la realidad.

4. Enfoque cognitivo-conductual de Meichenbaum

- Se centró originalmente en el tratamiento del estrés, y posteriormente de los trastornos por estrés post-traumático.
- Técnica terapéutica: inoculación del estrés: enseña al paciente a enfrentarse a cantidades pequeñas de estrés y progresivamente a agentes estresores de mayor intensidad.

2.4.5.6 Psicoterapias alternativas

Las Psicoterapias alternativas se presentan como una complementación a la medicina bioenergética, y una solución efectiva en la problemática de salud mental que presenta la sociedad actual.

A pesar de la efectividad en la práctica de las psicoterapias alternativas, probada ampliamente a nivel científico, el uso de algunas de sus técnicas están a cargo de los curanderos y los denominados brujos que utilizan sin ningún fundamento, apoyo científico o formación profesional la terminología, técnicas, de modificación de conducta y autoconocimiento, como estrategia de mercado aprovechando la necesidad y el desconocimiento de las personas para obtener beneficios económicos personales y en muchos casos jugando y poniendo en riesgo la salud mental y la calidad de vida de sus clientes.

Como profesional me he inclinado a desarrollar y practicar de forma científica las diferentes modalidades y estrategias que brindan las psicoterapias alternativas luego de haber practicado ampliamente las psicoterapias tradicionales y haber encontrado estadísticamente resultados más estables en la evolución de los pacientes.

Esto se explica porque la modificación, el cambio o manejo de la situación que busca cada paciente es obtenido por el mismo, con un manejo adecuado de las contingencias externas, pues en la conducta confluyen tanto el aprendizaje como el medio y la motivación propia del sujeto.

Mediante la utilización de los conocimientos generados por la psicología conductual, gestal, humanista y el mismo psicoanálisis, las terapias alternativas son una solución no solo eficaz sino duradera en los problemas de estabilidad personal, sexual, afectiva, laboral, de afrontamiento, dependencias y en general salud mental y conductual que padece y sufre el mundo moderno.

Como psicoterapeuta especializada, y con experiencia ofrezco una orientación en todo lo referente a la persona: depresión, angustia, solución a sus conflictos, su crecimiento y desarrollo.

- Terapia Individual
- Terapia de Pareja
- Terapia Familiar
- Coaching a Estudiantes
- Talleres

Conclusión

1. Aplicando cada una de las terapias confirman los resultados de las psicoterapias realizadas con cada uno de los uno de los y las pacientes, que necesitaban de atención psicológica.
2. En el transcurso de las diferentes aplicaciones de las terapias, lo alcanzo minimizar conflictos internos de pacientes que buscan el ser ayudado, con el propósito de dar posibles soluciones junto al trabajo del paciente-terapeuta.
3. Ha sido una experiencia motivadora para la labor psicoterapeuta, al contribuir en los resultados obtenidos al finalizar los casos atendidos.
4. La terapia racional emotiva hace énfasis en ayudar al paciente a manejar de forma adecuada sus ideas irracionales, que le están afectando.
5. En la terapia centrada en el cliente, es en donde el terapeuta vive una actitud positiva y de aceptación para lo que el cliente es en ese momento, puede significar temor, antipatía, confusión, etc.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

Para realizar la práctica profesional dirigida ha sido necesario organizar y elaborar la planificación, programas y cronogramas de trabajo con el propósito de obtener un trabajo satisfactorio alcanzando los objetivos propuestos a cumplir. A continuación se presentan dichos instrumentos.

3.1 Programa de estudio del curso Práctica Profesional Dirigida

I. Propósito del curso

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

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

Los y las estudiantes brindan beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica. La práctica profesional dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que las y los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

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

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

II. Competencias a fortalecer

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

III Indicadores de logro

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. Psicodiagnostico
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

IV 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.

V. 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

3.2 Calendarización o cronograma de actividades y valoración del curso

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
29 y 5-02	<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos 	Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos
12 y 19-02 26 y 5-03	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del Manual de Estilo • La entrevista 	Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo Ejercicios con resumen de entrevista	Guía de lectura 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 14 y 21-05	Análisis y discusión de formas de Psicoterapia	Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos Entrega de Informes / cada mes Entrega de constancia de horas de práctica cada mes

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
28 -05 4-06 11 y 06	Supervisión de actividades primer grupo Supervisión de actividades segundo grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica. Valor 10 puntos

junio	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-	Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. Valor 5 puntos
16, 2-30-07	Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	Investigación sobre tema de Psicopatología. Valor 5 puntos
6 y 1-08	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 08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias de la Educación

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Practica Profesional Dirigida

Plan General

Nombre de la institución: Clínica Médica Municipal

Lugar: Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango

Responsable: Candida Rosana Chonay Ruyán

Mes: marzo

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la Institución para detectar sus necesidades y fortalezas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la institución • Misión • Visión • Organigrama • Objetivos • Población que atiende • Descripción de la población que atiende • Planteamiento 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de la Institución ➤ Practicante ➤ Doctora ➤ Paramédicos <p>Material didáctico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades y fortalezas, de la Clínica municipal.

Mes: Abril de 2010

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> Atender casos que se presenten en la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica. Actividades de rapport inicio de detección de casos. Dinámica Juegos Entrevistas, etc. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupos de personas ➤ Practicante ➤ Personal de la Institución <p>Material didáctico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas bond ➤ Lapiceros ➤ Lana ➤ Folletos ➤ Carteles ➤ Marcadores ➤ Fotocopias ➤ Lápices ➤ Maskin tape 	<ul style="list-style-type: none"> Participación dinámicamente, en la realización de diferentes actividades de inicio para detectar casos.

Mes: Mayo de 2010

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> Identificar la problemática en los y las pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de marco de referencia Entrevistas Elaboración de historias clínicas 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupos de personas ➤ Practicante ➤ Personal de la Institución <p>Material didáctico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas bond ➤ Lapiceros ➤ Fotocopias ➤ Folletos 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar conocimientos básicos, siendo facilitador en distintas circunstancias.

Mes: Junio de 2010

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> Los diferentes grupos de personas reflexionan, aspectos internos que influyen en su vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitaciones o talleres a grupos de personas dentro y fuera del Centro de práctica. Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupos de personas ➤ Practicante ➤ Personal de la Institución <p>Material didáctico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pliegos de papel bond ➤ Hojas bond ➤ Lapiceros ➤ Carteles ➤ Folletos ➤ Lápices ➤ Maskin tape 	<ul style="list-style-type: none"> Participa entusiastamente en actividades de análisis y comentario personal.

Mes: Julio de 2010

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> Los grupos de personas valoran al máximo el beneficio de la salud mental a través de la realización de un listado de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de proyecto de salud mental, aplicado a la prevención de problemas sociales. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupos de personas ➤ Practicante ➤ Personal de la Institución <p>Material didáctico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pliegos de papel bond ➤ Computadora ➤ Internet ➤ Hojas bond ➤ Folletos ➤ Marcadores 	<ul style="list-style-type: none"> Describe con sus propias palabras la importancia de prevenir los problemas sociales a través de una buena salud mental.

Mes: Agosto de 2010

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none">Fomentar en grupos de personas del área rural la salud mental, a través de la aplicación de proyecto.	<ul style="list-style-type: none">Aplicación de proyecto de salud mental en comunidades rurales, específicamente en áreas de riesgo.	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Grupos de personas➤ Practicante➤ Personal de la Institución <p>Material didáctico</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Tinta de computadora➤ Pliegos de papel bond➤ Computadora➤ Internet➤ Hojas bond➤ Fotocopias➤ Marcadores	<ul style="list-style-type: none">Participa con entusiasmo en la realización de actividades.

3.4 subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos durante la Practica Profesional Dirigida. En la cual se detallan una serie de casos referidos al Área de Psicología de la Clínica Médica Municipal situada en Santa Cruz Balanyá del departamento de Chimaltenango. A continuación se algunas herramientas psicológicas utilizadas en el proceso terapéutico.

Objetivos

1. Describir la necesidad que existe proporcionando atención psicológica a las personas de la comunidad en general, a fin de que este tipo de orientación sea valorada como una herramienta eficaz en la labor de formar una vida saludable físico y social.

2. Atender casos de emergencias que se presenten en la institución para la resolución de problemáticas internas.
3. Identificar aspectos internos que influyen en su vida cotidiana de las personas
4. Dar un tratamiento confiable que proporcione resultados positivos en las decisiones actuales a sus dificultades.
5. Promover confidencialidad con los resultados obtenidos en la psicoterapia del paciente.

2. Actividades

No. De casos	Técnicas utilizadas	Problema principal	Logros esperados
1.	-Entrevistas -Terapia de relajación	Baja autoestima	Resultados positivos manifestadas en actitudes.
2.	Ejercicios prácticos	Estado de ansiedad	Obtención de un equilibrio físico y mental en el paciente.
3.	Insight Lista de problemas para detectar el foco de tensión	Problemas emocionales	Describir los problemas principales que afligen al paciente.
4.	Test de la familia	Problemas de conducta	Cambio de conducta durante el proceso psicológico.
5.	Terapia de juego	Problemas de bajo rendimiento escolar	Alcanzar nivel de aprendizaje normal
6.	Psicoterapia interpersonal para la depresión	Enfermedad crónica	Seguimiento del tratamiento psicológico hasta su finalización.

3.4.2 Programas de capacitación

Introducción

El programa de capacitación fue realizado en el centro de práctica que tiene como objetivo dirigirla a cada una de las necesidades individuales de atención psicológica de las personas que requiere de la psicología como herramienta a la resolución de conflictos internos para obtener una vida saludable y equilibrada psicológica, física y espiritualmente.

1. Objetivos

1. Resolución de conflictos internos de los pacientes.
2. Prevención de actitudes negativas.
3. Detección de casos que ameritan atención psicológica

A. adolescencia y una buena autoestima

Temas presentados	No. De personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Autoestima positiva	45 adolescentes del nivel básico	Instituto Nacional de Educación Básica	10/08/10	Tomar un tiempo propicio para si mismo.

B. Detección de causas conflictivas

Temas presentados	No. De personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Motivación laboral	Trabajadores de la Institución	Clínica Médica Municipal	03/08/10	Respeto para sí mismo y hacia los demás

C. Noviazgo en la adolescencia

Temas presentados	No. De personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Noviazgo	48 adolescentes del nivel básico	Instituto Nacional de Educación Básica	25 de agosto	Desarrolla su propia identidad.

3.4.3 Programa de capacitación del proyecto de salud mental

Introducción

El manejo de la crisis posterior a experimentar un evento catastrófico en la vida de una persona, en donde la intervención psicológica llega a ser una herramienta básica e indispensable para aceptar la situación posterior al evento vivido y llegar a restablecer el equilibrio emocional, psicológico y físico de la población afectada.

Dada la complejidad que dicha labor representa, se requiere de profesionales de la Psicología que posean una alta capacidad de persuasión, comprensión, empatía y convicción tanto para lograr las metas antes descritas, así como lograr enfocar a las personas atendidas hacia el descubrimiento de los factores positivos y recursos con los que cuenta, luego del evento.

Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza. Sin embargo, en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo.

Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá,

Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágata que recientemente golpeara a Guatemala.

1. Objetivos

1.1 Objetivo 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.

1.2 Objetivos 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.

2. Actividades

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

La Práctica Profesional Dirigida tiene como finalidad el proporcionar herramientas adecuadas al estudiante como las siguientes: charlas, talleres, pláticas, técnicas proyectivas (test) y variedades de actividades para hacer de esta práctica una motivación para cada paciente en la solución de conflictos.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Cumplimiento de horarios asignados a los pacientes
- ✓ Atención psicológica en niños, jóvenes y adultos
- ✓ Número de casos atendidos diecisiete
- ✓ Aplicación de terapias de relajación en pacientes ansiosos
- ✓ Test proyectivos (figura humana y test de la familia)
- ✓ Cambio de actitudes positivas en trabajadores

4.1.2 Limitaciones

- ✓ Un obstáculo fue no haber tenido un lugar específico
- ✓ Algunos pacientes olvidaban su horario
- ✓ Indiferencia de algunos trabajadores
- ✓ Pacientes que llegaron una sola vez
- ✓ Desconfianza de parte de las personas por ser originaria y conocida del mismo lugar.

4.1.3 Conclusiones

1. Interesante para las personas que se dieron la oportunidad de aprovechar al máximo la atención psicológica, con el fin de resolver conflictos internos que afectan su salud mental.
2. El objetivo terapéutico es el cambio de la conducta desadaptada específica, para lo cual es importante y fundamental determinar el tratamiento en términos objetivos y planificados, atendiendo a las necesidades de cada paciente.
3. Es importante ayudar al paciente a hablar y a asociar, lenta y cautelosamente, las raíces ocultas de los síntomas. Acompañar con prudencia, respeto y empatía, la persona para que vuelva a ser capaz de pensar en lo que no podía pensar, y a restituir a su mente una parte que por dolor mantenía disociada.
4. La atención psicológica es el que permite a las personas encontrar y aliviar cada una de las dificultades, que ocasionan dolor, ansiedad y malestar en la vida personal, familiar, social y espiritual. Su finalidad es el alivio o la curación de trastornos mentales.
5. Generar en los pacientes empatía, comprensión y apoyo incondicional para poder conseguir los objetivos terapéuticos, ya que sin ellos los pacientes corren un mayor riesgo de abandonar la terapia o terminarla sin éxito.

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

Historia Clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre:	J.CH.T
Edad:	44 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Cantón la Libertad
Ocupación:	Jornalero
Lugar y fecha de nacimiento:	Santa Cruz Balanyá, 7 de octubre de 1,998
Escolaridad:	Segundo grado primaria
Religión:	Católica
Evaluador(a):	Candida Rosana Chonay Ruyán
Fecha:	16 de marzo de 2,010

2. Motivo de consulta

Estado de depresión por enfermedad de diabetes, se niega a seguir el tratamiento médico.

2. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de concentración
- Nivel afectivo: manifestación de tristeza
- Nivel conductual: tranquilo
- Nivel motivacional: disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: fuertes dolores de cabeza, cansancio, debilidad.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Ha sido apoyado por su esposa e hijos y hermanos aunque ha adoptado el papel de su esposa ante el alcoholismo, actualmente lo consume en mayor cantidad.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona de manera apropiada con las personas quienes padecen la misma enfermedad, pero no manifiesta fuerza y energía para aliviar su dolor.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema al alcoholismo de su esposa y el descuido de sus hijos por parte ella.

Historia del problema:

J. comenzó a sufrir desde el momento que le detectaron la diabetes en mayo del año 2,009 por su parte a manifestado tristeza, cambios de humor, físicamente delgado, pero estas manifestaciones han aumentado por la desesperación de morir. Presenta algunos cambios positivos en su conducta.

6. Historia familiar

J. es una persona de 43 años de edad, padre de dos niñas una de 8 la última de 5 años y un varón once años, quien padece de diabetes desde antes de poder viajar a Canadá. La esposa tiene 32 años sus hijos son de las edades siguientes: el mayor tiene 11 años, la menor tiene 8 años y la última hija tiene años de edad hijos de los dos, son ante la enfermedad de diabetes la esposa ha tomado la dirección del hogar en todos los aspectos, tienen carencias económicas. La esposa bajo efectos del alcohol no ha utilizado violencia física con su esposo e hijos, pero sí violencia verbal y psicológica, lo cual le produce fuertes remordimientos porque no puede satisfacer las

necesidades del hogar e intimidad con su esposa, ya que en el fondo él desea ser un buen esposo y compañero.

La esposa desahoga su preocupación y tristeza con las bebidas alcohólicas, porque se siente preocupada por la salud de su esposo por la cual se siente preocupada y triste, porque no puede hacer nada para aliviar la salud de su esposo. J. ha optado por ser fuerte y retomar su papel de un buen padre tanto para sus hijos como un buen esposo para que su hogar llegue a ser un hogar ejemplar donde Dios es el primero en todo lo que se realiza.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno del estado de ánimo (412) depresión

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: F43.20)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 80

8. Pronóstico

Su reacción ante el proceso psicológico a obtenido cambios positivos, y está dispuesta a asistir en los tratamientos necesarios para mejorar las condiciones físicas y emocionales tanto personal como familiar.

9. Tratamiento

- Terapia racional emotiva
- Terapia cognitivo conductual

Historia Clínica No. 2

1. Datos Generales

Nombre: I. F. P.V.
Edad: 15 años
Sexo: Femenina
Dirección: Cantón “el Progreso” Santa Cruz Balanyá
Religión: Católico
Fecha de nacimiento: 23 de septiembre de 1995.
Estado civil: Soltera
Escolaridad: Tercero Básico
Evaluador (a): Candida Rosana Chonay Ruyán
Fecha: 15 de junio de 2010.

2. Motivo de consulta: problemas de ansiedad por la ausencia de su hermana mayor

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención
- Nivel afectivo: preocupado
- Nivel conductual: negativa
- Nivel motivacional: está dispuesta a seguir el tratamiento, para mejorar.
- Nivel físico: dolores estomacales, delgada y dolor de cabeza, temperaturas bajas.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: sus padres son quienes la están apoyando, al preocuparse y buscar ayuda para la px.
Ha adoptado el papel de su mamá ante los oficios del hogar y el cuidado de sus hermanos.

4.2 Relaciones sociales: anteriormente la px. Utilizaba su iniciativa propia para la realización de sus que actividades domesticas y escolares actualmente a cambiado su comportamiento tiende ser aburrida y enojada con sus hermanos (a) y padres de familia por la negativa en su actitud.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema de tener la responsabilidad del hogar e irse a estudiar por motivo de trabajo por parte de sus padres y el cambio de actitud de su parte.

5. Historia del problema:

I.F. comenzó ha sentirse muy triste hace dos semanas exactamente, la extraña mucho, ahora comprende la misma responsabilidad que su hermana mayor tenía, sufre porque lamenta no haber comprendido a su hermana, manifiesta un sentimiento de culpabilidad, tristeza, y llora constantemente. Aumento la desesperación por lo mismo esta dispuesta a cambiar de actitud para volver confrontar lo que siente.

6. Historia familiar

La px. Tiene quince años de edad, hija segunda de sus hermanos, su mamá trabaja para una institución para hacer comida y su papá es jornalero trabaja en agricultura, tiene a una hermana mayor que hace dos años viajó a los Estados Unidos, ante la situación no hay maltrato intrafamiliar, la violencia verbal es la que se da entre los hermanos cuando ambos padres no están. Actualmente busca un cambio en su forma de ser para cuando su hermana regrese ella estaría bien, no queriendo hacerla sentir mal o que reciba quejas por lo mal que se comporta, la comunicación con la hermana mayor ha sido regular. Optó por cambiar positivamente, para llevar alegría y entusiasmo a su hogar no queriendo lastimar aún más a sus padres que han comprendido el estado de ánimo, buscando alcanzar todas sus metas con el propósito de ser ejemplo ante sus demás hermanos.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno de distímico (477) estado de ánimo

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (código DSMIV: F34.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 90

8. Pronóstico

Durante el tratamiento psicológico la px. A asistido con frecuencia a las sesiones organizadas, con un fin primordial y eficaz para la modificación de sentimientos de culpabilidad que aun no ha sanado en su totalidad, proponiéndose así misma a cambiar, queriendo cambiar positivamente.

9. Tratamiento

- Terapia de desensibilización sistemática
- Logoterapia (capacidad en la toma de decisiones)

Historia Clínica No. 3

1. Datos generales:

Nombre:	Y. D.T.A.
Edad:	14 años
Sexo:	Femenina
Dirección:	Cantón “la Libertad” Santa Cruz Balanyá
Religión:	Evangélica
Fecha de nacimiento:	23 de marzo de 1996.
Estado civil:	Soltera
Escolaridad:	Tercero Básico
Fecha:	07 de julio de 2010.

2. Motivo de consulta:

Problemas de baja autoestima

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de concentración
- Nivel afectivo: triste
- Nivel conductual: tranquila
- Nivel motivacional: disposición del cumplimiento de la psicoterapia
- Nivel físico: debilidad, insomnio, temperaturas bajas y dolor de cabeza.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: ante esta dificultad sus padres están preocupados porque no saben que hacer con la px. Están con ella para cuidarla en cada momento porque su salud ha estado delicada, dejó de asistir a clases porque cuando se sintió que podía ir a estudiar, un compañero dejó caer un objeto que provocó ansiedad en ella al punto de no poder respirar. Desde que pequeña ha estado con la responsabilidad de realizar los oficios de la casa ya que su mamá es negociante hace muchos años y su papá trabaja en la agricultura para cubrir sus necesidades.

4.2 Relaciones sociales: es sociable, pero en la actualidad bajo es el nivel de socialización con los demás.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema no poder controlar la ansiedad y de manejar ideas irracionales que cada vez dificulta el progreso de la solución de la situación actual que vive. Tiene la responsabilidad del hogar y sólo cuando la px. Enferma entonces ambos padres se preocupan y están siempre al cuidado de sus hijos.

5. Historia del problema: Y. se sintió mal cuando en un día en una bodega había una fila de cajas ordenadas verticalmente, en ese entonces la mamá gata subió en las cajas y el pequeño

gatito quiso subirse también y se vino a caer, Y. corrió para recogerlo pero se lastimo y quedo inconsciente, después de unos días Y. no vio a su gatito, sus padres y hermanos no le dijeron nada porque sabían que le iba afectarle. Se sintió muy triste y empezó a rechazar los gatos, lloraba por mucho tiempo, entro en estado de depresión, la familia se preocupo ante tal situación porque la px. Quedo en cama y no quería levantarse por temor a que algo le iba a pasar, sentía que los gatos la seguían y que la buscaban para hacerle daño. Por las noches llegaba un gato a llorar en la puerta y escuchaba pasos cuando salía a ver. Mejoro su condición física y emocional cuando su mamá le dijo que el próximo año le celebrarían sus quince años, aunque confronto los temores que sentía conforme el proceso de psicoterapia.

6. Historia familiar

Y.D. actualmente tiene catorce años cuando era pequeña escuchaba una voz que le decía que a los diecisiete años moriría, en una ocasión su mamá utilizo un delantal cuando encontró un papel donde decía que a los diecisiete años vas a morir” desde entonces la px. No quería quedarse sola y no quería dormir por temor a que llegue el otro día y no podrá abrir los ojos. Segunda hija de sus hermanos, su doña S. es negociante y don W. Trabaja en el campo son de recurso económico normal según doña S. dice que fue muy difícil que Y.D. Haya vivido porque cuando nació ella nació en desmayada y por lo mismo todas las dificultades que a afrontado a sido causa desde su nacimiento. A don W. Los sonidos fuertes, los gritos, son los que produce malestar en la paciente, acepta que tiene un problema ahora busca una solución para sentirse bien y recuerda cuando era pequeña como don W. su papá jugaba con ellos y eso le causa emoción, sentirse bien complacería a mí familia es lo que hace ver la px. El cambio de actitud a mejorado su forma de ser.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Trastorno obsesivo compulsivo (517) ansiedad

Eje IV Ninguno

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 90

8. Pronóstico

El tratamiento psicológico en la que asistía Y.D. tenía como objetivo detectar y modificar sentimientos negativos que le provocan ansiedad y temor a quedarse sola en casa, fue mejorando en el transcurso del tiempo podía observarse un cambio en su salud tanto física como mental, y las motivaciones que aclaraban mejor sus ideas racionales.

9. Tratamiento

- Terapia cognitiva conductual
- Logoterapia (capacidad en la toma de decisiones)

Historia Clínica No. 4

1. Datos generales:

Nombre:	J.V.S.O
Edad:	48 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Cantón “la Libertad” Santa Cruz Balanyá
Religión:	Católico
Fecha de nacimiento:	5 de abril de 1962.
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Segundo Básico
Fecha:	27 de julio de 2010.

2. Motivo de consulta:

Problema de baja autoestima por la no realización de sus sentimientos.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de concentración y atención
- Nivel afectivo: desesperado y decepcionado
- Nivel conductual: ansioso por recuperar su salud
- Nivel motivacional: recuperarse en su salud física y emocional
- Nivel físico: cansancio corporal insomnio, dolor de cabeza.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: como el estado de V.S. es muy delicado, se aprovecha de las buenas intenciones de su familia, anteriormente no podía comer por sí sólo y actualmente es consentido por su papá y por lo mismo el paciente ha llegado a una regresión en sus actitudes de ser y de comportarse.

4.2 Relaciones sociales:

Ha sido siempre sociable pero en la actualidad bajo su nivel de socialización con los demás.

4.2 Atribución sobre los problemas: tiene 8 meses de no poder conciliar el sueño nocturno y la falta de concentración.

Historia del problema:

Hace 5 años V.S. comenzó a sentirse mal porque tenía a su novia con quien quería formalizar su relación amorosa, en ese entonces pidió autorización al hermano mayor de su novia fue bien recibido en esta ocasión unos días después decidió V. ir con la mamá de M. la novia y entonces ella se opuso y luego se rompió el compromiso entre ambos, V. se decepcionó de la reacción de

la familia de M. su exnovia, la encontró en algunas ocasiones aunque ya no hubo solución a la situación y desde entonces V. a estado con dificultades en todos los ámbitos de su vida tanto emocional ,social ,psicológico y espiritual, etc. La depresión a repercutido en todas sus actividades.

6. Historia familiar

Actualmente fue trasladado al área de psicología por las reacciones que a presentados y por el efecto que ya no resulta en las medicinas y por lo mismo fue enviado en el área de psicología, es soltero de 48 años de edad, vive en la casa de su hermano quién ya falleció, está al cuidado de su cuñada, sobrinos y papá que es de 92 años de edad, todos contribuyen para que V. S. se sienta bien en casa, en una ocasión fue al hospital porque enfermo y pidió salir de alta sin el consentimiento de su familia.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Episodio maníaco (405) Trastorno del estado de ánimo

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV problemas relativos al ambiente social (código DSMIV: Z63.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 90

8. Pronóstico

En el proceso de psicoterapia hubo dificultades al no cumplir con los horarios organizados, quiere curarse y olvidar la situación que actualmente vive aceptando su problema que es específicamente emocional. El cambio de ideas irracionales por racionales afecta la conducta del px. En todos los ámbito de vida.

9. Tratamiento

- Terapia conductista
- Cognitiva conductual

Historia Clínica No. 5

1. Datos generales:

Nombre: LL. R. R.S
Edad: 24 años
Sexo: Femenina
Dirección: Cantón “La unión” Santa Cruz Balanyá
Religión: Evangélica
Fecha de nacimiento: 20 de diciembre de 1985.
Estado civil: Soltera
Escolaridad: Segundo Básico
Evaluador (a): Candida Rosana Chonay Ruyán
Fecha: 04 de agosto de 2010.

2. Motivo de consulta:

No se porque siempre estoy enferma y por eso no puedo trabajar.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención
- Nivel afectivo: confundida
- Nivel conductual: Insegura
- Nivel motivacional: encontrar trabajo y recuperación de su salud física

- Nivel físico: dolor de cabeza, descuido personal

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: la px. Vive con sus padres es soltera y no labora en su profesión por temor a enfermarse y por tal motivo sus padres la descuidado porque a han caracterizado enferma desde muy pequeña es la ultima de seis hermanos, licda. En teología y maestra de educación primaria, le afecta la forma en que sus padres no la cuidan más, ayuda con los trabajos domésticos de su casa y con otras actividades que necesiten de ella.

4.2 Relaciones sociales: Le dificulta relacionarse con los y las demás personas, es callada y tímida en algunas ocasiones a salido para dar algunas predicaciones y duda de lo que va a decir en su discurso.

4.3 Atribución sobre los problemas: estando en el seminario empezó a enfermarse constantemente, en esa ocasión la catedrática de consejería la empezó a tratar muy mal incluso a controlarla, entraba en el cuarto de la px. Sin el permiso correspondiente de la misma, el temor y la ansiedad provocan malestar aun actualmente.

5. Historia del problema

Estando en el segundo año de su carrera profesional en Teología empezó a tener problemas en la Institución en la que estudiaba y la presión por el estudio hacia que enfermará, actualmente recuerda también que cuando tenía 6 años le repetían enferma, enferma, eso le ha provocado una baja autoestima.

No tiene trabajo porque anteriormente la llamaban para opciones de trabajo, que la px. Las rechazaba por temor a debilitarse en horarios de trabajo. Piensa no casarse en un futuro porque piensa no ser capaz de cuidar a otra persona aparte de ella.

6. Historia familiar

Actualmente fue trasladado al área de psicología por las reacciones que a presentados y por el efecto que ya no resulta en las medicinas y por lo mismo fue enviado en el área de psicología, es soltero de 48 años de edad, vive en la casa de su hermano quién ya falleció, está al cuidado de su cuñada, sobrinos y papá que es de 92 años de edad, todos contribuyen para que V. S. se sienta bien en casa, en una ocasión fue al hospital porque enfermo y pidió salir de alta sin el consentimiento de su familia.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno obsesivo-compulsivo (510) Ansiedad

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Ninguno

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 80

8. Pronóstico

Hubo un cambio positivo de aceptación hacia la psicoterapia y actividades relacionadas con las necesidades seguir de psicoterapia y culminara las sesiones previstas anteriormente con el objeto de en alcanza un cambio positivo en las personas que desean una vida equilibrada en todo aspecto de vida. .

9. Tratamiento

- Ejercicios prácticos
- Cognitiva conductual

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1. Logros

- ✓ Motivación alcanzado como respuesta a la charla
- ✓ Listado de manifestaciones positivas
- ✓ Hablar sobre sus sentimientos
- ✓ Aplicación de la terapia de relajación
- ✓ Descripción de actitudes negativas

4.2.2 Limitaciones

- Desorganización
- Falta de atención
- Sin lugar específico para charlas
- Falta de coordinación por parte de las autoridades de la salud

4.2.3 Conclusiones

- Aplicación de distintas técnicas psicológicas según las necesidades
- Actividades de rompe hielo en las personas
- Darle seguimiento a la orientación psicológica para aclarar los pensamientos y sentimientos que han creado confusión y malestar en las personas.
- Elegir tratamientos que se e podrían aplicar en situaciones de conflictos.
- Temas seleccionados según la población educativa e institucional que lo requiera.

4.2.4 Recomendaciones

- Que la persona aprenda a buscar ayuda psicológica
- Tener todo el recurso necesario para la aplicación de psicoterapia
- Elaboración de material adecuado para su implementación en los pacientes
- Preparación de algún equipo de sonido.

4.3 Presentación de contenido de la charla y talleres dados

4.3.1 Charla No. 1

Motivación Laboral

Dirigida a los estudiantes del Instituto Nacional de educación Básica “El Mirador” de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango están entre las edades de 13 y 17 años de edad.

Fecha: 03 de Agosto de 2010.

1. Objetivos

- orientar a las personas de acuerdo a la necesidad psicológica.
- Brindar apoyo a la institución con capacitaciones al personal
- Aplicación de técnicas apropiadas para detectar casos.
- Mejorar el nivel de autoestima del paciente
- Modificar ideas irracionales del paciente

2. Metodología

- Introducción del tema
- Dinámica rompe hielo
- Presentación de reflexiones de motivación Laboral
- Presentación una diapositiva
- Cantos con fonomímica
- Experiencias compartidas

3. Recursos

- Computadora
- Diapositivas
- Cañonera
- Sillas
- películas
- Equipo de sonido

4. Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Motivación laboral	5 minutos
Dinámica rompe hielo	La caja de herramientas	5 minutos
Desarrollo del tema	Conceptos y definición	20 minutos
Dinámica de panaderito	canto	7 minutos
Juego del espejo	Parejas	10 minutos
Experiencias compartidas	Experiencias vivenciadas	10 minutos
despedida	Palabras de despedida	5 minutos

5. Resumen del contenido

La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo.

La motivación también es considerada como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. En efecto, la motivación está relacionada con el impulso, porque éste provee eficacia al esfuerzo colectivo orientado a conseguir los objetivos de la empresa, por ejemplo, y empuja al individuo a la búsqueda continua de mejores situaciones a fin de realizarse profesional y personalmente, integrándolo así en la comunidad donde su acción cobra significado.

El impulso más intenso es la supervivencia en estado puro cuando se lucha por la vida, seguido por las motivaciones que derivan de la satisfacción de las necesidades primarias y secundarias (hambre, sed, abrigo, sexo, seguridad, protección. etc.).

Motivación y conducta

Con el objeto de explicar la relación motivación-conducta, es importante partir de algunas posiciones teóricas que presuponen la existencia de ciertas leyes o principios basados en la acumulación de observaciones empíricas.

Según Chiavenato, existen tres premisas que explican la naturaleza de la conducta humana. Estas son:

- a) El comportamiento es causado. Es decir, existe una causa interna o externa que origina el comportamiento humano, producto de la influencia de la herencia y del medio ambiente.
- b) El comportamiento es motivado. Los impulsos, deseos, necesidades o tendencias, son los motivos del comportamiento.
- c) El comportamiento está orientado hacia objetivos. Existe una finalidad en todo comportamiento humano, dado que hay una causa que lo genera. La conducta siempre está dirigida hacia algún objetivo.

4.3.2 Charla No. 2

Autoestima

Dirigida a los estudiantes del Instituto Nacional de educación Básica “El Mirador” de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango están entre las edades de 13 y 17 años de edad

Fecha: 10 de Agosto de 2010

1. Objetivos

- Orientar a las personas de acuerdo a la necesidad psicológica.
- Brindar apoyo a la institución con capacitaciones al personal
- Aplicación de técnicas apropiadas para detectar casos.
- Mejorar el nivel de autoestima del paciente
- Modificar ideas irracionales del paciente

2. Metodología

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema
- Lectura de reflexiones
- Experiencias vividas

3. Recursos

- Computadora
- Cañonera
- Sillas
- Equipo de sonido
- Premios

4. Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	5 minutos
Dinámica rompe hielo	1 frase positiva escribirlo en grande	5 minutos
Desarrollo del tema	La autoestima en el paciente adolescente	20 minutos
Juegos	Globos	7 minutos
Diapositiva de autoestima	Nivel de autoestima	10 minutos
Hacer circulo	Experiencias propias	10 minutos
despedida	Palabras de despedida	3 minutos

5. Resumen del contenido

Las personas envidiosas podrían dejar de serlo porque por primera vez en su vida se centrarían en ellos mismos y su propio éxito personal en vez de estar obsesionados con el ajeno. La gente al tener mayor seguridad y confianza no le haría falta comprar determinadas cosas para aparentar y subir su autoestima. El mundo daría un salto positivo hacia arriba porque la mayoría de los desastres vienen a causa de tener un baja autoestima. El problema de la autoestima es que la mayoría viene asociada a cosas totalmente superficiales y lo cierto es que no tiene nada que ver. La autoestima es algo que incluye únicamente a la persona y no a lo que ésta posee, pero curiosamente lo que determina el autoestima de una persona es lo que tiene en cuanto a material y superficial. Una persona puede ser totalmente despreciable ante la sociedad, pero simplemente por tener dinero esa persona puede verse como grande y como maravillosa llegando a despreciar

a los demás cuando esa persona es basura. En cambio otra persona mucho más generosa, preocupada por los demás y 1000 veces más humilde pueden llegar a despreciarse como persona.

4.3.4 Charla 3

Educación sexual

Dirigida a los estudiantes del Instituto Nacional de educación Básica “El Mirador” de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango están entre las edades de 13 y 17 años de edad.

Fecha: 17 de agosto de 2010

1. Objetivos

1. Fomentar importancia en los adolescentes
2. Darle oportunidad al adolescente a afirmar su personalidad.
3. Aceptarse así mismo(a) tal y como es.
4. Describir comportamientos positivos para las relaciones interpersonales.
5. Orientar al adolescente con temas de interés

2. Metodología o técnicas utilizadas

1. Dinámica de rompe hielo
2. Observar conductas
3. Presentación de diapositivas
4. Reflexiones

3. Recurso

- Material impreso del tema
- Computadora

- cañonera
- Sillas
- Papeles

4. Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Educación sexual	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Juego me quiero	10 minutos
Desarrollo del tema	Qué es la educación sexual	20 minutos
Participación voluntaria	Opiniones	10 minutos
Como prevenir el daño en el adolescente	-Comunicación y confianza.	5 minutos
Tiempo de preguntas	Cómo entablar una comunicación sana con los padres de familia	10 minutos

5. Resumen del contenido

Para Frederic Boix la educación sexual puede definirse como:

El conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima. Si se parte de la combinación entre "ad y dolescere" que significa faltan o sufrir, se manifiesta una actitud tal vez negativa que acrecentara la de por si difícil situación del chico. Por se prefiere partir de la raíz "adolescencia y adolescere" que se refiere específicamente al crecimiento, o sea: un adolescente esta creciendo, se prepara para la adultez. "La adolescencia ocupa el lapso de tiempo que transcurre desde el

momento en que el niño deja de serlo corporalmente, hasta el momento en que psicológicamente ha logrado la definición de una personalidad propia y adulta."

A esta edad hay "falta" de madurez, de experiencia y se "sufren" los cambios, pero la principal característica que conviene siempre rescatar como actitud general debe ser positiva, para que toda esta etapa que lo tiene tan absorbido no sea acentuada en su negatividad por los adultos que lo rodean, esto es, principalmente sus padres y docentes. Se debe partir del concepto de que la adolescencia es un momento crucial en la vida individual, una edad maravillosa durante la cual se asumen decisiones trascendentes frente a oportunidades que la vida ira brindando.

4.3.4 Charla 4

Consecuencias del consumo de drogas

Dirigida a adolescentes del Instituto Nacional de Educación Básica "El Mirador" con las edades de 13 a 17 años de edad de la Clínica Médica Municipal de la Clínica del

Fecha: 25 de agosto de 2010

1. Objetivos

- Prevenir el consumo de drogas para fortalecer una vida sana
- Conocer los efectos provocados por el consumo de drogas.
- Identificar su propia personalidad
- Describir los aspectos que afectan en las personas por el consumo de drogas
- Identificar los valores morales perdió

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica grupales de rompe hielo
- Observar los comportamientos
- Presentación de diapositivas

- Evaluación por medio de preguntas escritas y orales
- Reflexiones

3. Recurso

- Material impreso del tema
- Computadora
- Cañonera
- Sillas
- Marcadores permanentes
- Globos

4. Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Drogadicción	3 minutos
Dinámica rompe hielo	Juego en circulo con globos	10 minutos
Desarrollo del tema	prevención del consumo de drogas es tarea de todos	20 minutos
Participación voluntaria	Listado de frases motivadores entre los grupos	10 minutos
Como prevenir las drogas	Prevención de drogas	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca de las prevenciones de los tipos de drogas.	10 minutos

5. Resumen del contenido

La drogadicción: es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación. Algunas drogas pueden incluso llevar a la locura o la muerte.

La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

1. Dependencia física:

El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

2. Dependencia psíquica:

Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue. Algunas drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto.

3. La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir. La necesidad de droga es más fuerte. La persona pierde todo concepto de moralidad y hace cosas que, de no estar bajo el influjo de la droga, no haría, como mentir, robar, prostituirse e incluso matar. La droga se convierte en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales, en los estudios, etc.

4.3.4 Charla 5

El noviazgo en la adolescencia

Dirigida a adolescentes del Instituto Nacional de Educación Básica “El Mirador” con las edades de 13 a 17 años de edad de la Clínica Médica Municipal de la Clínica del

Fecha: 31 de agosto de 2010

1. Objetivos

- Practicar valores como el respeto
- Conocer los elementos básicos de toda relación humana.
- Describir actitudes positivas en adolescente.
- Enseñarle al adolescente a tomar sus propias decisiones.
- Fomentar una buena relación interpersonal.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica grupales de rompe hielo
- Observar los comportamientos
- Presentación de diapositivas
- Guías de trabajo
- Reflexiones

3. Recurso

- Material impreso del tema
- Computadora
- Cañonera

- Sillas
- Hojas

4. Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Noviazgo	3 minutos
Dinámica rompe hielo	Juego me quiero y me cuido	10 minutos
Desarrollo del tema	Elementos básicos de toda relación humana	20 minutos
Participación voluntaria	Experiencias vivenciales	10 minutos
Como seleccionar amistades	Entablar conversación con padres sobre temas de interés	5 minutos
Tiempo de preguntas	Expresar dudas	10 minutos

5. Resumen del contenido

Elemento básico de toda relación humana "El respeto", a fin de recalcar la importancia que tienen estos elementos en el desarrollo de la identidad de todo adolescente.

1. ¿Qué es el noviazgo? El noviazgo es una relación transitoria entre un hombre y una mujer que tienden al matrimonio. Es la relación entre dos enamorados que desean conocerse mejor para ver si llegan a casarse.

2. El noviazgo y el enamoramiento. El noviazgo es una etapa muy bonita de la vida con la característica principal del enamoramiento, que incluye varias actitudes. Pensamiento frecuente en la persona amada, que se presenta idealizada y maravillosa. Deseo de verse, de conversar, de reunirse. Deseo de agradar a quien se ama. Planificación intensa para conseguir los proyectos

anteriores (agradar, encontrarse...), con ligero descuido de otros deberes. Sentimientos y emociones intensos ante la presencia real o imaginada del amado. Deseo de servir y buscar el bien del amado. Esto es lo característico del auténtico amor, mientras que los puntos anteriores son algo inestables y propios del amor-sentimiento (que también es correcto).

3. ¿A qué relaciones se llama noviazgo? Entre un hombre y una mujer hay trato profesional, familiar, deportivo, etc. Y ninguno de ellos es un noviazgo. Para que lo sea debe tratarse de una relación afectiva con vistas al matrimonio.

4. ¿Cualquier relación afectiva es un noviazgo? Normalmente este nombre sólo se aplica a un trato algo estable, donde el matrimonio se ve como posible. Otras relaciones afectivas entre un hombre y una mujer reciben nombres diferentes.

La relación de pareja adolescente es una relación carente de compromiso formal que se desarrolla entre los 10 y 20 años pudiendo extenderse en la edad adulta. Nuestra sociedad no reconoce en la relación de pareja adolescente a una institución y, erróneamente, casi no le asigna un interés particular desde el punto de vista educativo y de orientación.

4.4 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.4.1 Logros

- ✓ planificación familiar
- ✓ reducir el estrés postraumático
- ✓ atención de casos de emergencia
- ✓ medicina gratis
- ✓ capacitación de temas de familia

4.4.2 Limitaciones

- ✓ Transporte escaso
- ✓ Plan terapéutico sin continuar
- ✓ Clima frío

4.4.3 Conclusiones

- 1) Las catástrofes repercuten en la integridad psicológica de los afectados, tanto víctimas como profesionales que actúan en el lugar del hecho.
- 2) 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.
- 3) A través de la intervención terapéutica adecuada, se 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.

4.4.4 Recomendaciones

1. 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.
2. 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.
3. Evaluar y dar atención psicológica a los profesionales que se desempeñan en situaciones de catástrofe, enfocándose específicamente a prevenir el Síndrome de Burnout.

4.5 Presentación de proyecto de salud mental

▪ Introducción

El manejo de la crisis posterior a experimentar un evento catastrófico en la vida de una persona, en donde la intervención psicológica llega a ser una herramienta básica e indispensable para aceptar la situación posterior al evento vivido y llegar a restablecer el equilibrio emocional,

psicológico y físico de la población afectada. Dada la complejidad que dicha labor representa, se requiere de profesionales de la Psicología que posean una alta capacidad de persuasión, comprensión, empatía y convicción tanto para lograr las metas antes descritas, así como lograr enfocar a las personas atendidas hacia el descubrimiento de los factores positivos y recursos con los que cuenta, luego del evento.

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

II. 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 Ágata; 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.

III. Objetivos

III.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.

III.2 Específicos

- f) Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- g) Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.
- h) Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.

- i) Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- j) Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

IV. Metodología

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

4.1 Datos generales

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

Fecha: Sábado 16 de octubre de 2010

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

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

4.2 Grupos de intervención psicológica

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

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

d) Hombres

4.2.1 Plan de acción de cada grupo

A. Plan de acción para niños y niñas

A.1 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.

A.2 Cronograma de actividades

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

B. Plan de acción para mujeres

B.1 Objetivos

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.

B.2 Agenda

- Bienvenida
- Presentación (dinámica la telaraña)
- Charla sobre autoestima
- Dinámicas para detección de casos
- Atención individual
- Información general de especialidades a brindar
- Referencias a especialidades.

C. Plan de acción, grupo de hombres

C.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)

C.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

C.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.)

C.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

D. 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

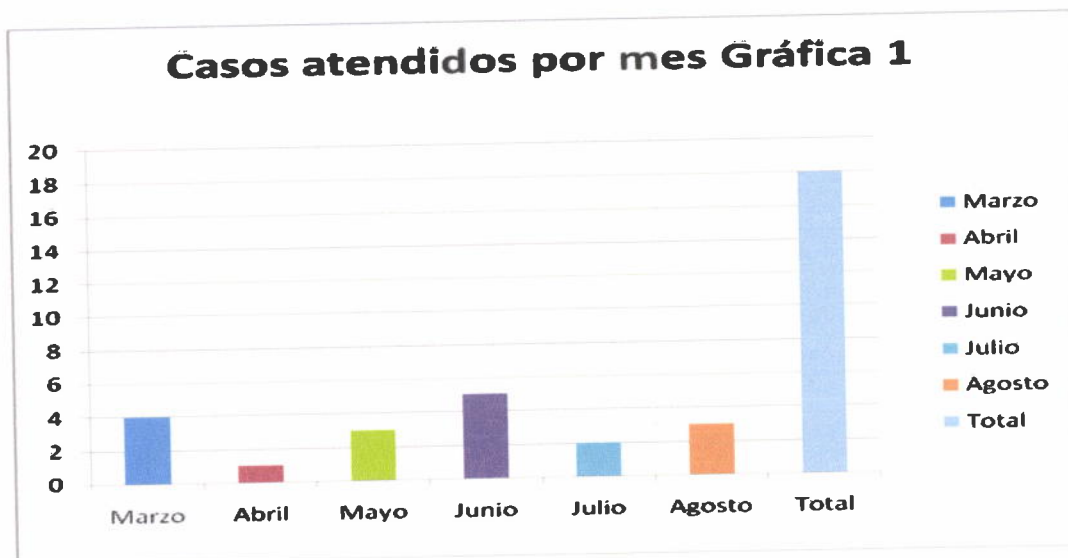
E. Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

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

4.6 Graficas y análisis de resultados

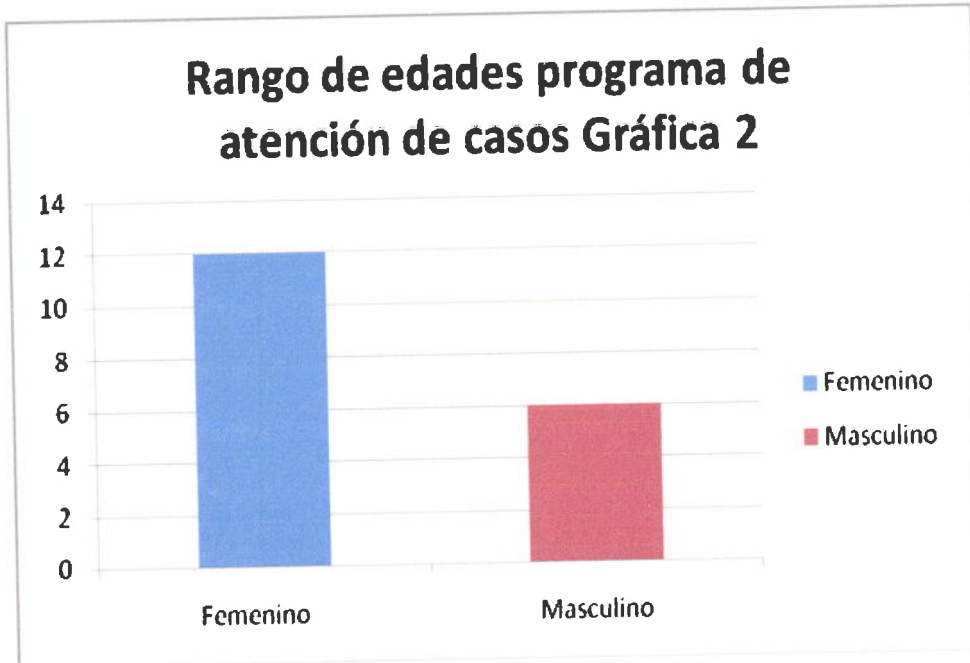
Programa de atención de casos

Gráfica No. 1



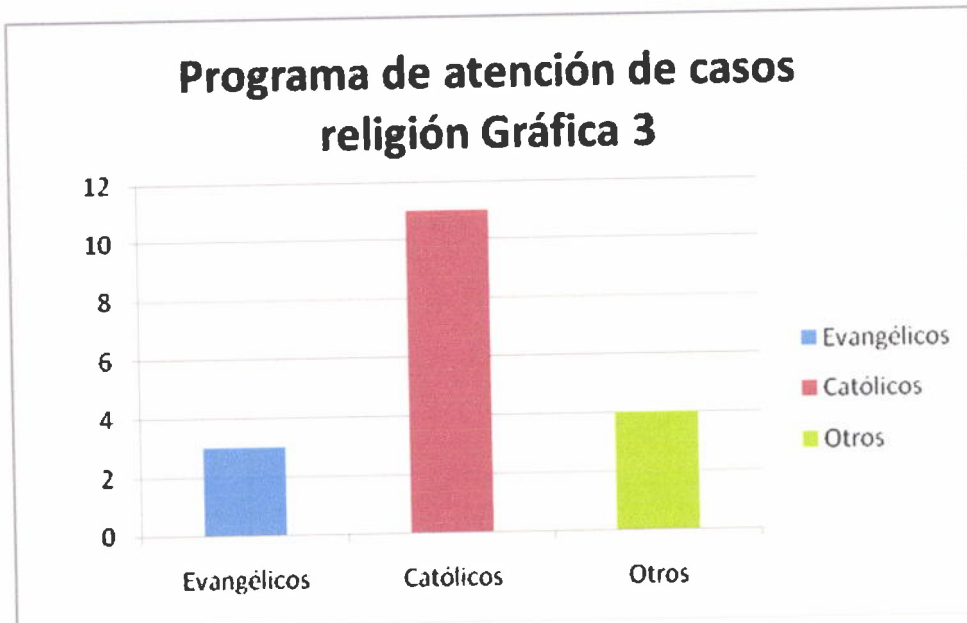
Fuente: propia

Gráfica No. 2



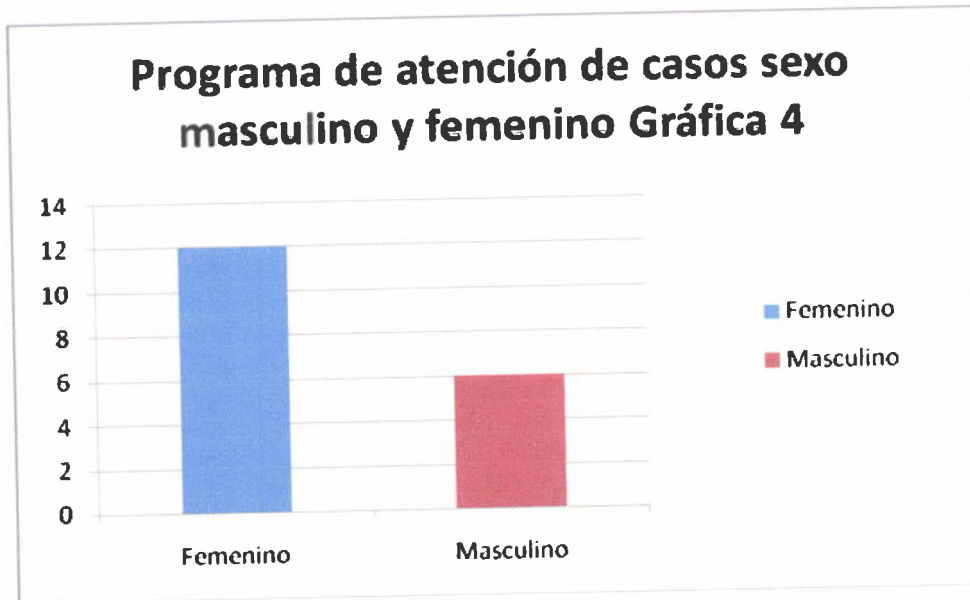
Fuente: propia

Gráfica No. 3



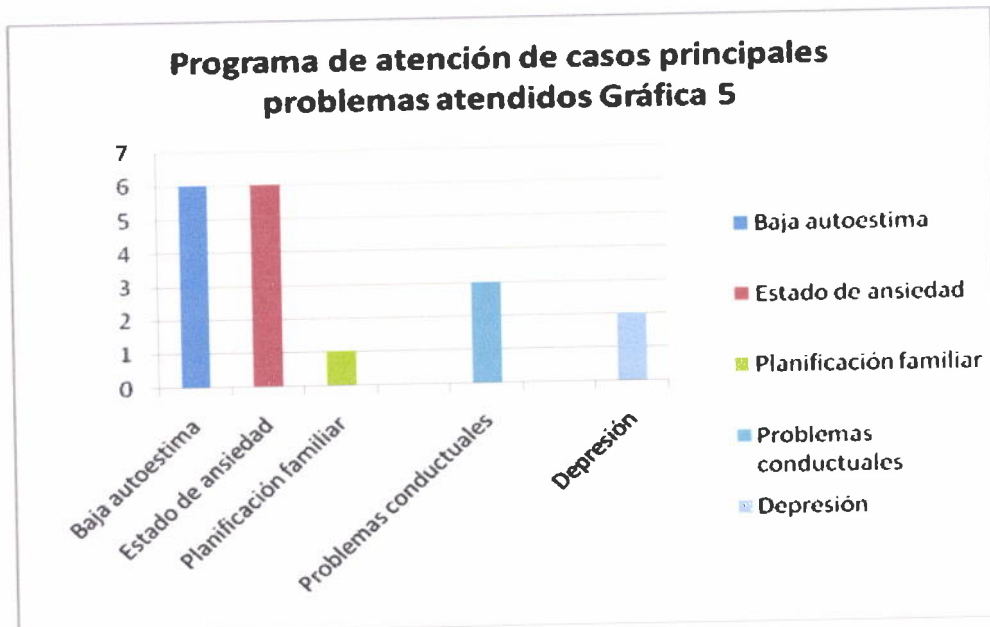
Fuente: propia

Gráfica No. 4



Fuente: propia

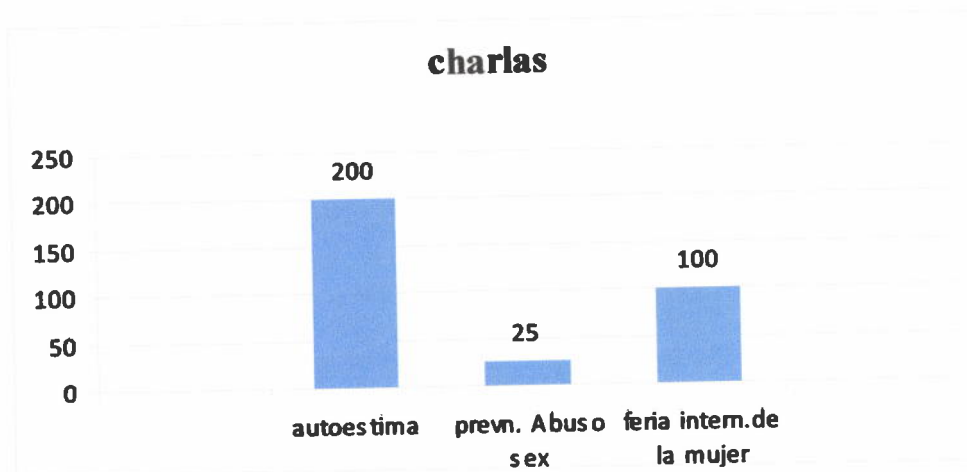
Gráfica No. 5



Fuente: propia

4.5.1. Programa de capacitación

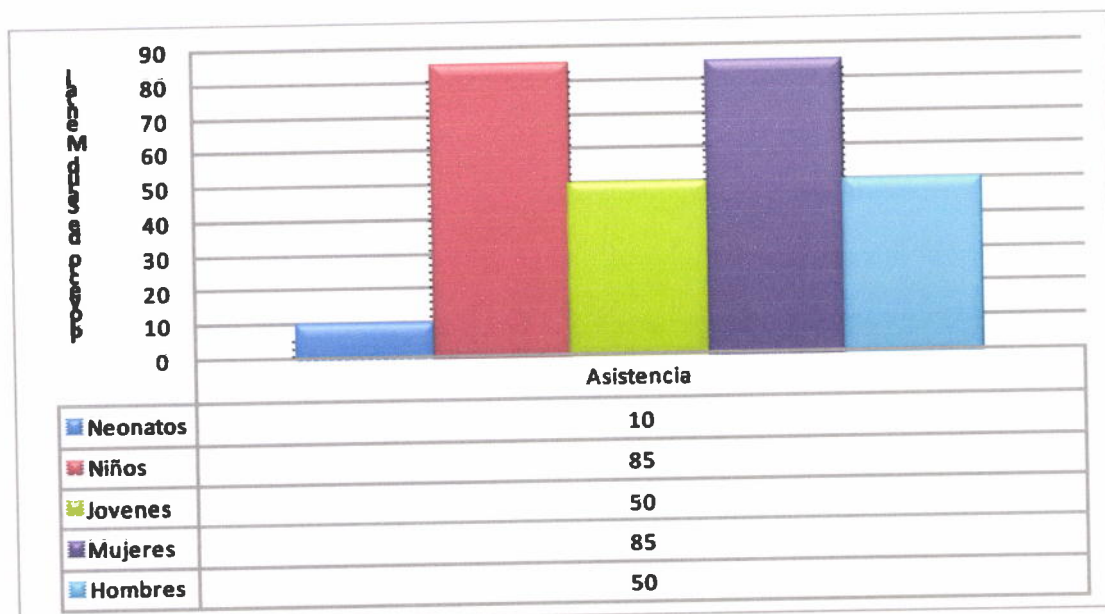
Grafica 5 Temas de charlas impartidas



Fuente: propia

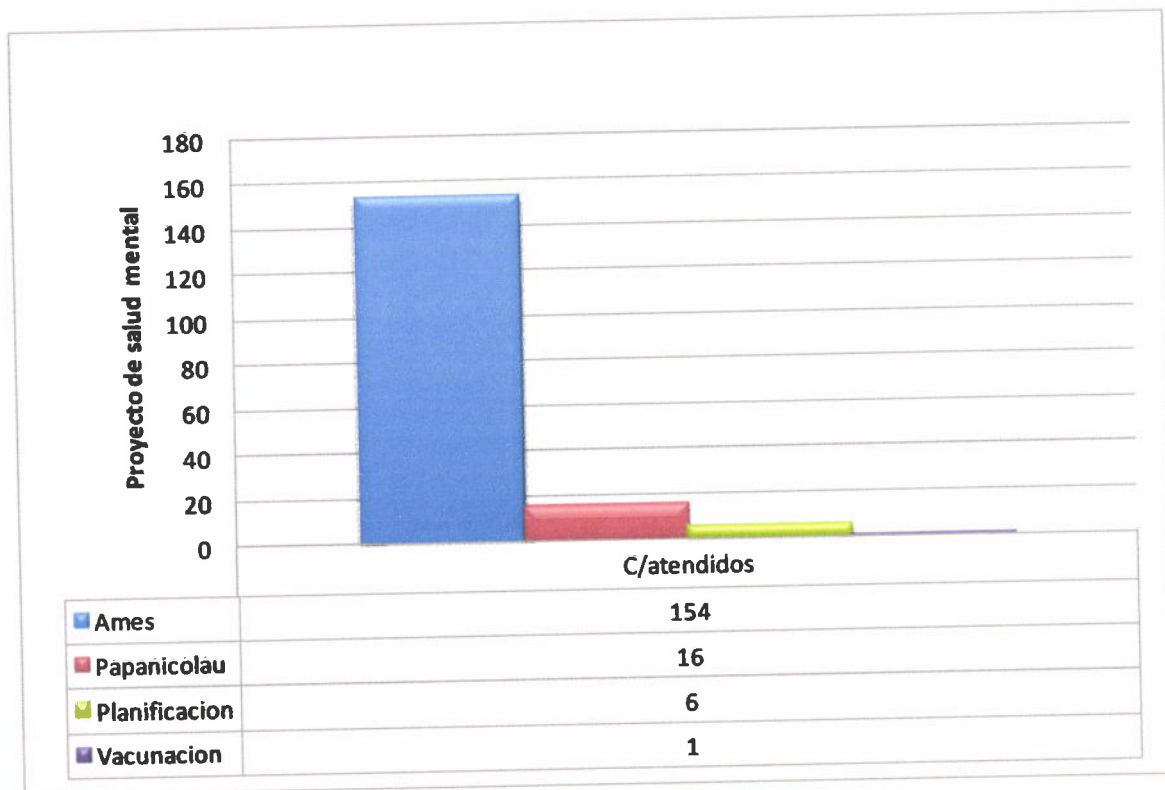
4.6.2 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica No. 6: Población atendida en la intervención psicológica



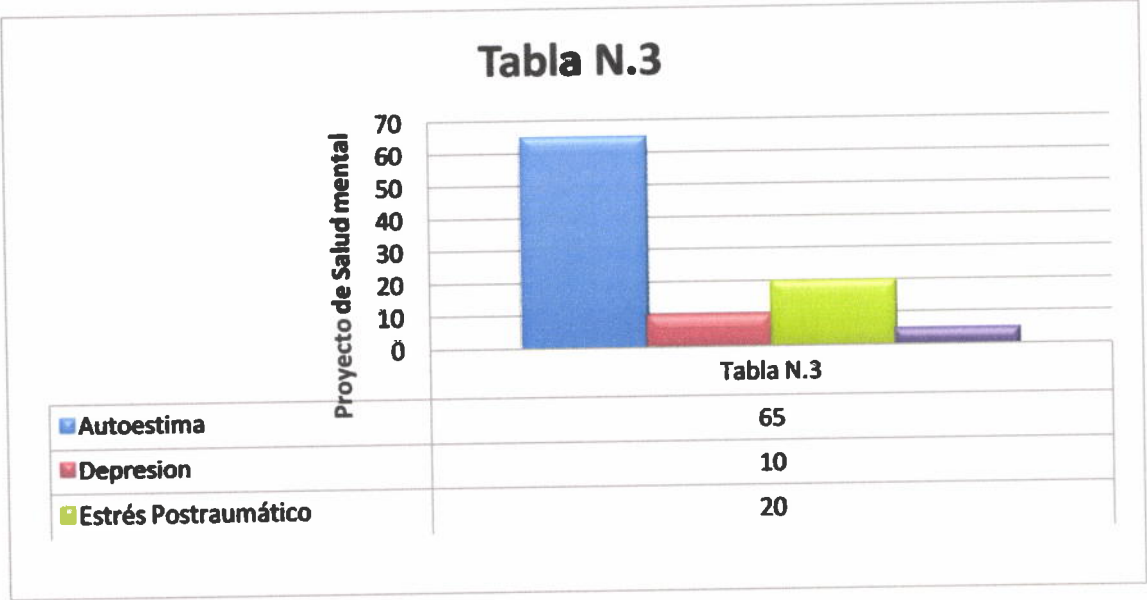
Fuente propia

Gráfica No. 7: Personas atendidas por especialidad médica



Fuente propia

Gráfica No. 8: Cuadros patológicos detectados

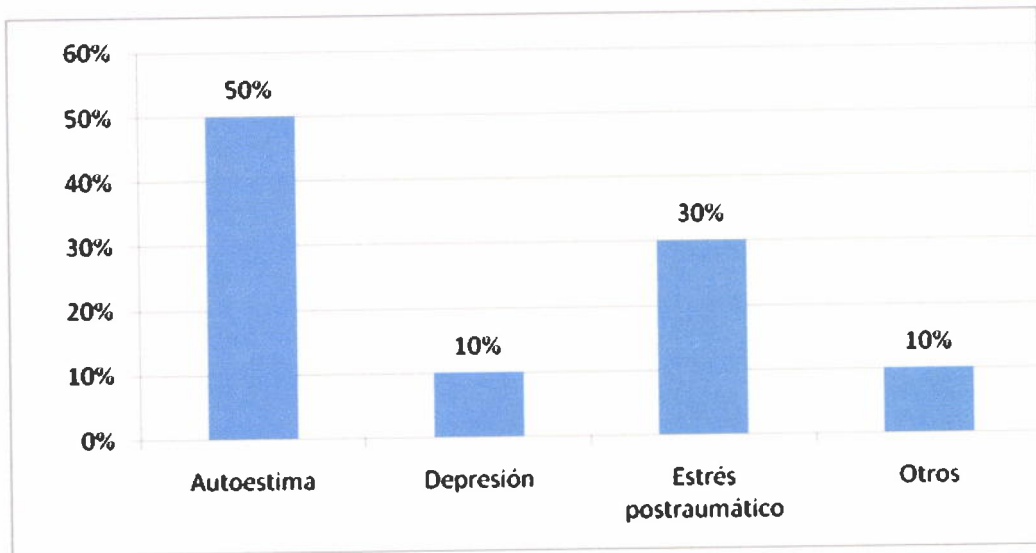


Fuente propia

Grafica No.9 Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

1. Niños:

- Autoestima: 50%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 30%
- Otros: 10%

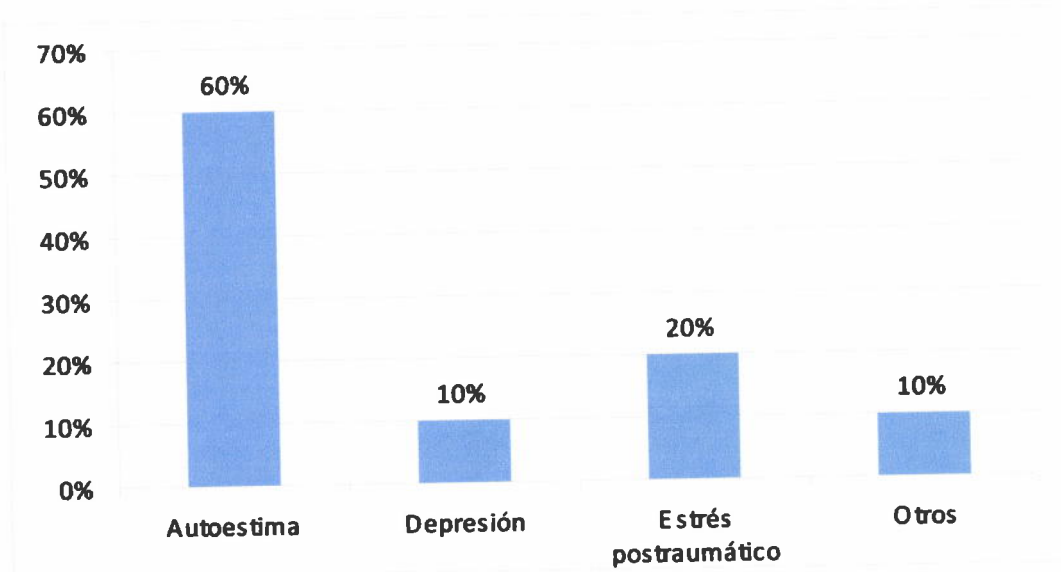


Fuente propia

2. Jóvenes:

- Autoestima: 60%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 20%
- Otros: 10%

Grafica No. 10

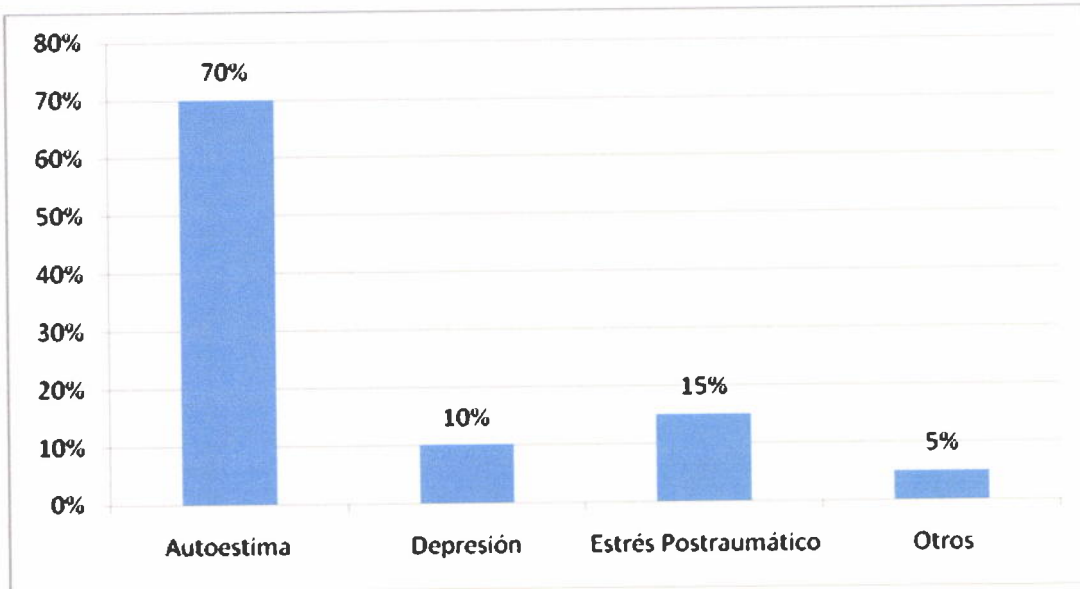


Fuente propia

Grafica No. 11

3. Mujeres:

- Autoestima: 70%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%

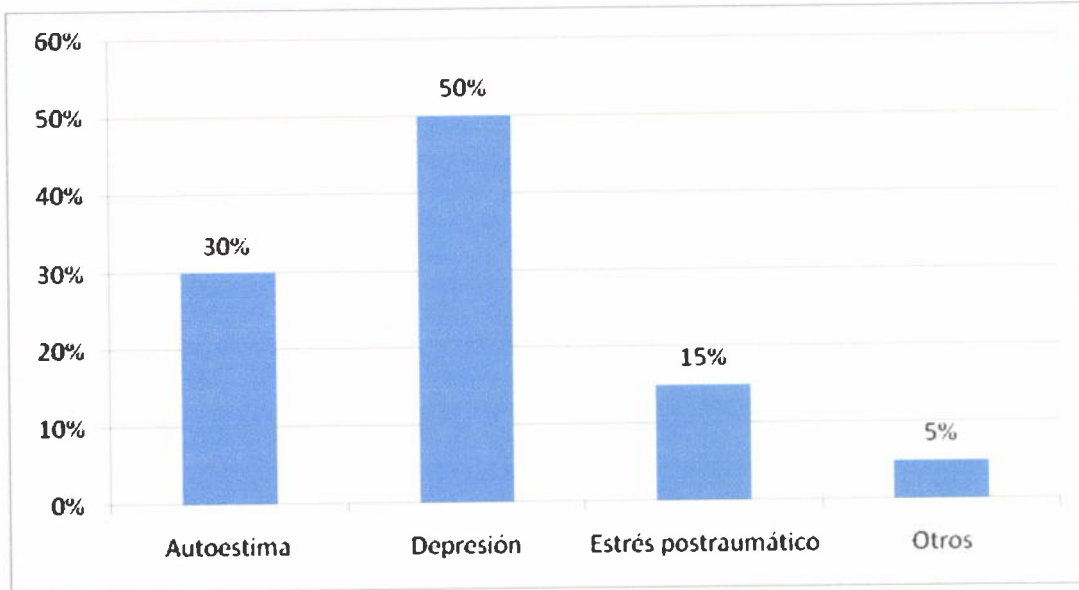


Fuente propia

Grafica No. 12

4. Hombres

- Autoestima: 30%
- Depresión: 50%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%



Fuente propia

4.7 Analisis de datos

Gráfica No.1 Se observa que la mayoría de casos atendidos durante la práctica Profesional Dirigida, se atendió mas en el mes de junio.

Gráfica No.2 Se observan las edades de los paciente que se atendieron más el sexo femenino donde hay principales problemas emocionales.

Gráfica No.3 Se observan las religiones de los pacientes que acudieron al servicio de atención psicológica las cuales fueron evangelicos y catòlicos, y se mostrandose un porcentaje mayor en el de los evasngélicos.

Gràfica No. 4 Se observan los problemas atendidos durante la Practica Profesional Dirigida, el porcentaje mayor fue de problemas de aprendizaje y autoestima.

Grafica No. 5 Se observan los temas de las charlas y el número de pacientes que asistieron a la misma, estos son temas de principal necesidad en la Clínica Médica Municipal.

Grafica No, 6 Se observa la poblacion atendida en el proyecto de salud mental (85) niños (85) mujeres (50)jóvenes (50) hombres recibieron atención psicológica.

Gràfica No.7 Se observa el número de personas atendidas en el proyecto de salud mental por especialidad mèdica (154) papanicolau (16) planificaciòn familiar (6) y vacunaciòn (1)

Gràfica No. 8 Se observan los cuadros patològicos detectados en la poblaciòn: autoestima (65) depresiòn (10) estrès postraumàutic (20) otros (5).

Gràfica No. 9 Se observan cuadros patologicos atendidos por grupo poblacional en niños autoestima (50) depresiòn (10) estrès postraumatico (30) otros (10). En jóvenes autoestima (60) depresiòn (10) estrès postraumàtic (20) otros (10). En mujeres autoestima (70) depresiòn (10) estrès postraumatico (15) otros (5). En hombres autoestima (30) depresion (50) estrès postraumàtic (15) otros (5)

10. Conclusiones

1. 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.
2. Esto se logrará a través de la intervención terapéutica adecuada, que irá restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis. Igualmente, esta ayuda será de gran beneficio para el correcto manejo del duelo resultante de la pérdida de seres queridos, víctimas de la catástrofe experimentada en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, de Santa Apolonia en Chimaltenango.

11. Recomendaciones

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

Conclusiones

1. A través de la aplicación de las terapias en todo el proceso de la Práctica Profesional Dirigida, fue necesario detectar los conflictos que afectan la salud mental y física de los y las pacientes.
2. Valorar la aplicación de atención psicológica en las comunidades como una herramienta a la resolución de conflictos internos según la personalidad, temperamento, carácter, etc. Con el fin de alivianar su dolor.
3. Fomentar una autoestima saludable en la familia que visita el centro de atención psicológica, para encontrar posibles soluciones a su problemática actual para la toma de decisiones adecuadas.
4. Enseñarle al paciente a aceptar que tiene un problema por el que debe preocuparse y encontrar la respuesta a sus inquietudes.
5. Identificar a través de las distintas técnicas psicológicas las que el psicólogo profesional va a utilizar en el proceso de psicoterapia.

Referencias

1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales-DSMIV-TR. Edición Masson. México.
2. Barlow D. y Durad. M... Thomson Psicología Anormal. Lerner. a. edición México
3. Belloch A., sandin B. S Ramos Manual de psicopatología,, F. McGraw Hill, primera edición, (1997) México.
4. Kolb, L Psiquiatría clínica Moderna prensa Médica Mexicana.
5. De la Fuente ramón la patología mental y su terapéutica Fondo de cultura económico.
6. Harry Stack Sullivan la entrevista psiquiátrico: edit. Psique
7. José de Jesús Gonzales Muñoz psicoterapia grupal: manual moderno
8. Bellak y small psicoterapia breve y de emergencia: edit. Pax
9. Carl Rogers terapia centrada en el cliente Barcelona ediciones Ibérica
10. Ellis, Albert. Manual de terapia racional emotiva. Volumen II Bilbao: editorial Desclee.
11. Moreno Jacob. El psicodrama. México. Ediciones fondo de cultura económico
12. Craig Grace. Desarrollo psicológico. Prentice hall
13. Dorch, f. Diccionario de psicología. Herder
14. Aguilar, Guido, de Lebl, blanca G, rocinis, conducta problemas en el niño anormal. Editorial trillas
15. Collins, Gary consejería cristiana efectiva. Editorial portavoz
16. M. Jacobs. Esa vos Interior: Editorial Clie
17. [www. psicología popular.com](http://www.psicología popular.com)
18. www.comportamentan.com
19. wwwpsicodirectori.com
20. [wwwes.wikipedia.org/wiki/Carl Roger](http://wwwes.wikipedia.org/wiki/Carl_Roger)
21. wwwes.wikipedia.org/wiki/psicodrama
22. www.logoterapia.com.
23. www.depresion.psicomag.com

ANEXOS

ANEXO 1

Clínica Médica Municipal

Licda. Sonia Magaly Pappa

Catedrática de Práctica

Respetable Licenciada:

El infrascrito encargado de la Clínica Médica Municipal, del municipio de Santa Cruz Balanyá del departamento de Chimaltenango.

HACE CONSTAR

Que la señorita **Candida Rosana Chonay Ruyán**, estudiante de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, de la Facultad de Ciencias de la Educación, **cumplió con las 260 horas de práctica** que se llevo a cabo de marzo a agosto del año en curso, según lo solicitada por la interesada.


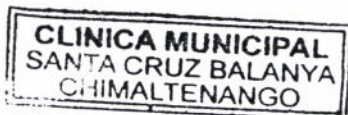
PARA LOS USOS LEGALES QUE CONVENGAN, SE EXTIENDE SELLA Y FIRMA LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ BALANYÁ, A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIEZ.

Vo.Bo.



Emilio Coroy Juárez

Encargado y Jefe



Licenciada Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL
Extensión Chimaltenango
Práctica Profesional Dirigida

Evaluación de práctica

Nombre de la Institución: Clínica Medica Municipal

Dirección: Cantón "el Progreso", Santa Cruz Balanyá

Chimaltenango Tel.: 58190334

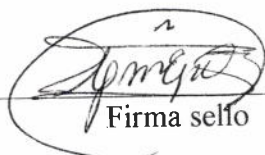
Director (a) Encargado (a): Emilio Coroy Juárez

Nombre de la (el) alumna (o) practicante: Candida Rosana Chonay Ruyán

Grado: Quinto Psicología Fecha: 03

	ASPECTOS A CALIFICAR	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1.	Puntualidad				✓
2.	Asistencia				✓
3.	Iniciativa				✓
4.	Creatividad				✓
5.	Actitud ética				✓
6.	Conocimiento				✓
7.	Responsabilidad				✓
8.	Relaciones interpersonales				✓
9.	Apoyo a la Institución con atención psicológica				✓
10.	Presento planificación de actividades				✓
11.	Atención a casos especiales				✓
12.	Impartió charlas y talleres				✓

Observaciones: _____


Firma sello



Clínica Médica Municipal
Cantón “el Progreso” Santa Cruz Balanyá
Chimaltenango

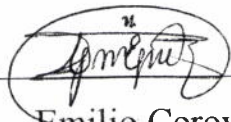

Marzo de 2010.

A: Licda. Sonia Magaly Pappa
Catedrática de Práctica

El saludo deseándoles muchas bendiciones y éxitos en sus labores que a diario realiza.

Me dirijo a usted para informarle que él encargado de la Clínica Médica Municipal, de Santa Cruz Balanyá **autoriza la realización de la Práctica Profesional Dirigida** a Candida Rosana Chonay Ruyán, colaborando así en la formación de profesionales que mejoran nuestro país y con la Universidad Panamericana de Guatemala, agradezco por el privilegio que nos da al enviar a su estudiante de la Carrera de Psicología y Consejería Social, con el fin de apoyar nuestra comunidad, con atención psicológica.

Me suscribo de usted, como su atento y seguro servidor.

F.  

Emilio Coroy Juárez

Encargado

Clínica Médica Municipal
Cantón "el Progreso" Santa Cruz Balanyá
Chimaltenango

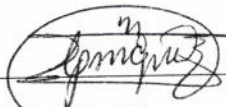
Agosto de 2010.

A QUIEN INTERESE:

El infrascrito encargado de la Clínica Médica Municipal; hace constar que la señorita Candida Rosana Chonay Ruyán, impartió su charla con el tema Motivación Laboral en la institución antes mencionada el día martes 03 de agosto del año en curso en el horario de 10.00 am. A 11.00 am. Con el propósito de mejorar las relaciones interpersonales y de autoestima.

Y PARA LOS USOS LEGALES QUE CONVENGAN, SE EXTIENDE SELLA Y FIRMA LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ BALANYÁ, A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE DOS MIL DIEZ.

F.



Emilio Coroy Juárez

Encargado



Instituto Nacional de Educación Básica “El Mirador”

Cantón “El Progreso” Santa Cruz Balanyá

Chimaltenango

Agosto de 2010.

A QUIEN INTERESE:

La infrascrita directora del Instituto Nacional de Educación Básica “El Mirador” ubicada en el Cantón La Independencia del municipio de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango.

HACE CONSTAR

Que la señorita Candida Rosana Chonay Ruyán, impartió su charla con los grados de Primero y Segundo básico con el tema Adolescencia y una buena autoestima, en la institución antes mencionada el día martes 10 de agosto del año en curso en el horario de 2.00 pm. a 3.00 pm. Con el propósito de conocerse así mismos(as), para obtener una autoestima sana.

Y PARA LOS USOS LEGALES QUE CONVENGAN, SE EXTIENDE SELLA Y FIRMA LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ BALANYÁ, A LOS TRECE DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIEZ.


F. 
Prof. Lucía González
Directora

Instituto Nacional de Educación Básica "El Mirador"

Cantón "El Progreso" Santa Cruz Balanyá

Chimaltenango

Agosto de 2010.

A QUIEN INTERESE:

La infrascrita directora del Instituto Nacional de Educación Básica "El Mirador" ubicada en el Cantón La Independencia del municipio de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango.

HACE CONSTAR

que la señorita Candida Rosana Chonay Ruyán, impartió su charla con el grado de Primero básico con el tema Educación sexual, en la institución antes mencionada el día martes 17 de agosto del año en curso en el horario de 3.00 pm. a 4.00 pm. Con el fin de estar informados y prevenir acciones que podrían ser lamentables en un futuro.

PARA LOS USOS LEGALES QUE CONVENGAN, SE EXTIENDE SELLA Y FIRMA LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ BALANYÁ, A LOS DIESISIETE DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIEZ.

F. 
Prof. Lúcia González
Directora



Instituto Nacional de Educación Básica “El Mirador”

Cantón “El Progreso” Santa Cruz Balanyá

Chimaltenango

Agosto de 2010.

A QUIEN INTERESE:

La infrascrita directora del Instituto Nacional de Educación Básica “El Mirador” ubicada en el Cantón La Independencia del municipio de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango.

HACE CONSTAR

que la señorita Candida Rosana Chonay Ruyán, impartió su charla con el grado de Primero y Segundo básico con el tema Noviazgo en la adolescencia, en la institución antes mencionada el día miércoles 25 de agosto del año en curso en el horario de 3.00 pm. a 4.00 pm. Con el propósito de respetarse así mismo(a) y a los demás al desarrollar su propia identidad y prepararse para un futuro.

PARA LOS USOS LEGALES QUE CONVENGAN, SE EXTIENDE SELLA Y FIRMA LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ BALANYÁ, A LOS CINCO DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE DOS MIL DIEZ.

F. 
Prof. Lucia Gonzalez
Directora



Instituto Nacional de Educación Básica “El Mirador”

Cantón “El Progreso” Santa Cruz Balanyá

Chimaltenango

Agosto de 2010.

A QUIEN INTERESE:

La infrascrita directora del Instituto Nacional de Educación Básica “El Mirador” ubicada en el Cantón La Independencia del municipio de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango.

HACE CONSTAR

que la señorita Candida Rosana Chonay Ruyán, impartió su charla con el grado de Segundo básico con el tema ¿Consecuencias del consumo de drogas?, en la institución antes mencionada el día miércoles 25 de agosto del año en curso en el horario de 3.00 pm. a 4.00 pm. Con el objetivo de fomentar en los y las estudiantes el valor de la vida, previniendo toda enfermedad que hasta la vida les podría costar.

PARA LOS USOS LEGALES QUE CONVENGAN, SE EXTIENDE SELLA Y FIRMA LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ BALANYÁ, A LOS VEINTE DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIEZ.


E. Prof. Lucia González
Directora

