

PPD-ED-96
T968

BIBLIOTECA UPANA I. 18,007

Q. 100 00 20 JUL 2011

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



**Principales problemas emocionales que afectan la salud de los pacientes
atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango dirigido a niños y
adolescentes**

(Informe de práctica profesional dirigida)



Mildred Johana Tuyuc Abaj

Chimaltenango, Noviembre 2010

**Principales problemas emocionales que afectan la salud de los pacientes
atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango dirigido a niños y
adolescentes**

(Informe de práctica profesional dirigida)

Mildred Johana Tuyuc Abaj (Estudiante)

Lieda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango, noviembre de 2010

DICTAMEN APROBACION
SEMINARIO DE INTEGRACION

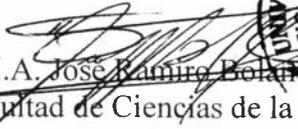
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: Mildred Johana Tuyuc Abaj
estudiante de la carrera de Licenciatura
en Psicología y Consejería Social, de esta Facultad
solicita autorización para la realización de Practica
Profesional Dirigida para completar requisitos de
graduación.

Dictamen No. 020 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: **"Principales Problemas emocionales que afectan la salud de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango dirigido a niños y adolescentes"** 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. 5 del inciso a) al g).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante Mildred Johana Tuyuc Abaj 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 el Hospital Nacional de Chimaltenango, presentado por la estudiante

Mildred Johana Tuyuc Abaj.

Quien se identifica con número de carné 0601826 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

"Sabichoria ante todo, adquiere sabiduria"

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

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con la temática: **Principales problemas emocionales que afectan la salud de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango dirigido a niños y adolescentes.** Presentado por la estudiante **Mildred Johana Tuyuc Abaj**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.

Licda. Karen Dubón
Revisor (a)

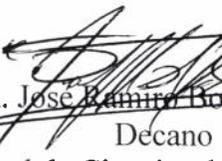


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Principales problemas emocionales que afectan la salud de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango dirigido a niños y adolescentes.** Presentado por la estudiante **Mildred Johana Tuyuc Abaj**, 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 Buitrago Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación





UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias de la Educación
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, febrero de 2010

Dr. Walter José Córdova Pérez
Director Hospital Nacional
Chimaltenango

Respetable Doctor:

Lo saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, MILDRED JOHANA TUYUC ABAJ pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

Dicha práctica dura de marzo a agosto, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

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

Atentamente,

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica

Dra. Thelma Sanchez
Coordinadora Sede Chimaltenango



Contenido

Capítulo 1 Marco de referencia

Resumen	1
Introducción	2
1.1 Descripción de la institución	3
1.2 Misión	3
1.3 Visión	3
1.4 Organigrama	4
1.5 Objetivos	5
1.6 Población que atiende	5
1.7 Descripción de la población que atiende	5
1.8 Planteamiento del problema	5

Capítulo 2 Referente teórico

Introducción	
2.1 Principales problemas emocionales que afectan la salud mental	6
2.1.1 Depresión	6
2.1.2 Ansiedad	7
2.1.3 Estrés	11
2.1.4 Problemas psicosomáticos	25
2.2 Psicopatología	27
2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos	31
2.2.3.1 Trastornos alimenticios	31
2.2.3.2 Trastornos del sueño	44
2.2.3.3 Trastornos de la personalidad	52
2.2.4 Métodos de psicodiagnóstico	66
2.2.5 La psicoterapia	91

2.2.5.4 Modelos de psicoterapia	94
2.2.5.5 Formas de psicoterapia	101
2.2.5.5.5 Psicoterapias Alternativas	116
Conclusiones	121

Capítulo 3 Referente metodológico

Introducción	122
3.1 Programa de la práctica	122
3.2 Cronograma de actividades	126
3.3 Planificación de actividades	131
3.4 Subprogramas	134
3.4.1 Programa de atención de casos	134
3.4.2 Programa de capacitación	136
3.4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	138

Capítulo 4 Presentación de resultados

Introducción	141
4.1 Programa de atención de casos	141
4.1.1 Logros	141
4.1.2 Limitaciones	141
4.1.3 Conclusiones	142
4.1.4 Muestra de cinco casos atendidos	143
4.2 Programa de capacitación	155
4.2.1 Logros	155
4.2.2 Limitaciones	155
4.2.3 Conclusiones	155
4.2.4 Recomendaciones	156
4.3 Presentación de contenido de las charlas y talleres	157
4.3.1 Charla de prevención contra el abuso sexual infantil	157

4.3.2 Autoestima	158
4.3.3 Feria internacional de la mujer	160
4.4 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	161
4.5 Presentación de proyecto de salud mental	163
4.6 Presentación de resultados	169
4.6.1 Programa de atención de casos	169
4.6.2 Programa de Capacitación	171
4.6.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	172
4.7 Análisis de datos	178
Conclusiones generales	180
Recomendaciones	181
Referencias	182
Anexos	183
Anexo 1 horas de práctica	
Anexo 2 evaluación de práctica	
Anexo 3 constancia de charlas impartidas	
Anexo 4 fotografías	

Resumen

El presente informe contiene información teórica y práctica que fue utilizada en el proceso de la realización de la Práctica Profesional Dirigida, la cual es requisito para el egreso de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social y que consiste en una serie de fases.

En la primera fase el estudiante adquirió una información general de los contenidos durante la Práctica Profesional Dirigida. Así mismo se elaboraron los documentos para la solicitud de la realización del trabajo de campo. En esta fase se inicia la investigación del marco referencial del centro de práctica y la problemática principal detectada. Se continuó la detección de casos individuales de la población.

En la segunda fase se realizó la supervisión de las primeras actividades, dándole inicio también a la elaboración de las historias clínicas de cada paciente. Se aplicaron técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico, se llevaron a cabo capacitaciones y talleres a grupos de personas en el centro de práctica.

En la tercera fase se elaboró y ejecutó el proyecto de salud mental en comunidades rurales del municipio de Santa Apolonia Chimaltenango, afectadas por la tormenta Agatha; en esta fase se culmina el proceso y se realiza el análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida.

En la parte final del presente informe se encuentran los resultados obtenidos durante la etapa de trabajo de campo.

Introducción

En el presente informe se detallan cada uno de los pasos que se realizaron durante la Práctica Profesional Dirigida que se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Chimaltenango. Se presentan análisis, guías, planificaciones, trabajos realizados y toda una serie de cuestionamientos requeridos para terminar con éxito la práctica requerida como uno de los requisitos de egreso dados por la Universidad en último año de la carrera de Psicología y Consejería Social.

En el informe también se detallan los datos generales de la institución donde se llevó a cabo la Práctica Profesional Dirigida, en el marco conceptual se detallan los principales trastornos que se diagnosticaron en los pacientes que acudieron a las terapias.

En esta fase de la práctica se realizaron varias técnicas aprendidas durante el curso de práctica, implementando los métodos y los modelos aprendidos para llevarlos a cabo en la fase de la práctica con los pacientes que asistieron al centro.

Cada una de las vivencias en el centro fue de mucha satisfacción personal, y enriquecimiento profesional en la carrera como futura psicóloga.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

La Práctica Profesional Dirigida es una actividad en donde se aplica la Psicología y Consejería Social en la resolución de problemas que afectan a la sociedad guatemalteca. Esta actividad de formación profesional se lleva a cabo en diferentes instituciones de servicio a la comunidad como lo es el Hospital Nacional de Chimaltenango, cuyos datos se detallan a continuación.

1.1 Descripción

El Hospital Nacional de Chimaltenango está ubicado en el Municipio de Chimaltenango, en la zona 1 del mismo y presta atención médica a todo tipo de personas dando un servicio público. Cuenta con instalaciones adecuadas aunque carece de un departamento estructurado de Psicología.

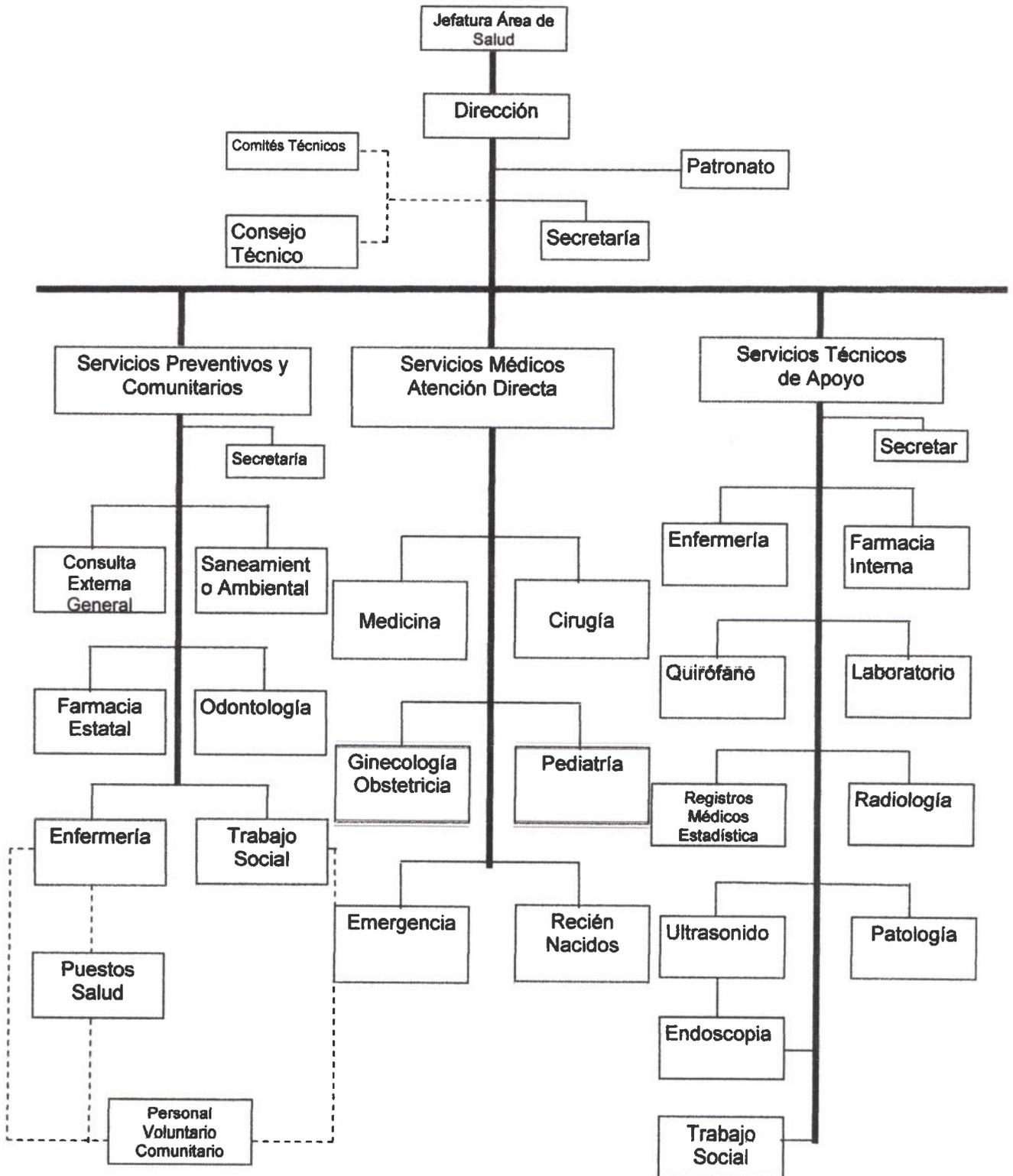
1.2 Misión

Devolver o mejorar las condiciones de salud de las personas habitantes del Departamento de Chimaltenango, y de las que nos consultan para hacernos personas capaces de contribuir al desarrollo de sus familias y la sociedad, a través de los servicios de prevención y recuperación de la salud que les ofrecemos.

1.3 Visión

Mejorar la calidad de vida de la población del Departamento de Chimaltenango, en sus aspectos física, mental y social enfocada en la recuperación y mantenimiento de una población sana.

1.4 Organigrama del Hospital Nacional de Chimaltenango



1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Mejorar los servicios de atención en salud en forma eficiente y de calidad a la población del Departamento de Chimaltenango, a un mediano plazo a través de nuestro recurso humano y actividades programadas.

1.5.2 Objetivos específicos

- a) Ampliar la cobertura en servicios de encajamiento, consulta externa y emergencias.
- b) Mejorar la capacidad de ejecución operativa de nuestro recurso humano, a corto plazo mediante acciones de capacitación y motivación.
- c) Mejorar la imagen y credibilidad de la institución a través de la calidad de atención a la población del Departamento de Chimaltenango.

1.6 Población que atiende

El Hospital Nacional de Chimaltenango presta sus servicios de medicina general a todas las personas que necesiten de atención médica

1.7 Descripción de la población que atiende

El Hospital Nacional de Chimaltenango atiende a niños, niñas, mujeres, hombres y adultos del área rural y urbana.

1.8 Planteamiento del problema

Los problemas emocionales son parte de la vida de las personas en la sociedad, en donde su nivel emocional es afectado y por ende tienen que recurrir a atención psicológica la cual debe tener el objetivos, principal de la obtención de la salud mental de la población chimaltenango.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

De acuerdo a las necesidades que se presentaron en el centro de práctica se realizó la investigación de algunos temas, entre ellos los principales problemas emocionales que afectan la salud mental de las personas. A continuación se presentan dichos temas, incluyendo también contenidos de interés para el ejercicio práctico de la psicología.

2.1 Principales problemas emocionales que afectan la salud mental

A continuación se desarrollan los principales problemas emocionales que afectan la salud dichos temas que se estudiaron durante la Práctica Profesional Dirigida.

2.1.1 Depresión

Es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo. Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Hay indicios que apuntan a que se trate, también, de un trastorno cerebral, y que la principal zona del cerebro responsable del mismo se halle en una diminuta región de la corteza prefrontal, el área 25.

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. Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos (abanderados por la fluoxetina, la "píldora de la felicidad" del siglo XX), la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas.

El término en psicología de conducta (ver terapia de conducta o modificación 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). Así, 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.

2.1.1.1 Síntomas

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 correlacionada 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 abruma 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 el 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 sicopatología, que puede ser descrita en un cuadro clínico (nosología)

2.1.1.2 Evaluación diagnóstica

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. Quien diagnostique también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton. Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

Desde la terapia de conducta el objetivo del diagnóstico está en realizar una evaluación individual, cuyos datos permitirán el diseño individual de tratamiento y controlar dicho proceso.

Los cuestionarios no serían usados para comparar distintos sujetos o para comprobar si alcanza una determinada puntuación. Sino que permiten comparar la puntuación antes y después del tratamiento, como una medida de control sobre las variables psicológicas en cuestión.

2.1.3 Tratamiento

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas leves o moderadas de depresión. Las personas con depresión severa más a menudo mejoran con antidepresivos, en estos casos la mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión.

El psiquiatra puede recetar medicamentos y el psicólogo y la persona específicamente formada para ello llevar a acabo una psicoterapia (véase psiquiatría y psicología). En ambos casos, dependiendo del diagnóstico del paciente (según el modelo médico) y de la gravedad de los síntomas (muy especialmente el la terapia de conducta)

Según la revista científica *Psicothema*, que realizó una revisión a la luz de recientes investigaciones en aquellos años, concluyó que tan sólo en el trastorno bipolar y esquizofrenia resultaba mejor tratamiento el farmacológico que el psicológico. Es decir, para el resto de trastornos revisados en este artículo algunas psicoterapias muestran experimentalmente mejores resultados que el psicofarmacológico. No hay datos tan claros sobre la combinación de ambos tratamientos.

2.1.2 Ansiedad

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 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

Ante esta situación, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento liberando 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, forzando a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que están 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 que bien pudiéramos llamar 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 es algo sano y positivo que nos 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 dan con bastante asiduidad, el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por catecolamina. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana.

En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica conformando, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen los trastornos de ansiedad, que tienen consecuencias negativas y muy desagradables para las personas que los 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, etc.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo, 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 resultada de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de la forma en que interioriza y piensa acerca de sus problemas.

Síntomas

2.1.2.1 Síntomas

- 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, etc.

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.

2.1.2.2 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.

Reducción de estrés: puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, caminar, etc.

Cambios en la alimentación: por ejemplo, la eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas.

Hipnosis y autohipnosis: la hipnosis permite acceder a niveles de relajación muscular y mental muy profundos, condiciones incompatibles con la ansiedad, y la practica 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 solo para niveles moderados de ansiedad sino también para controlar ataques de pánico y otras manifestaciones de la ansiedad, incluidas las físicas.

Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas. En ciertos casos es necesario utilizar fármacos durante el transcurso de la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional cualificado (psiquiatra). Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos se podrían suspender.

2.1.2.3 Pronóstico

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado.

No todos los pacientes responden 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). Se cree que la prognosis de la ansiedad se ve afectada por la creencia común (posiblemente una creencia negativa e incorrecta) por parte de los pacientes de que su condición es especialmente grave, más grave que la de cualquier otra persona que se haya recuperado.

2.1.3 El Estrés

El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. Nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria. En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, nuestro desempeño académico o profesional, e incluso nuestras relaciones personales o de pareja se pueden ver afectadas. La mejor manera de prevenir y hacer frente al estrés es reconocer cuándo aumentan nuestros niveles de tensión y ante qué estímulos o situaciones.

El estrés o "stress", es toda demanda física o psicológica que se le haga al organismo. Muchos estudios han considerado la relación entre el estrés de trabajo o estrés profesional 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 profesional 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 enfermedades cardiovasculares, afecciones músculo esqueléticas, y afecciones psicológicas.

El efecto continuado de la adrenalina sobre el aparato cardiocirculatorio sobrecarga la función generando un endurecimiento paulatino de las arterias, con un consiguiente aumento de la presión arterial.

Esto dificulta la función cardiaca que se ve aún más obligada, y se cierra el círculo vicioso. Pero no es sólo a nivel cardiocirculatorio que se manifiesta el mal. Psicológicamente los efectos del exceso de adrenérgico producen irritabilidad progresiva llegando a la cólera.

Sufrir estrés por tiempo prolongado o de forma intensa debilita el sistema inmunológico, el corazón, daña las células de la memoria en el cerebro y produce acumulación de grasa en las arterias.

Lo interesante es tener en cuenta que los genes heredados, el tipo de niñez vivida, los alimentos que se incorporan a la dieta diaria, el nivel de ejercicio físico realizado, los patrones de sueño, el nivel social y el tipo de relaciones afectivas ejercen influencia en los niveles de estrés de cada persona.

2.1.3.1 Principales causas que provocan estrés

Las causas del estrés han cambiado enormemente a lo largo de la historia. Las civilizaciones han creado nuevas presiones que ponen a prueba la capacidad de sobrevivir. A menudo las personas se enfrentan de manera continua con situaciones que excitan inconscientemente el organismo, acumulando energía que luego no se utiliza.

La presión física puede acumularse y a la larga puede llevar al agotamiento y a la enfermedad. El estrés se acumula por medio de emociones como la agresión, la impaciencia, la ira, la ansiedad y el miedo, emociones que desencadenan la reacción del organismo ante el estrés. Una dieta poco saludable, el tabaco, las bebidas alcohólicas y las drogas también puedan ayudar a incrementar las tensiones físicas.

El estrés puede surgir de situaciones en el trabajo, en la casa, en las relaciones, puede ser el resultado de conflictos emotivos internos, del entorno, de la dieta, de la mala salud, de los apuros económicos y de ciertas situaciones importantes en la vida de un ser humano: los partos, los fallecimientos, el matrimonio o el divorcio.

2.1.3.1.1 Las causas se pueden clasificar de la siguiente manera

- Fisiológicas: Estas causas están relacionadas con las enfermedades y lesiones del cuerpo que aumentan la tensión interior de la persona produciendo un nivel de estrés que se vuelve contraproducente hacia uno mismo. Por ejemplo, una enfermedad orgánica produce una reacción negativa en el campo emocional
- Psicológicas: Se relaciona con la vulnerabilidad emocional y cognitiva. Crisis vitales por determinados cambios: infancia, adolescencia, madurez, vejez. Relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes. Condiciones frustrantes de trabajo o estudio: excesiva exigencia o competitividad, monotonía, normas incongruentes, insatisfacción vocacional, etc.
- Sociales: Cambios sociales en los que cada época trae nuevos retos a afrontar. Cambios tecnológicos acelerados que la persona no puede integrar, etc.
- Ambientales: Polución ambiental, alimentación desnaturalizada con tóxicos industriales, lugares de trabajo con poca seguridad o con carga electrostática, microorganismos patógenos, catástrofes, entre otras.

2.1.3.1.2 Síntomas del estrés

Los síntomas del estrés son muchos y resulta difícil hacer un diagnóstico diferencial porque esos mismos síntomas suelen ser comunes a otras patologías.

Sin embargo, si se obtienen datos sobre la personalidad y la actividad que desarrolla un paciente, se puede deducir si los trastornos que sufre pueden deberse o no al estrés.

La depresión puede ser un síntoma de estrés, cuando una persona está abrumada por las obligaciones y cree no poder salir de esa situación; porque las creencias juegan un papel muy importante en la forma en que se viven los problemas. Si una persona cree ser irremplazable, difícilmente pueda salir de una circunstancia que le produce estrés.

Quien cree que lo que hace, lo hace de la mejor manera posible se equivoca, porque no hay una sola forma de hacer las cosas bien, hay muchas; y alguna de ellas seguramente puede ser mejor.

La existencia del inconsciente colectivo nos permite inferir que existen en el mundo muchas personas a quienes se les presentan las mismas ideas y las mismas formas de actuar en un momento histórico dado. Por lo tanto, lo que no puede hacer uno lo hará otro, tal vez de la misma manera o aún mejor.

El ego es el responsable del estrés, porque necesita el hacer más que el Ser para mantener alta la autoestima, basada en la creencia, de lo que creemos que piensa el otro de nosotros, por lo que hacemos.

Sin embargo, el desarrollo de la verdadera autoestima, o sea ese sentimiento que reconcilia al hombre consigo mismo y otorga paz interior, no pasa por el rendimiento personal, sino por quién es uno, qué actitud tiene, cómo se comporta y cómo se relaciona.

Otro síntoma del estrés es la hiperactividad, el sentirse acelerado tratando de cumplir con la agenda llena de obligaciones autoimpuestas, hasta quedar agotados.

Los trastornos digestivos como la dispepsia, el meteorismo, las digestiones lentas, la acidez, el colon irritable, son síntomas de estrés.

El apuro para ganarle al tiempo nos hace comer mal y rápido, sin masticar adecuadamente, tragando entero y sin disfrutar de la comida que en vez de ser un placer se convierte en un trámite más.

El estrés puede ocasionar también el estrechamiento de las arterias coronarias, que pueden llegar a contraerse y endurecerse debido al estrés, dificultando la circulación de la sangre y favoreciendo el aumento de la presión arterial.

El estrés puede producir enfermedades relacionadas con el sistema endocrino alterando la secreción de hormonas y el funcionamiento de las glándulas. Puede ser el detonante de la diabetes, la amenorrea (falta de menstruación) o el hipotiroidismo.

El ataque de pánico y las fobias son síntomas característicos de estrés, en personalidades con tendencias obsesivas, rasgos omnipotentes y baja autoestima, que asumen demasiadas responsabilidades, principalmente, para probarse a si mismos o probar a los demás lo que valen.

El estrés también produce insomnio; y es un factor que favorece la obesidad, cuando se tiende a calmar la ansiedad con la comida.

2.1.3.1.3 Consecuencias del estrés

Las exigencias de la vida moderna, la competencia, el status social, la ambición, la frustración, la depresión, las creencias y el modo de ver las cosas, producen estrés. El estrés es la respuesta normal orgánica frente a una amenaza de peligro. El cuerpo se prepara para defenderse o escapar; permite la adaptación y favorece en las situaciones de cambios. Este estrés no produce ningún problema siempre que no se convierta en un estado crónico. El estrés crónico es un estado de alarma permanente que puede producir alteraciones funcionales orgánicas, enfermedades y hasta la muerte. Hay dos tipos de personalidad con tendencia a sufrir de estrés crónico, la personalidad obsesiva que enmascara generalmente una depresión y la competitiva. La personalidad obsesiva se caracteriza por el deseo de control, de seguridad, de poder y de perfeccionismo; y la lucha es

consigo mismo. Los síntomas del estrés crónico en las personas obsesivas son la ansiedad, las fobias y el ataque de pánico. Las personas competitivas son hiperactivas, audaces, desean ser líderes, les agradan los desafíos y destacarse del resto de la gente; y su lucha es con los demás. Los síntomas del estrés crónico en las personalidades competitivas son la hipertensión y las enfermedades cardíacas.

2.1.3.1.4 Tipos de estrés

Estrés físico: es aquel que no permite que la persona se desempeñe correctamente por cambios en el ambiente o en la rutina diaria. Esto puede llegar a entorpecer el funcionamiento de los sentidos, la circulación y respiración. Si el estrés físico se prolonga, puede dañar gravemente la salud o empeorar cualquier situación delicada que ya se tenga.

Estrés psíquico: es aquel causado por las exigencias que se hace la persona a cumplir en un lapso de tiempo determinado. El cumplimiento de horarios, tareas y oficios donde lo que se exija es mayor a las capacidades de la persona, provoca la aparición del estrés que, lejos de mejorar el rendimiento de la persona, lo empeora y elimina todo sentido de la auto-superación.

2.1.3.1.5 Grados de estrés

- **Distress:** se trata de un estrés negativo en el cual las demandas son muy grandes para nuestro organismo.
- **Eustress:** es un estrés positivo en el cual se estimula a mejorarnos y a superarnos.
- **Estrés agudo:** se trata de un estrés de poca duración o pasajero, pero muy fuerte, como una especie de shock emocional.
- **Estrés crónico:** se trata de un estrés fuerte o débil que se prolonga demasiado o que nunca se deja de tener.

2.1.3.1.6 Estados de adaptación del estrés

1. Alarma de reacción: cuando el cuerpo detecta el estímulo externo.
2. Adaptación: cuando el cuerpo toma contra medidas defensivas hacia el agresor.
3. Agotamiento: cuando al cuerpo comienzan a agotársele las defensas.

El estrés incluye distress, el resultado de acontecimientos negativos, y eustress, el resultado de acontecimientos positivos. Aunque se produzca una situación de distress al mismo tiempo que otra de eustress, ninguna de las dos se anula mutuamente. Ambas son adictivas y estresantes por sí mismas. El estrés puede directa o indirectamente contribuir a desórdenes generales o específicos del cuerpo y 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.

La corteza de la glándula suprarrenal produce una descarga brusca de sustancias químicas, entre ellas la principal es la adrenalina. Su función en este caso es la de preparar al organismo para afrontar el peligro.

En ese caso, la adrenalina prepara, con mayor bombeo cardíaco, una buena irrigación muscular que permitirá desarrollar las fuerzas, a la vez que un estado de alerta dará lucidez para arremeter del mejor modo la contienda. Esa lucidez, de igual manera, puede aconsejar la huida, en cuyo caso ésta puede ser la forma más inteligente de preservar la especie.

Esta respuesta (a veces llamada la respuesta de luchar o huir) es importante, porque nos ayuda a defendernos 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.

2.1.3.1.7 Enfermedades causadas por estrés

La práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés, los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva al hombre moderno a incrementar notablemente mucho sus cargas tensionales y produce la aparición de diversas patologías. Las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos:

A. Enfermedades por Estrés Agudo

Aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible.

Las enfermedades que habitualmente observan son:

- Úlcera por Estrés
- Estados de Shock
- Neurosis Post Traumática
- Neurosis Obstétrica
- Estado Postquirúrgico

B. Patologías por Estrés Crónico

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aun años, produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blanco vitales.

A continuación se mencionan algunas de las alteraciones más frecuentes

❖ Dispepsia	❖ Neurosis de Angustia
❖ Gastritis	❖ Trastornos Sexuales
❖ Ansiedad	❖ Disfunción Laboral
❖ Accidentes	❖ Hipertensión Arterial
❖ Frustración	❖ Infarto al Miocardio
❖ Insomnio	❖ Adicciones
❖ Colitis Nerviosa	❖ Trombosis Cerebral
❖ Migraña	❖ Conductas antisociales
❖ Depresión	❖ Psicosis Severas
❖ Agresividad	❖ Disfunción Familiar

2.1.4 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.

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 estamos ante problemas psicosomáticos.

En realidad, las enfermedades psicosomáticas serían trastornos orgánicos de origen psíquico. En lugar de un virus, una bacteria o un accidente, la causa es un conflicto psíquico.

Se ha descubierto, por ejemplo, que muchas úlceras de estómago no son sino la expresión o exteriorización de dificultades psíquicas. Los problemas psicológicos terminan por repercutir en el funcionamiento de los órganos hasta producir una lesión real que necesita tratamiento médico y también psicológico.



2.1.4.1 Origen de la enfermedad

Todavía hay médicos que defienden que el cuerpo debe considerarse como un mecanismo y, por tanto, sus enfermedades se deben a una causa mecánica.

En la actualidad, la mayoría de los médicos mantienen la idea de que, como el ser humano es una unidad psicológica indisoluble, en las enfermedades, en mayor o menor grado, estarían comprometidos a la vez lo físico y lo psíquico. De alguna manera, en este sentido, todas las enfermedades serían psicosomáticas.

En realidad, buena parte de los médicos de hoy, aun entendiendo que la vida del enfermo, su biografía, tiene un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, califican como enfermedades psicosomáticas aquellas que de una manera más clara son la expresión de problemas psicológicos y no se le conocen causas orgánicas, como serán todas las producidas por ansiedad, estrés, nerviosismo, etc.

Es importante que los padres y educadores sean conscientes de la importancia de lo psicológico y lo emocional en los hijos.

Los vómitos, dolores de cabeza, la misma enuresis, la onicofagia (morderse las uñas), la succión del pulgar, la tartamudez, la masturbación excesiva, los dolores de estómago y demás trastornos tienen un claro componente psicosomático y debemos saberlo para actuar a tiempo sobre el factor psicológico desencadenante.

2.2 Psicopatología

2.2.1 Definición

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

Como designación de un área de estudio: aquella área de la salud que describe y ordena los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.

1. Como término descriptivo: aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.
2. 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.
3. El papel del aprendizaje, análisis de la conducta Psicología conductista o cualquier otro proceso cognitivo permite explicar los estados no-sanos de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud.

El término psicopatología puede ser usado también para denotar conductas anormales, pero que sólo puede ser entendida como trastorno en la individualidad de esta persona. Existe psicopatología pero el término por sí solo no explica el problema, sino que describe la presencia

del problema. Este enfoque suele trabajar con criterios psicopatológicos y entiende que la normalidad y anormalidad se distribuyen en un continuo, no de forma dicotómica. En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatomías, podría ser clasificada de psicopatología.

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

2.2.2 Historia de la psicopatología

Los historiadores se encargan de estudiar los antecedentes en psicopatología, desde la óptica historicista, o desde la óptica presentista.

Todo comienza en la época griega. Es una cultura politeísta. Esculapio es el Dios de la curación.

Los enfermos peregrinaban a estos templos, a rezar, para curarse. En una buena parte de la cultura griega, se entendía la Locura, como demonología,. Esto no impide que grandes científicos y filósofos empiecen a hablar y describir enfermedades, con un origen físico. Es, en esta época, cuando aparece el “juramento hipocrático”.

Hipócrates dice que algunas enfermedades mentales tienen su origen en el cuerpo. Habla de la depresión post-parto, los delirios por infecciones, etc. Describe, perfectamente, cuadros febriles delirantes de los procesos infecciosos. Asimismo, también describe los cuadros de histeria e histrionismo y de la paranoia entre otros. Él viene a decir que la enfermedad mental tiene un

origen somático, Por lo tanto, Hipócrates es el precursor de la enfermedad mental, la cual describió en sus escritos.

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

Aristóteles: filósofo griego. El alma humana tiene dos facetas: la racional (la que piensa) y la irracional.

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

Los romanos creían que una persona, con un problema de locura, podía cometer crímenes, pero, al no ser responsable de sus actos, podía ser eximida o reducida su pena, ya que esta persona no es consciente de sus actos. Estaba regulado en los Tratados de Derecho, de aquel entonces.

Galeno: Describió las enfermedades mentales y habla de "Trastornos Mentales". El Circo Romano entretenía a la plebe, se utilizaba para distraer a la gente, ya que los leones devoraban a los esclavos y a los dementes. Platón intuye que puede haber tratamiento para ellos, pero, en Roma, no es así.

Mahoma: dice que los locos son enviados de Dios y hay que tener cuidado de ellos, que hay que cuidar bien de ellos.

El Corán: dice que el hombre que ha perdido la razón es el hombre que siempre dice la verdad. Como los locos eran “enviados de Alá”, crearon hospitales psiquiátricos, que parecían auténticos hoteles.

Iglesia católica hace una interpretación monológica de la enfermedad mental, lo cual viene a significar que los locos son poseídos por el demonio. Además, si el enfermo está poseído por el demonio, no puede ser curado, sino exterminado, en cárceles y en las hogueras.

Tomás de Aquino: tomó una posición organicista, es decir, que el loco tenía el problema de tener dañado un órgano. Atribuía a problemas físicos la enfermedad mental. Este fraile escribió acerca de ello, en las Abadías, que era dónde se concentraba todo el saber del mundo cristiano medieval.

A partir del siglo XIX empiezan a surgir quienes opinan que la psicopatología tiene un origen anatómico, que nace en el cerebro. Por tanto, surgen las primeras ideas anatómico-psicopatológicas.

Corriente físico-patológica: habla del sistema nervioso. Dicen que el origen del trastorno mental está en los nervios. Los nervios miden 50.000 kms. Dentro del cuerpo humano. Dicen que las personas que tienen un problema psicopatológico (“mental se debe a que tienen “mal” los nervios.)

Principios del siglo xx: se producen descubrimientos médicos importantes. Freud: es un médico vienés, el inventor del psicoanálisis. Es entonces cuando la psicopatología comienza a tomar auge y a entenderse su importancia.

Hoy día: se le llama “enfermedad mental”. Todos los profesionales de la salud dicen que es un conjunto de variables orgánicas y biológicas, además de las variables psicológicas y las variables sociales. La visión de la “enfermedad mental”, bajo un modelo integrador, se trabaja con el modelo bispsicosocial.

2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos

2.2.3.1 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.

También conocidos como psicopatología alimentaria, son alteraciones de los hábitos alimenticios comunes que llevan al desarrollo de enfermedades causadas por ansiedad y por una preocupación excesiva con relación al peso corporal y al aspecto físico.

Por lo general este problema afectaba casi solamente a mujeres, pero en la actualidad, muchos jóvenes varones, también las están desarrollando, con el fin de tener un mejor cuerpo, combinando estos problemas con el ejercicio físico excesivo o vigorexia, dejando de alimentarse sanamente para formar músculos a través del consumo de esteroides y proteínas sintéticas.

Las personas que los padecen dan una especial importancia a los alimentos, alrededor de los cuales giran todos sus pensamientos, sentimientos, sueños, ideales y problemas, haciéndose hiperdependientes de esas ideas y desarrollando un trastorno de identidad a partir de la enfermedad.

Las conductas desarrolladas pueden alterarse o no voluntariamente, y para ello están involucrados múltiples factores personales, familiares y sociales, en los que el nivel de autoestima, las comparaciones constantes entre amigos y familiares, la presión de los medios de comunicación con relación a la moda y la "belleza" y el miedo a tener sobre peso, hace que quienes los padecen

pierdan el sentido de la realidad, sometiéndose a dietas y hábitos que ponen en gran riesgo la vida y la salud integral.

Por lo general, el padecer algún tipo de trastorno alimentario va más allá de los síntomas particulares de cualquiera de sus manifestaciones, ya que son acompañadas por un marcado aislamiento de la persona, cansancio excesivo, sueño, irritabilidad, conductas violentas, agresión hacia personas conocidas miembros de familia, autoagresión al no aceptarse, vergüenza, culpa y depresión.

Son varios los factores que predisponen el desarrollo de algún trastorno de la alimentación, pues las psicopatologías alimentarias son provocadas por múltiples factores que pueden hacer que una persona sea vulnerable a desarrollarlo que otras.

Los trastornos alimentarios no afectan únicamente a la manera de comer, ya que en realidad, se desarrollan como resultado de problemas de la percepción y por la forma en que una persona se ve a sí misma y en relación con su mundo.

Entre los factores personales que pueden influir en las conductas alimentarias, están:

- La edad, ya que por lo general se desarrollan durante la pubertad en caso de las mujeres y en la adolescencia en los hombres, aunque se han presentado casos desde niñas de 6 años en adelante.
- El padecer sobre peso u obesidad durante la infancia, lo que ocasionó burlas entre los amigos o adultos.
- No aceptarse como persona, y tener determinados rasgos de carácter.
- Tener tendencias depresivas o sufrir trastornos de ansiedad, así como ciertos trastornos de personalidad como las conductas impulsivas, compulsivas.
- Haber elegido alguna afición o carrera que conceda gran importancia al peso como el modelaje, el atletismo, el físico culturismo, la danza y la equitación entre otras.
- Ser perfeccionista y exageradamente autocrítico, con autoexigencias demedidas y rígidas.
- Tener una baja autoestima, personalidad depresiva, sensibilidad extrema y temor de enfrentar situaciones y conflictos.

Entre los factores familiares y ambientales que favorecen o predisponen la aparición de una psicopatología alimentaria están:

- Tener familiares obesos o que padezcan algún desorden alimentario.
- Tener antecedentes familiares de trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo.
- Tener antecedentes de abuso sexual.
- Convivir con personas que dan mucha importancia al peso y a la apariencia física.
- Tener prejuicios y mala interpretación de los valores.
- Los antecedentes de obesidad o trastornos alimenticios son un factor predisponente importante. La mayoría de los casos de psicopatologías suelen darse porque algún familiar haya padecido trastornos u obesidad; las personas con bulimia son las que tienen mayor probabilidad de tener familiares obesos.

Entre los factores socioculturales, se pueden mencionar:

- La presión social y mediática que existe alrededor de la figura y del adelgazamiento, ya que la moda y la publicidad incitan más a adelgazar que a mantener una buena salud.
- La discriminación y burla hacia los obesos en todos los ámbitos de la vida social, escuela, trabajos, amigos, y hasta por los problemas que se generan en centros recreativos, transportes públicos y de diversión por que los lugares no están adaptados para personas con sobre peso.
- La difusión a través de revistas y páginas de Internet pro-anorexia.
- La inadecuado manejo de campañas contra la obesidad estipuladas por las secretarías de salud a favor de tener una mejor calidad de vida, y manejando que para ello, se debe conservar una figura delgada, lo que ha motivado una serie de dietas milagrosas y mágicas que en lugar de ayudar ponen en riesgo la salud.

La delgadez, que se asocia, de algún modo, con belleza, elegancia, prestigio, juventud y aceptación social.

Pueden existir detonantes diversos, como puede ser un abuso sexual, un aborto, los comentarios de alguna amiga o hasta una fiesta próxima en donde se tratará de lucir un vestido, las constantes presiones y críticas familiares y otros más.

2.2.3.1.1 Tipos de trastornos alimenticios

A. Bulimia

La palabra bulimia significa “hambre de buey” y la enfermedad se asocia a la idea de no querer engordar, aunque la persona “no se sienta ni se vea gorda”.

Esta enfermedad se ha incrementado mucho, en mucho debido a la publicidad y moda que establece como "aceptables" a las personas delgadas.

Se caracteriza por la ingestión rápida de una gran cantidad de alimentos en un periodo corto, para posteriormente motivados por el sentido de culpabilidad por el abuso de comer, provoca que los enfermos se autoinduzcan el vómito o utilicen en forma indiscriminada laxantes para acelerar la evacuación e impedir que los nutrientes penetren al torrente sanguíneo.

También son utilizados los diuréticos y la realización de ejercicios físicos excesivos, con el fin de anular el efecto de los alimentos consumidos.

Según algunos estudios, las personas enfermas suelen comer compulsivamente, más rápido que lo normal y en mayor cantidad, los atracones se realizan a solas, ya que existe una gran culpa y depresión y temor a expresar o a que otros se den cuenta de lo que están haciendo.

Debido a la forma en que se trata de evitar la integración de los alimentos al organismo, por medio de vómitos y/o laxantes, se puede generar un gran desequilibrio orgánico que puede ocasionar graves trastornos del sistema digestivo, daños irreversibles en el estómago, esófago y boca, sobre todo en las encías, deshidratación, desnutrición, anemia e incluso desembocar en la muerte, por la pérdida excesiva de potasio, lo que ocasiona problemas cardiacos.

A.1 Síntomas y signos de la bulimia

Adicción compulsiva por la comida. Tras ingerir grandes cantidades de alimento la persona se provoca vómitos y/o diarrea con el fin de evitar la asimilación de alimentos. La inconformidad permanente sobre el peso.

- ✚ Obsesión y temor por engordar.
- ✚ Peso normal para edad, talla y sexo ó ligero sobrepeso.
- ✚ Sentimiento de menosprecio y culpa.
- ✚ Baja autoestima
- ✚ Depresión.
- ✚ Miedo a controlar el proceso bulímico.

A.2 Entre los factores de riesgo más importantes están:

- La baja autoestima y el no aceptar nuestro cuerpo como es y desear estar tan delgadas como otras personas.
- La debilidad ante los promocionales que presentan modelos muy delgadas. En algunos casos, el pertenecer al núcleo artístico, ser bailarines o modelos, lo que exige un peso bajo.
- La presión y constantes críticas de amigos y familiares hacia el peso y la creencia de que si no son delgados no pueden hacer felices a los demás.
- El no establecer desde pequeños una dieta balanceada.
- La adolescencia, edad en la que la autoaceptación personal juega un papel muy importante.

A.3 Tipos de bulimia

- ❖ **Bulimia nerviosa:** El tipo purgativo describe a las personas que regularmente se auto inducen el vómito, abusan de laxantes, diuréticos y enemas.

- ❖ El tipo no purgativo describe a las personas que regularmente ayunan o se aplican dietas excesivamente o bien realizan ejercicio de forma compulsiva.

A.4 Diagnostico

Desafortunadamente cuando una persona bulímica llega al consultorio, la enfermedad está muy avanzada.

Se considera que una persona es bulímica cuando existen al menos dos episodios para vomitar o eliminar los alimentos de forma intencional, durante 3 meses.

Debido a que las personas con bulimia tienden a tener complicaciones con sus dientes y encías, los dentistas deben jugar un papel crucial para la identificación y el diagnóstico de bulimia, ya que los casos de erosión del esmalte dental y la gingivitis son frecuentes.

Es importante que una persona que tenga bulimia acuda a consulta médica. El admitir el problema es el primer paso, el siguiente, es contar con la ayuda y comprensión familiar, ya que se trata de una enfermedad y el tercero es obtener ayuda profesional.

A.5 Tratamiento

Debe incluir un examen físico y análisis de sangre, ya que la persona que vomita mucho puede presentar síntomas de deshidratación, desnutrición, anemia o pérdida considerable de los niveles de potasio.

La ayuda psicológica también es importante, para ayudar al paciente a aumentar su autoestima y manejar sus temores y su estrés y de preferencia debe llevarse a cabo con toda la familia. El uso de antidepresivos y otros medicamentos solamente pueden ser administrados en caso de que el especialista defina que son necesarios.

La ayuda por parte de un nutriólogo, también es fundamental, para poder establecer hábitos y dietas saludables y seguras que permitan evitar el aumento de peso, sin dejar de consumir lo esencial.

Esto ayudará a que la persona comience a aprender sobre los hábitos de alimentación. La persona también necesitará terapia psicológica. Esto se puede hacer individualmente pero se recomienda que todos los miembros de la familia se involucren en la terapia también.

La recuperación puede tardarse, especialmente para las personas que han sido bulímicas por muchos años. Lo ideal sería el poder internar a las y los enfermos en centros especiales en trastornos alimenticios y nunca en una clínica de enfermos mentales, ya que el problema es muy específico y requiere atención especializada.

La recaída para las personas que ya se han atendido también puede ser un problema, por lo que el apoyo de la familia, amigos y profesionales de la salud es fundamental.

B. La anorexia nervosa

Las personas con anorexia se encuentran obsesionadas por conservar el peso correspondiente a la edad y a una determinada talla, con un miedo intenso hacia la obesidad.

Este miedo provoca la disminución el consumo de alimentos hasta llegar a la inanición, y tiene como consecuencia una pérdida progresiva de peso.

B.1 Tipos de anorexia nervosa

- Primaria que se caracteriza por tener un fuerte miedo a subir de peso y puede ser:
- La anorexia nervosa primaria, ocurre cuando las personas limitan severamente su ingesta calórica, ayunan constantemente y hacen ejercicio en exceso para provocar la pérdida de peso.
- La anorexia bulímica o purgativa, también conocida como bulimarexia, que afecta a las personas que se caracteriza por periodos de ayuno prolongados y otros de comer en forma

convulsiva, para después provocarse vómito, purgarse, utilizar laxantes, diuréticos y enemas para eliminar los alimentos del cuerpo.

- La anorexia nervosa secundaria, es la consecuencia de alguna enfermedad mental como la esquizofrenia o la depresión y se debe a una falsa interpretación de la alimentación, más que a una disminución del peso.

B.2 Causas de la anorexia nervosa

- Baja autoestima
- Temor a engordar y el deseo de agradar a costa a todos los demás
- Pueden pensar que serían mas felices y exitosas si fueran delgadas y desean que todo en sus vidas sea perfecto.
- Tienden a culparse a si mismos si no obtienen calificaciones perfectas o si no realizan sus actividades con perfección.
- En las mujeres anoréxicas se encuentra un rechazo hacia la menstruación, porque la consideran molesta, como castigo o algo sucio.
- Sienten mucho miedo a separarse de sus familias y a llegar a ser adultas.

B.3 El diagnóstico de anorexia nervosa

Es complicado, debido a que el desorden varía en severidad de paciente en paciente, a la negación del problema y a la falta de cooperación del enfermo.

Las personas con anorexia desarrollan cuerpos delgados, con piel seca o amarilla y una presión arterial muy baja.

Existe una historia de amenorrea (ausencia de menstruación) en las mujeres y algunas veces dolor abdominal, constipación y falta de energía.

El segundo paso en el diagnóstico es el peso de la paciente. Para que una paciente se considere con “anorexia”, debe además de desarrollar las conductas propias de la enfermedad, tener el 15% de su peso por debajo de lo normal.

El médico debe ordenar algunas pruebas de laboratorio, un electrocardiograma, examen de orina y una prueba de densidad ósea para excluir otras enfermedades y para valorar el estado nutricional de la paciente.

B.4 Los síntomas y signos más característicos de la anorexia

<ul style="list-style-type: none">❖ Gran pérdida de peso.❖ Pérdida del periodo menstrual (amenorrea).❖ Preocupación por la comida, gordura y calorías.❖ Distorsión de la imagen de sí misma.❖ Posible abuso de laxantes.❖ Aumento de la actividad física con la intención de quemar calorías.❖ Cambio del carácter.	<ul style="list-style-type: none">❖ Irritabilidad.❖ Depresión.❖ Falta de concentración.❖ Síntomas de malnutrición: anemia (por deficiencia de hierro).❖ Presión arterial baja.❖ Deshidratación.❖ Niveles anormales de: estrógenos, progesterona y cortisol.
---	---

B.5 El tratamiento de la anorexia

Es difícil debido a que las personas que la padecen piensan que no tienen este problema. Para un tratamiento exitoso, los pacientes deben querer cambiar y deben tener el apoyo de familia y amigos para ayudarlos.

Las personas con anorexia severa necesitan internarse en un hospital, particularmente uno que se especialice en personas con anorexia y bulimia.

El tratamiento involucra un cambio de hábitos de alimentación y además terapia psicológica por el tiempo necesario, hasta que se logren cambiar los sentimientos de culpa, aceptación social y baja autoestima, que están causando los problemas de alimentación.

Cuando el médico lo considere necesario, el uso de antidepresivos ayuda a mejorar el problema.

También deben recibir terapia psicológica, la que será más efectiva si se toma con el resto de la familia y orientación nutricional por un especialista.

En caso de que la persona con anorexia, realice algún deporte, es necesario asegurarse de que come lo suficiente para reponer la energía consumida y el ejercicio no le hará perder peso.

C. Ortorexia

Es un desorden alimenticio que se manifiesta por la obsesión patológica de consumir solamente comida “sana”.

Esta obsesión puede llegar a causar graves daños a la salud cuando no se ingieren carnes, pescado u otros alimentos necesarios que aportan nutrientes muy importantes para el organismo.

Ortorexia es una palabra que deriva del griego *orthos* y significa justo.

La ortorexia es por tanto, la obsesión por consumir sólo comida de cierto tipo: orgánica, vegetal, sin conservantes, sin grasas, sin carnes, o sólo frutas, o sólo alimentos crudos y la forma de preparación también es especial ya que las verduras se cortan de determinada manera y los utensilios utilizados para ellos solamente son de cerámica o madera, lo que hace que el ritual para la preparación también sea obsesivo.

Otro de los problemas a que se enfrentan las personas ortoréxicas, es que para adquirir sus alimentos recorren grandes distancias con tal de encontrar los de mejor calidad sin importar el precio y en caso de dudar de su calidad, prefieren ayunar y rechazan invitaciones para comer en otro sitio que no sea su casa.

C.1 Signos y síntomas

Esta enfermedad, puede ocasionar graves efectos sobre la salud por la carencia de nutrimentos, como las proteínas que son necesarias para la salud integral.

El no consumir grasas puede comprometer la ingesta de vitaminas liposolubles y ácidos grasos, ambos imprescindibles para el organismo. Sin carne, los niveles de hierro en la sangre disminuyen provocando anemia y falta de energía., ya que aunque los vegetales también aportan proteínas, son de inferior calidad.

A nivel psicológico también produce trastornos obsesivo-compulsivos que en la mayoría de los casos tienen que ser tratados por un especialista, ya que la recuperación psicológica es más compleja que el tratamiento físico.

Entre las señales de la enfermedad, están:

- Comportamientos obsesivo-compulsivos.
Anemia, desnutrición o falta de algún nutrimento en su organismo.
- Obsesión por comer solamente alimentos de origen natural, prebióticos y cultivados ecológicamente, sin grasa ni sustancias artificiales.
- Haber padecido anorexia nervosa.
- Evitar comer alimentos como carnes, grasas, o tratados con herbicidas o pesticidas.
- No comen otra cosa, ni siquiera en ocasiones especiales

C.2 Diagnóstico

El diagnóstico se elabora cuando se hace la historia clínica tomando como base los hábitos alimenticios de la persona.

Por lo general es muy difícil lograrlo, ya que las personas que padecen esta enfermedad están fuertemente convencidas de que están comiendo bien, que no tienen problemas como puede ser el caso de la bulimia y anorexia, y que precisamente deben comer "sano" a toda costa, sin considerar que la calidad debe incluir todo tipo de alimentos y la cantidad la adecuada.

Se pueden solicitar estudios de sangre para detectar la carencia de algún nutriente en el organismo.

C.3 Tratamiento

Una vez aceptado el problema, tiene que ser multidisciplinario: nutriólogo, psicólogo, endocrinólogo y médico internista.

Lo más importante es lograr que la persona incorpore a su dieta diaria alimentos de los tres grupos, en cantidad adecuada.

La ayuda con suplementos alimenticios puede ser importante, pero lo es más en adquirir los nutrientes por medios naturales.

D. La permarexia

Es un trastorno de la alimentación, que consiste en una obsesión por la comida, que lleva a la persona a pensar que todo le hace mal, que todo la va a engordar y por lo mismo todo el tiempo está a dieta.

Principalmente afecta a las mujeres, quienes influenciadas por las modas y los medios de comunicación, prefieren evita los alimentos que echarse “unos kilitos” de más, aunque en muchas ocasiones esto ni siquiera llega a suceder.

D.1 Síntomas

- Preocupación constante por conocer y utilizar dietas de forma indiscriminada.
- Dejar de comer alimentos que son necesarios para el organismo, generalmente los carbohidratos y cuando no hay necesidad ni siquiera de restringirlos, ya que el peso de la persona es el adecuado o menor al deseado.
- Obsesión por las calorías que contienen los alimentos.
- Rebotes de yo-yo, constantes, por las subidas y bajadas permanentes de peso, que ocasionan fuertes desajustes en el sistema endocrino de la persona que pueden llevarla a complicaciones fatales.

2.2.3.2 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.

2.2.3.2.1 Causas

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

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

2.2.3.2.2 Tipos de trastornos del sueño

A El insomnio

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).

A.1 Los factores comunes relacionados

- 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

B. Narcolepsia

Es un trastorno del sueño que causa somnolencia excesiva y ataques de sueño frecuentes durante el día. La narcolepsia es un trastorno neurológico, no una enfermedad mental, y no es causada por la ansiedad. La causa exacta se desconoce.

B.1 Causas

Los expertos creen que la narcolepsia es causada por la reducción en las cantidades de una proteína llamada hipocretina, la cual se produce en el cerebro. Lo que hace que el cerebro produzca menos cantidad de esta proteína no está claro.

Las afecciones que ocasionan insomnio, como una alteración de los horarios de trabajo, pueden empeorar la narcolepsia.

B.2 Síntomas

- Períodos de somnolencia extrema cada 3 a 4 horas durante el día. Usted puede sentir un impulso fuerte de dormir, con frecuencia seguido por una siesta corta (ataque de sueño).
- Estos períodos duran aproximadamente 15 minutos cada uno, aunque pueden ser más largos.
- Suceden con frecuencia después de comer, pero pueden ocurrir al manejar, hablar con alguien o durante otras situaciones.
- Usted se despierta sintiéndose renovado.
- Se pueden presentar alucinaciones similares a los sueños durante la fase entre el sueño y la vigilia. Éstas involucran los sentidos de la vista o el oído y posiblemente otros sentidos.
- La parálisis del sueño es cuando usted es incapaz de moverse apenas se despierta en la mañana. También puede suceder apenas usted se pone soñoliento.
- La cataplejía es una pérdida súbita del tono muscular estando despierto y ocasiona incapacidad para moverse. Las emociones fuertes, como la risa o la ira, con frecuencia producirán cataplejía.
- La mayoría de los ataques duran menos de 30 segundos y pueden pasarse por alto.
- La cabeza se le caerá repentinamente hacia adelante, la mandíbula se le aflojará y se le doblarán las rodillas.
- En casos graves, una persona puede caer y permanecer paralizada hasta varios minutos.

C. Apnea del sueño central

Se presenta cuando uno deja de respirar en forma repetitiva durante el sueño, debido a que el cerebro suspende temporalmente el envío de señales a los músculos que controlan la respiración.

C.1 Causas

La apnea central del sueño ocurre con frecuencia en personas que tienen ciertas afecciones médicas. Por ejemplo, se puede presentar en personas que tienen problemas potencialmente mortales con el tronco encefálico que controla la respiración. Como resultado de esto, cualquier enfermedad o lesión que afecte esta área puede ocasionar problemas con la respiración normal durante el sueño o al estar despierto.

- Poliomielitis bulbar
- Complicaciones de una cirugía de la columna cervical
- Encefalitis que afecta el tronco encefálico
- Enfermedades neurodegenerativas como el mal de Parkinson
- Radiación a la columna cervical
- Cambios artríticos graves y degenerativos en la columna cervical o la base del cráneo
- Obesidad severa
- Accidente cerebrovascular que afecta el tronco encefálico
- Síndrome de hipoventilación primaria
- Uso de ciertos medicamentos como los analgésicos que contienen narcóticos

Hay una forma de apnea central del sueño que ocurre comúnmente en personas con insuficiencia cardíaca congestiva. La apnea central del sueño idiopática se refiere a la apnea que no está asociada con otra enfermedad.

D. Apnea obstructiva del sueño

Es una afección en la cual una persona tiene episodios de obstrucción de la respiración durante el sueño

D.1 Causas

Normalmente, los músculos de la parte superior de la garganta mantienen la vía respiratoria abierta y permiten que el aire fluya hacia los pulmones. Aunque estos músculos generalmente se relajan durante el sueño, la parte superior de la garganta permanece lo suficientemente abierta para permitir el paso del aire.

Sin embargo, algunas personas tienen un área en la garganta más estrecha. Cuando los músculos en la parte superior de la garganta se relajan durante el sueño, la vía respiratoria se puede cerrar por completo, lo cual impide que el aire llegue a los pulmones. Se presentan ronquidos fuertes y respiración difícil. Durante el sueño profundo, la respiración se puede detener por un período de tiempo (a menudo más de 10 segundos). Esto se denomina apnea.

Un episodio de apnea va seguido de un intento súbito por respirar y un cambio a una etapa de sueño más ligero. El resultado es un sueño fragmentado o interrumpido que no es reparador. Como resultado, aquellas personas con apnea del sueño se sienten más soñolientas o aletargadas durante el día, lo cual se denomina somnolencia diurna excesiva.

Los hombres mayores y obesos parecen tener un riesgo más alto, aunque muchas personas con apnea obstructiva del sueño no son obesas. Los siguientes factores pueden incrementar el riesgo de padecer apnea obstructiva del sueño.

- Ciertas formas de paladar y maxilar
- Amígdalas y adenoides grandes en niños
- Cuello de tamaño grande
- Lengua grande
- Vía respiratoria estrecha

- Obstrucción nasal
- Obesidad

Asimismo, el consumo de alcohol o de sedantes antes de dormir puede predisponerlo a uno a tener un episodio de apnea.

D.2 Síntomas

Una persona que padece de apnea obstructiva del sueño a menudo no es consciente de los episodios durante la noche. Con frecuencia, los miembros de la familia, especialmente los cónyuges, son testigos de los períodos de apnea.

Una persona con apnea obstructiva del sueño generalmente ronca muy fuerte poco después de quedarse dormida. Este ronquido continúa a un ritmo regular durante un tiempo, tornándose a menudo más fuerte, pero luego es interrumpido por un largo período de silencio durante el cual no hay respiración. Esto va seguido por un fuerte resoplido y jadeo y el ronquido retorna. Este patrón se repite frecuentemente a lo largo de la noche.

- Somnolencia diurna anormal, incluyendo quedarse dormido a horas inapropiadas
- Despertarse cansado en la mañana
- Depresión (posiblemente)
- Dificultades de memoria
- Dolores de cabeza matutinos
- Cambios de personalidad
- Concentración deficiente
- Sueño intranquilo e intermitente
- Despertarse con frecuencia en la noche para orinar
- Insomnio

E. Síndrome de las piernas inquietas

Es un trastorno en el cual hay deseo o necesidad de mover las piernas para interrumpir sensaciones molestas.

E.1 Causas

El síndrome de las piernas inquietas (SPI) se presenta más frecuentemente en personas de mediana edad y en adultos mayores. Esta afección empeora con el estrés y su causa se desconoce en la mayoría de los pacientes.

Este síndrome puede ocurrir con mayor frecuencia en pacientes con:

- Neuropatía periférica
- Enfermedad renal crónica
- Mal de Parkinson
- Embarazo
- Deficiencia de hierro
- Uso de ciertos medicamentos

Una forma del SPI puede transmitirse de padres a hijos y puede ser un factor cuando los síntomas comienzan a temprana edad. El gen anormal aún no ha sido identificado.

El síndrome de las piernas inquietas puede ocasionar una disminución en la calidad del sueño (insomnio). Esta falta de sueño puede llevar a somnolencia diurna, ansiedad o depresión y confusión o lentitud en los procesos de pensamiento.

E.2 Síntomas

Este síndrome lleva a sensaciones en la parte inferior de las piernas que le provocan a uno molestia a menos que mueva las piernas. Estas sensaciones:

- Por lo regular ocurren en la noche cuando uno está acostado o algunas veces durante el día cuando uno se sienta por períodos prolongados.
- Se pueden describir como de arrastre, gateo, dolor, tirón, ardor, hormigueo o borboteo
- Pueden durar una hora o más
- Algunas veces pueden ocurrir en la parte superior de las piernas, los pies o los brazos

Usted sentirá un deseo irresistible de caminar o mover las piernas que casi siempre alivia la molestia.

La mayoría de los pacientes tienen movimientos rítmicos de las piernas durante las horas de sueño, llamados trastorno de movimiento periódico de las extremidades (PLMD, por sus siglas en inglés).

Todos estos síntomas a menudo interrumpen el sueño. Los síntomas algunas veces pueden dificultar el hecho de sentarse durante los viajes por aire o en automóvil o a lo largo de las clases o las reuniones. Los síntomas pueden empeorar durante los períodos de estrés o con un trastorno emocional.

2.2.3.3 Trastornos de la personalidad

Son un grupo de afecciones psiquiátricas en el cual los patrones de comportamiento crónico causan serios problemas en las relaciones interpersonales y en el trabajo.

2.2.3.3.1 Causas

La causa exacta de los trastornos de personalidad se desconoce, sin embargo, se cree que muchos factores genéticos y ambientales juegan un papel en su desarrollo.

2.2.3.3.2 Síntomas

Los síntomas varían ampliamente dependiendo del tipo específico de trastorno de la personalidad.

Las personas con trastornos de la personalidad tienen dificultad para hacerle frente a los problemas y el estrés cotidianos y a menudo tienen relaciones tormentosas con otros. Estas afecciones varían desde leves hasta severas.

2.2.3.3.3 Signos

Los trastornos de personalidad se diagnostican sobre la base de una evaluación psicológica, al igual que los antecedentes y severidad de los síntomas.

2.2.3.3.4 Tratamiento

Las personas con estos trastornos usualmente no buscan tratamiento por su cuenta. Ellos tienden a buscar ayuda una vez que su comportamiento ha causado problemas severos en sus relaciones personales o en sus trabajos o cuando les diagnostican otro problema psiquiátrico, como un trastorno del estado anímico o drogadicción.

Aunque los trastornos de personalidad son difíciles de tratar, hay evidencia creciente de que tanto medicamentos como algunas formas de psicoterapia pueden ayudar a muchas personas.

2.2.3.3.5 Pronóstico

El pronóstico es variable. Algunos trastornos de la personalidad pueden disminuir durante la mediana edad sin ningún tratamiento, mientras que otros persisten a lo largo de toda la vida a pesar del tratamiento.

Complicaciones

- Problemas con las relaciones interpersonales
- Problemas con la profesión

- Otros trastornos psiquiátricos

2.2.3.3.6 Tipos de trastornos de la personalidad

A. Trastorno de personalidad antisocial

Es una afección psiquiátrica en la cual una persona manipula, explota o viola los derechos de otros. A menudo este comportamiento es delictivo.

A.1 Causas

Los trastornos de personalidad son patrones de relaciones y comportamientos prolongados (crónicos) que interfieren con la vida de una persona durante muchos años.

La causa de este trastorno se desconoce, pero se cree que factores genéticos y el maltrato infantil contribuyen a su desarrollo. Las personas con padres antisociales o alcohólicos están en mayor riesgo. Los hombres resultan de lejos muchísimo más afectados que las mujeres y esta afección es común en la población carcelaria.

El hecho de prender fuegos y la crueldad con los animales durante la infancia están ligados al desarrollo de la personalidad antisocial.

A.2 Síntomas

Una persona con trastorno de personalidad antisocial:

- Quebranta la ley constantemente
- Miente, roba y a menudo se involucra en riñas
- Descuida su propia seguridad y la de los demás
- No muestra ninguna culpa

A.3 Signos

Para hacer un diagnóstico del trastorno de personalidad antisocial, una persona tiene que haber mostrado comportamientos de trastorno de conducta durante la niñez.

- Ira y arrogancia
- Capaz de actuar gracioso y encantador
- Bueno para adular y manipular las emociones de otros
- Problemas legales y drogadicción

A.4 Tratamiento

El de personalidad antisocial se considera uno de los trastornos de la personalidad más difíciles de tratar. Las personas con esta afección rara vez buscan tratamiento por su cuenta y pueden iniciar una terapia únicamente cuando los obliga una corte.

A.5 Pronóstico

Los síntomas tienden a alcanzar su punto máximo durante los últimos años de la adolescencia y comienzos de los 20 y pueden mejorar por sí solos cuando la persona llega a los 40 años.

B. Trastorno de la personalidad por evitación

Es una afección psiquiátrica en la cual una persona tiene un patrón vitalicio de sentirse extremadamente tímida, inadecuada y sensible al rechazo.

B.1 Causas

Los trastornos de personalidad son patrones de comportamiento vitalicio que causan problemas en las relaciones interpersonales y en el trabajo.

B.2 Síntomas

Las personas con trastornos de personalidad evasiva están preocupadas por sus propias limitaciones y establecen relaciones interpersonales sólo si creen que no serán rechazados. La pérdida y el rechazo son tan dolorosos que estas personas prefieren estar solos antes que arriesgarse a estar en contacto con otros.

B.3 Signos

- Sentirse fácilmente herida por la crítica o la desaprobación
- Refrenarse demasiado en relaciones íntimas
- Ser renuente a involucrarse con las personas
- Evitar actividades u ocupaciones que impliquen contacto con otras personas
- Ser tímida en situaciones sociales por el miedo de cometer un error
- Exagerar las dificultades potenciales
- Mantener la opinión de que es socialmente inepta, inferior o poco atractiva para otras personas

B.4 Tratamiento

Los medicamentos antidepresivos a menudo pueden reducir la sensibilidad al rechazo. La psicoterapia, particularmente los enfoques cognitivo/conductual, puede ayudar. Asimismo, una combinación de medicamentos y la psicoterapia puede ser más efectiva que cualquiera de los tratamientos por separado.

B.5 Pronóstico

Las personas con este trastorno usualmente poseen cierta habilidad para relacionarse con los demás y esto se puede mejorar con el tratamiento.

B.6 Complicaciones

Sin tratamiento, una persona con este trastorno puede llegar a resignarse a una vida caracterizada por el aislamiento total o casi total. Estas personas pueden pasar a desarrollar un segundo trastorno psiquiátrico, como la drogadicción, o un trastorno del estado de ánimo como la depresión.

C. Trastorno límite de la personalidad

Es un padecimiento en el cual la persona realiza acciones impulsivas y tiene un estado de ánimo inestable al igual que relaciones interpersonales caóticas.

C.1 Causas

Los trastornos de personalidad son patrones de comportamiento prolongado (crónico) que afectan negativamente las relaciones interpersonales y laborales. La causa exacta del trastorno de la personalidad límite se desconoce. La persona que padece este trastorno se comporta de manera impulsiva en áreas que tienen un potencial de autoinfligirse daño, como el consumo de drogas, el alcoholismo y otros comportamientos de riesgo.

Entre los factores de riesgo para este trastorno están:

- Abandono en la niñez o en la adolescencia
- Vida familiar disociada
- Comunicación deficiente en la familia
- Abuso sexual

Este trastorno de la personalidad tiende a ocurrir más a menudo en las mujeres y entre pacientes psiquiátricos hospitalizados.

C.2 Síntomas

Las relaciones con otras personas son intensas e inestables, oscilando bruscamente de amor a odio y de nuevo amor. Las personas con trastorno de personalidad límite tratarán de evitar frenéticamente el abandono real o imaginario.

Las personas con este trastorno pueden también presentar incertidumbre acerca de su identidad o imagen propia y tienden a ver las cosas en términos extremos, o todo es bueno o todo es malo. Estas personas igualmente se ven a sí mismas como víctimas de las circunstancias y asumen poca responsabilidad por ellos mismos o por sus problemas.

Otros síntomas abarcan:

- Sentimientos de vacío y aburrimiento
- Manifestaciones frecuentes de ira inapropiada
- Impulsividad con el dinero, el consumo de sustancias, las relaciones sexuales, el apetito desenfrenado y el hurto en tiendas
- Intolerancia a la soledad
- Actos recurrentes de crisis como hacerse cortes en las muñecas, tomar sobredosis o herirse (mutilarse)

C.3 Signos

Los trastornos de personalidad se diagnostican sobre la base de una evaluación psicológica, al igual que los antecedentes y severidad de los síntomas.

C.4 Tratamiento

La terapia de grupo puede ayudar a cambiar los comportamientos autodestructivos. El refuerzo de un comportamiento adecuado por parte de los compañeros puede ser más positivo que la asesoría individual, porque las personas con esta afección a menudo tienen dificultades con las figuras de autoridad, lo cual les puede impedir el aprendizaje.

Los medicamentos pueden ayudar a nivelar los altibajos en el estado de ánimo y tratar la depresión y otros trastornos que se pueden presentar con esta afección.

C.5 Complicaciones

- ✚ Drogadicción
- ✚ Intentos de suicidio
- ✚ Trastornos en la alimentación
- ✚ Depresión

D. Trastorno de la personalidad dependiente

Es una afección prolongada (crónica) en la cual las personas dependen demasiado de otras para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales.

D.1 Causas

Este trastorno generalmente comienza en la infancia, sin embargo, su causa se desconoce. Es uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes y es igualmente común en hombres y mujeres.

D.2 Síntomas

Las personas que sufren este trastorno no confían en su propia capacidad para tomar decisiones. Es posible que se sientan devastadas por la separación y la pérdida de alguien y pueden hacer lo que sea, incluso sufrir maltrato, con tal de conservar una relación.

D.3 Signos

- Tener dificultad para tomar decisiones sin la aprobación de otros
- Tener problemas para expresar desacuerdos con otros
- Evitar la responsabilidad personal
- Evitar estar sola

- Sentirse devastada o desamparada cuando una relación termina
- Ser incapaz de satisfacer las exigencias ordinarias de la vida
- Llegar a preocuparse con miedos de quedar abandonada
- Sentirse herida con facilidad por la crítica o la desaprobación
- Ser extremadamente pasiva en relaciones con otras personas

D.4 Tratamiento

No hay un tratamiento específico para este trastorno. La psicoterapia puede ayudar a las personas a que gradualmente haga elecciones más independientes en la vida. Igualmente, los medicamentos pueden también ser útiles para tratar cualquiera otra afección subyacente.

D.5 Complicaciones

- Depresión
- Alcoholismo o drogadicción
- Puede ser susceptible a abuso sexual o maltrato físico y emocional

E. Trastorno de personalidad histriónica

Es una afección por la cual una persona actúa de manera muy exaltada y dramática con el fin de llamar la atención.

E.1 Causas

La causa de este trastorno se desconoce, pero los acontecimientos de la infancia y los genes pueden estar implicados. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, aunque se puede diagnosticar más a menudo en las mujeres, debido a que llamar la atención y tomar la iniciativa sexual es socialmente menos aceptable para el género femenino. El trastorno de personalidad histriónica (histérica) generalmente comienza en la primera infancia.

E.2 Síntomas

Las personas con este trastorno generalmente están en capacidad de desempeñarse a alto nivel y pueden ser exitosos tanto a nivel social como laboral.

Los síntomas abarcan:

- Actuar o lucir exageradamente seductor
- Dejarse influenciar fácilmente por otras personas
- Estar demasiado preocupados por su apariencia física
- Ser exageradamente dramáticos y emocionales
- Ser demasiado sensibles ante las críticas o la desaprobación
- Creer que las relaciones personales son más íntimas de lo que realmente son
- Culpar a otras personas de sus fracasos o decepciones
- Buscar constantemente confianza o aprobación
- Tener baja tolerancia ante la frustración o la demora en la gratificación
- Necesidad de ser el centro de la atención (egocentrismo)
- Estados emocionales rápidamente cambiantes que pueden parecer superficiales para otros

E.3 Pruebas

El médico puede diagnosticarle el trastorno de personalidad histriónica (histérica) observando su:

- Comportamiento
- Historia clínica
- Apariencia general
- Evaluación psicológica

E.4 Tratamiento

Las personas con esta afección a menudo buscan tratamiento cuando experimentan depresión por relaciones sentimentales fallidas. Los medicamentos pueden ayudar con síntomas como la depresión. La asesoría profesional (psicoterapia) también puede servir.

E.5 Pronóstico

Este trastorno generalmente no afecta su capacidad para desempeñarse en el trabajo o en ambientes sociales. Sin embargo, los problemas a menudo se originan en relaciones más íntimas, donde hay compromisos más profundos.

E.6 Complicaciones

Este trastorno puede afectar las relaciones sociales o sentimentales o la capacidad para hacer frente a las pérdidas y fracasos. Usted puede cambiar de trabajo frecuentemente, ya que se aburre con facilidad y tiene dificultades para hacer frente a la frustración.

Debido a que usted tiende a anhelar cosas nuevas y la excitación, se puede involucrar en situaciones arriesgadas. Todos estos factores pueden llevar a un mayor riesgo de depresión.

F. Trastorno de personalidad narcisista

Es una afección en la cual hay un sentido de prepotencia rimbombante y una extrema preocupación de sí mismo.

F.1 Causas

Se desconoce la causa de este trastorno. El trastorno de personalidad narcisista generalmente comienza a principios de la edad adulta.

F.2 Síntomas

- Reacciona a la crítica con sentimientos de rabia, vergüenza o humillación
- Se aprovecha de otros para lograr sus propias metas
- Tiene sentimientos de prepotencia
- Exagera sus logros y talentos
- Está preocupado con fantasías de éxito, poder, belleza, inteligencia o amor ideal
- Tiene expectativas irracionales de tratamiento favorable
- Requiere atención y admiración constantes
- Descuida los sentimientos de otros; carece de empatía
- Tiene un interés obsesivo en sí mismo
- Persigue principalmente metas egoístas

F.3 Signos

Los trastornos de personalidad se diagnostican sobre la base de la evaluación psicológica, así como de los antecedentes y severidad de los síntomas.

F.4 Tratamiento

La psicoterapia puede ayudar a la persona afectada a relacionarse con otros en una forma más positiva y compasiva.

F.5 Pronóstico

El resultado varía según la severidad del trastorno.

F.6 Complicaciones

- Problemas en las relaciones interpersonales y familiares
- Dependencia del alcohol y otras drogas

G. Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva

Es una afección en la cual una persona está preocupada por las reglas, el orden y el control.

G.1 Causas

Este trastorno tiende a darse en familias, así que los genes pueden estar involucrados. Este trastorno se presenta con más frecuencia en los hombres.

El trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva no se debe confundir con el trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés), aunque las dos afecciones comparten algunos de los síntomas.

G.2 Síntomas

Una persona que presenta este trastorno de personalidad tiene síntomas de perfeccionismo que generalmente comienzan a principios de la edad adulta. Dicho perfeccionismo puede interferir con la capacidad de la persona para completar tareas, debido a que sus estándares son muy rígidos. Las personas con este trastorno se pueden aislar emocionalmente cuando no pueden controlar una situación.

Las personas que padecen el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva creen que sus preocupaciones son apropiadas. Estas personas tienden a ser exitosas, tienen un sentido de urgencia con relación a sus acciones y pueden desilusionarse en extremo si otros alteran sus rutinas estrictamente ordenadas.

G.3 Signos

- Excesiva devoción por el trabajo
- Inflexibilidad
- Incapacidad para deshacerse de cosas, incluso si el objeto carece de valor
- Falta de generosidad

- Expresión limitada del afecto
- Perfeccionismo
- Preocupación por los detalles, reglas y listas
- Negativa a permitir que otros hagan las cosas

G.4 Tratamiento

Los medicamentos tales como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (por ejemplo, Prozac) pueden ayudar a reducir las obsesiones y las compulsiones. Igualmente, la terapia cognitiva-conductual puede ayudar. Los medicamentos en combinación con psicoterapia pueden ser más efectivos que cualquier tratamiento por separado.

G.5 Pronóstico

El pronóstico para las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva tiende a ser mejor que el de otros trastornos de la personalidad. Esto puede deberse a que la rigidez autoimpuesta y el control de las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva puede prevenir muchas de las complicaciones, como el consumo de drogas, que son comunes en otros trastornos de la personalidad.

Sin embargo, el aislamiento social común en esta enfermedad puede finalmente llevar a sentimientos de depresión posteriormente en la vida.

G.6 Complicaciones

- Dificultad en las relaciones
- Depresión

H. Trastorno de personalidad paranoica

Es una afección psiquiátrica en la cual una persona es muy desconfiada y recelosa de los demás.

Los trastornos de la personalidad son patrones de comportamiento prolongado (crónico) que causan problemas duraderos en el trabajo y en las relaciones interpersonales.

La causa del trastorno de personalidad paranoica se desconoce. Parece ser más común en familias con trastornos psicóticos, como la esquizofrenia y el trastorno delirante, lo cual sugiere que los genes pueden estar involucrados.

H.1 Síntomas

Las personas con un trastorno de personalidad paranoica son altamente recelosas de los demás y generalmente son incapaces de reconocer sus propios sentimientos negativos hacia las otras personas.

Otros síntomas comunes incluyen:

- Preocupación porque los demás tienen motivos ocultos
- Expectativa de ser explotado por otros
- Incapacidad para trabajar junto con otros
- Imagen pobre de sí mismo
- Aislamiento social
- Despego
- Hostilidad

H.2 Signos

Los trastornos de personalidad se diagnostican sobre la base de una evaluación psicológica, al igual que los antecedentes y severidad de los síntomas.

H.3 Tratamiento

El tratamiento es difícil debido a que estas personas a menudo sienten extrema desconfianza de los médicos. En caso de ser aceptados, tanto los medicamentos como la psicoterapia pueden ser efectivos.

H.4 Pronóstico

La terapia puede limitar el impacto de la paranoia en el desempeño diario de la persona.

H.5 Complicaciones

- Aislamiento social extremo
- Posibilidad de violencia

I. Trastorno esquizoide de la personalidad

Es una afección psiquiátrica en la cual una persona tiene un patrón vitalicio de indiferencia hacia los demás y de aislamiento social.

I.1 Causas

Los trastornos de personalidad son patrones de relaciones y comportamientos crónicos que interfieren con la vida de una persona durante muchos años. La causa del trastorno esquizoide de la personalidad se desconoce y los estimativos de su incidencia varían.

Este trastorno puede estar asociado con esquizofrenia y comparte con ésta muchos de los mismos factores de riesgo. Sin embargo, este trastorno no es tan incapacitante como la esquizofrenia, ya que no causa alucinaciones, delirios ni desconexión completa de la realidad que se presenta en los casos de esquizofrenia sin tratamiento (o resistente al tratamiento).

I.2 Síntomas

Una persona con trastorno esquizoide de la personalidad:

- Se manifiesta distante y desconectada.
- Evita las actividades sociales que involucren contacto significativo con otras personas.
- No desea ni disfruta de relaciones cercanas, ni siquiera con miembros de la familia.

I.3 Signos

Las personas con este trastorno son solitarias y muestran poco interés en tener relaciones cercanas.

I.4 Tratamiento

Las personas con este trastorno rara vez buscan tratamiento y se sabe muy poco acerca de cuáles tratamientos funcionan. Es posible que la psicoterapia no sea efectiva dado que las personas con este tipo de trastorno tienen dificultades para relacionarse bien con los demás.

I.5 Pronóstico

Este trastorno es una enfermedad crónica con un pronóstico desalentador. El aislamiento social característico de este trastorno a menudo impide que la persona busque la ayuda o el apoyo que podría mejorar el pronóstico.

2.2.4. Métodos de psicodiagnóstico

2.2.4.1 Definición

Es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas entre ellos describir al examinado, en algún aspecto específico (capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, etcétera) o en su

totalidad, de acuerdo a un propósito inicial. Un psicodiagnóstico también se puede decir que es un proceso en el cual se establece una relación bipersonal (psicólogo-paciente)

Las finalidades de un psicodiagnóstico pueden ser:

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

El psicodiagnóstico proporciona información sobre el sujeto tal como:

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

El psicodiagnóstico va dirigido a todo aquel que desee conocer a profundidad su dinámica psicológica y sus características de personalidad, también a aquellos profesionales de la salud

(psiquiatras, psicólogos, neurólogos, pediatras...) que deseen confirmar sus diagnósticos o recabar mayor información de sus pacientes para decidir la mejor estrategia a seguir en cada caso

2.2.4.2 Etapas del psicodiagnóstico

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

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

El encuadre depende de:

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

A. Contacto inicial

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

El contacto inicial tiene las siguientes características:

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

A.1 Objetivos del primer contacto

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

El tipo de vínculo que el paciente establece con el psicólogo, la transferencia y contratransferencia, la clase de vínculo que establece con otros en sus relaciones interpersonales,

las ansiedades predominantes, las conductas defensivas utilizadas habitualmente, capacidad de *insight*, los aspectos patológicos y adaptativos, momento en que toma conciencia del Motivo latente de consulta, saber si el síntoma aludido en el motivo de consulta resulta egosintónico o egodistónico, el diagnóstico y el pronóstico.

En la entrevista es necesaria la presencia de ambos padres para:

- Establecer el grado de responsabilidad, integración de roles, desempeño de roles, detectar problemas familiares.
- Detectar el vínculo que existe entre los padres, detectar el vínculo existente entre la pareja y el hijo.
- Estimar la capacidad de elaboración de los padres de la situación diagnóstica,
- Detectar conflictos y corregirlos.

B. Entrevista

En la entrevista se da la integración de la ciencia y las necesidades prácticas: investigación y terapéutica en el psicólogo. Por eso se llama entrevista psicológica. No hay entrevista fructífera si no se incluye la investigación, porque la entrevista es el campo para hacerlo.

La entrevista posee las siguientes características:

- Es un proceso bidireccional. Ambos son estímulo para el otro.
- Es una situación "natural" en la que se da el fenómeno psicológico, que es el que interesa estudiar. No es una distorsión.
- Tiene un inicio, desarrollo y cierre.
- Forma parte de un proceso.
- Debe configurarse en gran medida con las variables del entrevistado, pero incluye al entrevistador, cuya conducta forma parte del campo y todo lo que ocurre en él, depende de

la relación que acontece entre los participantes. Esa es la máxima objetividad a la cual se puede aspirar.

- Tiene un encuadre
- Entrevista no es anamnesis (recopilación de datos). En la entrevista el psicólogo quiere obtener datos completos de su comportamiento total en el curso de la entrevista, lo que incluye escuchar, observar y vivenciar.
- El tipo de comunicación que se establece es altamente significativo de la personalidad del consultante.
- Se espera que en el curso de la entrevista se exterioricen las pautas sistematizadas en la personalidad del consultante. Las manifestaciones dependen de la relación que se establezca con el observador.
- El entrevistador también tiene que hacerse cargo de su condición humana y no sentirse por encima del entrevistado.
- No reemplaza ni excluye otras herramientas.
- Requiere de un encuadre fijo.

C. Cierre del proceso

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

D. Análisis de los resultados

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

E. Entrevista de devolución de la información

Durante esta entrevista el terapeuta debe considerar lo siguiente:

- Rol más activo del profesional.
- Es la devolución de la información discriminada y dosificada en relación con las capacidades del yo del sujeto, de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico.
- La transmisión de esta información es el objetivo de la misma, para cerrar la gestalt y tener una comunicación lograda, restituyendo el diálogo entre consultante y psicólogo.
- El examen psicológico, por lo desestructurante que es de la identidad, exige resolverse en un sentido de integración entre sus elementos desconocidos y temidos y aquellos adaptativos. Es un mecanismo de reintroyección de la identidad latente.
- Da la oportunidad al paciente de que se vea con más criterio de realidad, menos distorsiones y proyecciones.
- Favorece la discriminación de identidades dentro del grupo familiar.
- Funciona como prueba de realidad de que el psicólogo reconoce los aspectos dañinos y reparadores del paciente como coexistentes.
- Se debe observar la reacción del paciente ante esta devolución para sintetizar el caso y planificar más adecuadamente la orientación terapéutica.
 - Entregar imagen lo más integrada del sujeto.
 - Preservar la salud mental del terapeuta

La entrevista de devolución de la información brinda beneficios al psicólogo en cuanto a que:

- Restituye a sus verdaderos dueños las fantasías y emociones depositadas en él.
- Se enriquece el caudal informativo, no sólo para el psicólogo, sino también para el terapeuta a quien será derivado el paciente.
- Permite planificar la terapia con más sentido de realidad, y que el terapeuta se exponga menos a la frustración y ajuste mejor el encuadre.
- La devolución funciona como prueba de realidad de las hipótesis del psicólogo.
- Si logra la instrumentalización de la ansiedad, podrá detectarla, elaborarla y transformarla en fuente útil de información
- Si no discrimina la información de la devolución, ésta puede volverse un acontecimiento traumático para el sujeto, en que la información movilice más información de la que el paciente puede recibir. Puede causar bloqueos, estados confusionales, impulsos agresivos, etc.
- Si discrimina mal y calla información que el paciente está en condiciones de saber, actúa como un superyo represor, que frustra al yo y al ello en su deseo de manifestarse, forzando arcaicos mecanismos de defensa en el paciente
- La devolución es recomendable para conservar la salud mental del psicólogo

Técnica de la devolución

- Constante manejo de lo latente y lo transferencial.
- Estudiar todo el material registrado y elaborar hipótesis para obtener un panorama lo más completo posible.
- Discriminar los aspectos más adaptativos y reparadores de los más enfermos.
- Discriminar qué se le puede informar al paciente a su familia y qué no.
- Confeccionar un plan guía de la devolución lo suficientemente elástico como para modificarlo sobre la marcha.

- Se comienza la devolución por los aspectos más adaptativos y menos ansiógenos incluyendo la patología en la medida y ritmo que el paciente pueda tolerarlo.
- El lenguaje debe ser claro, no técnico o ambiguo, haciendo reiteradas síntesis, cada vez más comprensivas en la medida que incluye nuevos datos. Utilizar dentro de lo posible el mismo lenguaje que el consultante.
- Es importante que repita la información que estima será objeto de mayor resistencia.
- Nunca mostrar el material de tests a los padres por el secreto profesional. Los resultados pueden ser usados en términos de rangos. El material no verbal merece el mismo cuidado que el verbal.
- Pueden realizarse más de la entrevista de devolución si el entrevistado necesita más tiempo para elaborar la información.
- Comparar la dinámica de la entrevista de devolución con la entrevista inicial.
- Buen conocimiento del caso: eficiencia.

2.2.4.3 Informe psicológico

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

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

2.2.4.3.1 Historia clínica o informe psicológico

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

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

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

2.2.4.3.2 Estructuración de la historia clínica

a) Anamnesis

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

b) Datos de filiación e identificación del paciente

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

c) Motivo de consulta

Lo que en realidad ha ocasionado que el paciente haya acudido a nuestro servicio. Si se rellena con las palabras del propio paciente sabremos cómo ha percibido los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente. También deben valorarse las

circunstancias del envío, quiénes han sido los personajes implicados: El propio paciente voluntariamente., la familia, el médico de cabecera, etc., y si se ha efectuado en contra a los deseos del paciente; en este último caso es evidente que el enfermo no estará en condiciones de ofrecernos información por lo que deben transcribirse las anotaciones ofrecidas que el profesional correspondiente suele remitir en una interconsulta.

d) Enfermedad actual

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

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

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

e) Antecedentes personales

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

f) Período del desarrollo

f.1) Historia prenatal y perinatal: se analiza la situación familiar en que nació el paciente, si el embarazo fue deseado y planeado, el estado emocional de la madre durante el embarazo, si hubo patología materna o fetal durante la gestación, tipo de parto, condición del niño al nacer.

f.2) Primera infancia (desde el nacimiento hasta los tres años): se debe investigar sobre la calidad de la interacción madre-hijo durante el desarrollo psicomotor del niño (durante el aprendizaje del comer, control de esfínteres, etc.), y la existencia de problemas en esta área.

Debe analizarse sobre el entorno familiar del infante, condiciones socioeconómicas, relación con sus padres y hermanos, etc. La personalidad emergente del niño es de crucial importancia, deben recopilarse datos además de su capacidad de concentración, de tolerancia a la frustración o de posponer gratificaciones, etc.

En resumen, deben explorarse fundamentalmente las áreas de: hábitos de alimentación, desarrollo temprano, síntomas de problemas de comportamiento, personalidad infantil, fantasías o sueños primeros o recurrentes.

f.3) Infancia media (de 3 a 11 años): se deben evaluar factores tan importantes como identificación del sexo, los castigos habituales en casa y las personas que ejercían la disciplina e influyeron en la formación de la conciencia temprana. Se deben consignar las primeras experiencias escolares, cómo le afectó la separación con la madre. Preguntar sobre las primeras amistades y relaciones personales. Dentro de la relación escolar se deben describir los patrones tempranos de asertividad, impulsividad, agresividad, pasividad, ansiedad o conducta antisocial. También es importante la historia del aprendizaje de la lectura y del desarrollo de otras habilidades intelectuales y motoras. Debe explorarse a la vez la presencia de pesadillas, fobias, enuresis, masturbación excesiva.

f.4) Infancia tardía: En esta etapa el individuo empieza a desarrollar la independencia de los padres mediante otras relaciones con amigos. Se deben establecer los valores de los grupos

sociales del paciente y determinar si los padres eran o no figuras idealizadas. Debe explorarse la vida escolar del paciente, su participación en actividades de grupo, relaciones con compañeros y profesores. Debe preguntarse por hobbies, áreas de interés, etc. También es importante averiguar sobre el desarrollo de la identidad y de la vida sexual del sujeto. En resumen no se pueden pasar por alto las siguientes áreas: Relaciones sociales, historia escolar, desarrollo cognoscitivo y motor, problemas físicos y emocionales y sexualidad.

f.5) Edad adulta Debe consignarse la historia ocupacional del paciente, la formación y prácticas requeridas, los conflictos relacionados con el trabajo, y las ambiciones y objetivos a largo plazo. Se debe explorar los sentimientos que tiene con respecto a su trabajo actual, las relaciones con compañeros, jefes o empleados, y describir la historia laboral (número y duración de los trabajos que ha tenido).

También es importante preguntarle por las relaciones de pareja, su historia marital, la religión que posee, sus actividades sociales, su situación vital actual, la historia legal, sexual y familiar, y finalmente sobre sus proyecciones futuras en todos los ámbitos, sus sueños y fantasías.

g) Antecedentes mórbidos personales

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

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

episodios en que el paciente se mantuvo estable con o sin tratamiento, nos ayudarán para la posterior elaboración del diagnóstico y tratamiento.

Del mismo modo debe investigarse respecto a enfermedades físicas, intervenciones quirúrgicas, accidentes, o bien si ha precisado hospitalización por cualquier otra causa, ya que pueden constituir acontecimientos vitales desencadenantes de alteraciones psiquiátricas (trastornos adaptativos, depresiones reactivas, somatizaciones, etc.).

h) Hábitos

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

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

i) Antecedentes familiares

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

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

j) Antecedentes mórbidos familiares

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

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

k) Exploración psicopatológica

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

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

A continuación, un esquema modelo para el examen del estado mental:

l) Descripción general

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

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

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

m) Humor y afectividad

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

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

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

n) Características del lenguaje

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

ñ) Percepción

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

o) Contenido del pensamiento y tendencias mentales

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

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

p) Control del pensamiento

- ❖ Sensorio y cognición: Busca valorar la función orgánica cerebral del paciente.
- ❖ Conciencia: Se refiere a la capacidad de darse cuenta de sí mismo y del entorno. Es muy importante su exploración porque influye considerablemente en el resto del examen mental.
- ❖ Orientación y memoria: Se debe explorar la orientación temporal, espacial, la orientación auto y alopsíquica. Se debe investigar sobre la memoria remota, reciente, de fijación y sus alteraciones.
- ❖ Concentración y atención: Se refiere al esfuerzo en centrarse en una determinada parte de la experiencia y la concentración.
- ❖ Lectura y escritura
- ❖ Capacidad viso espacial
- ❖ Pensamiento abstracto: Capacidad para manejar conceptos, se utilizan test de similitudes, diferencias y refranes.
- ❖ Información e inteligencia: Se utiliza test como el Mini Mental para objetivar este punto.

q) Impulsividad

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

r) Juicio e introspección

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

s) Fiabilidad

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

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

t) Exploración física y neurológica

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

u) Pruebas complementarias

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

v) Impresión diagnóstica

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

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

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

w) Tratamiento y evolución

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

x) Pronóstico

No en todas las historias clínicas se hace alusión a este apartado, sobre todo si es de poco tiempo. En algunas situaciones es importante hacerlo constar cuando el paciente lleva largo tiempo bajo

nuestra supervisión, se conoce a fondo, ya que dependerá entre otras cosas de la intensidad y -i evolución de la enfermedad y del apoyo socio-familiar que dispone el paciente.

2.4.4 Tests psicológicos

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

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

2.2.4.4.1 Clasificación general de los tests psicológicos

a) Tests psicométricos:

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

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

2.2.4.4.2 Áreas de aplicación de los tests

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

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

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

b) Psicología Educativa y Orientación Vocacional: en esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

c) Psicología Organizacional y Laboral: al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado.

2.2.4.5 Manual de diagnóstico

.El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* de la *American Psychiatric Association* (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratarlos distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV-TR). Ya ha salido

un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV provoca controversia dentro de los profesionales en su uso diagnóstico. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

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

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

A. Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10

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

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *Family of International Classification*.

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

La CIE-10 fue desarrollada en 1992 para rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia introdujo su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá introdujo en el 2000 su versión, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

B. Guía latinoamericana de trastornos psiquiátricos GLADP

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

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

Leme Lopes (1954) en Brasil y las de José Horwitz y Juan Marconi (1966) en Chile, y que representa los esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los nosólogos latinoamericanos que, como Carlos Acosta Nodal (1975) en Cuba, J. C. Lucena (1963) en Brasil, Carlos León (1986) en Colombia y muchos otros en diferentes esquinas de la región

latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

Este sistema propuesto por la APAL establece el manejo del diagnóstico multiaxial, en cuatro ejes, ubicando los trastornos clínicos con todas las categorías y sub-categorías de la CIE 10, así como las condiciones no patológicas que demanda atención del clínico, incorporando, lo que se constituye como aporte, los síndromes culturales latinoamericanos, en el primer eje. Las discapacidades para el segundo eje; factores contextuales para el tercer eje. Cerrando como cuarto eje los indicadores de la calidad de vida del paciente.

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

2.2.5 La psicoterapia

Psicoterapia, palabra que, de acuerdo con su etimología griega, significa tratamiento curativo del alma. Proceso voluntario en el que la persona busca ayuda por sí misma y la terapia procede de forma sencilla.

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

Se lleva a cabo entre un profesional con la formación y las habilidades necesarias para facilitar el cambio psicológico, y el paciente/cliente que requiere la ayuda para aliviar los síntomas que le producen un grado de sufrimiento importante.

2.2.5.1 La relación terapéutica

Las relaciones terapéuticas son unilaterales debido a que se centran en el cliente. La relación sólo tiene una parte porque los problemas y cuestiones a los que se enfrenta el cliente son importantes, mientras que los problemas y cuestiones del terapeuta no se discuten. La interacción entre terapeuta y cliente está dirigida a ayudar al cliente a resolver ciertos problemas y a alcanzar ciertas metas.

Aquí se pretende crear una buena relación con el paciente, puesto de que de ella dependerá en parte la aceptación y confianza entre este y el psicoterapeuta, se debe establecer un buen *rapport* psicológico.

La psicoterapia considera que hay 3 factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica

A. La confianza básica

Se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como seguro y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención (p.e elicitando feedback del paciente) y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites, etc.) a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (p.e planificando con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros).

B. *El rapport*

Se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente si le pongo si le parece poco razonable o inadecuadas (p.e "¿Cree usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?"). También el terapeuta se pone en la misma "onda" del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del feedback). El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo

C. La colaboración terapéutica

El terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación (empirismo colaborativo).

2.2.5.2 Competencia de la psicoterapia

La psicoterapia es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas

Los objetivos en una terapia psicológica dependen primero de los deseos y problemas específicos del cliente y, luego, del enfoque que el psicólogo desee darle al tratamiento para mejorar el modo de vida y las relaciones sociales que establece el paciente. Aunque, cada uno de los cientos de modos de llevar una terapia señala metas distintas, las principales son:

1. Ayudar al paciente a ganar esperanza
2. Promover la sensación de dominio y auto confianza del paciente

3. Animar al cliente a enfrentar sus ansiedades en lugar de evitarlas
4. Ayudarlos a ser más conscientes de sus concepciones erróneas
5. Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida

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

2.2.5.3 El proceso terapéutico

El proceso terapéutico hace referencia el conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico y que abarca desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento

Fases por el que atraviesa el proceso terapéutico

- Establecimiento de una relación terapéutica
- Evaluación conductual
- Análisis conductual
- Hipótesis explicativas
- Áreas de intervención
- Selección de técnicas mas adecuadas
- Aplicación de técnicas
- Valoración de resultados
- Seguimiento.

2.2.5.4 Modelos de psicoterapia

Con el paso de los años, han ido apareciendo distintas escuelas psicológicas, enfocadas en aspectos distintos de la “psique” humana. Con cada una de estas escuelas, ha aparecido una terapia psicológica diferente y, a su vez, algunos psicólogos dentro de cada escuela han ido aumentando y perfeccionando sus teorías que, como ya mencionamos, deben poseer los mismos objetivos y, además, el terapeuta debe manejar ciertas actitudes.

A. Modelo psicoanalítico

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

El famoso tratamiento de Freud tenía como objetivo principal el conocer los conflictos e impulsos internos a través del *insight*, comprenderlos por medio de la interpretación y así liberar las “fuerzas psíquicas” para luego lograr un bienestar. La terapia psicodinámica clásica de Freud, postulaba condiciones especiales donde sea propicia la sesión. La psicoterapia debía darse en un ambiente medio oscuro, el paciente debía estar recostado en un diván y el psicólogo no debía tener contacto visual directo con el paciente, ni debía intervenir activamente en el proceso, en la mayoría de los casos debía mantener una “atención flotante”, que es tener una actitud pasiva y solo ser el guía de la conversación, llamada atención flotante.

Pero, ¿Cómo llegar al *insight*? ¿Cómo poder entender lo que la mente humana está tratando de ocultar? Freud propuso un procedimiento por el cual buscaba encontrar y descifrar lo que está oculto. Así, postula a la asociación libre como un proceso fundamental en la terapia psicoanalítica, que consiste en que los individuos reporten espontáneamente al terapeuta todos

sus pensamientos y él, como profesional entrenado, interprete lo que éste dice por más trivial que parezca; solo así se puede comprender lo que el inconsciente oculta. Porque, según Freud, la asociación libre en realidad no lo era y que las ocurrencias estarían determinadas por material inconsciente.

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

La terapia Psicodinámica ha evolucionado del psicoanálisis clásico al enfoque neofreudiano, al enfoque analítico del yo, al de las relaciones objetables, entre otros, donde ha ido adquiriendo aportes importantes de psicólogos como Adler o N. Ackerman que, basándose en los conceptos dictados por Freud, han aumentado y corregido aspectos del método freudiano clásico. Así, proponen cambios en los modos de llevar la terapia, sin embargo, el objetivo sigue siendo el mismo: “ayudar al cliente a obtener *insight* sobre sus motivos y conflictos ocultos”. En el largo proceso del psicoanálisis, la terapia ha ido cambiando y actualmente solo podemos llamar psicoanálisis a las teorías formuladas por Freud, y a las terapias que tienen su origen en las proposiciones freudianas podemos denominarlas “psicoterapias de orientación psicoanalítica”.

A) Modelo conductual

La psicología conductista es una corriente de pensamiento con tres niveles de organización científica, que se complementan y retroalimentan recíprocamente: el conductismo, el análisis experimental del comportamiento y la ingeniería del comportamiento. Esta última comprende a su vez toda una gama de aplicaciones tecnológicas tanto en el campo de la terapia como de la modificación de conducta.

Es la filosofía especial de la psicología como ciencia del comportamiento, entendido éste como la interacción históricamente construida entre el individuo y su ambiente físico, biológico y social. Cubre, así, rangos cognitivos, emotivos, sensorios y motores.

La filosofía especial es una filosofía de la praxis. Como tal, surge de las labores mismas del quehacer psicológico y se encarga de discutir sobre los supuestos, extensiones y posibilidades de su dominio teórico y aplicado, así como de fijar posición y fomentar una actitud no reduccionista (ni fisiologista ni mentalista) para buscar soluciones a los problemas de la disciplina (conductismo radical).

El conductismo depende de una filosofía general de la ciencia en psicología, un asunto que aún no está totalmente dilucidado. Antológicamente lo definitorio es el materialismo monista y el determinismo. Epistemológicamente para los conductistas post-skinnerianos la filosofía es el "contextualismo", que considera la conducta como "acto en contexto". O sea que ocurre en el marco de una determinada circunstancia cuyo análisis no se puede obviar. Desde este punto de vista el contextualismo es una forma de pragmatismo seleccionista. Para los interconductistas es importante la filosofía analítica. Principalmente la seminal en los trabajos de Gilbert Ryle y del segundo Ludwig Wittgenstein. También se puede reconocer aquí algo de materialismo dialéctico en los trabajos de Emilio Ribes. En cuanto a concepciones sobre evolución científica, algunos citan a Laudan (evoluciones graduales) por oposición a Kuhn (revoluciones). De otro lado, los adeptos al conductismo psicológico (Staats) hablan de "positivismo unificado" (post-positivismo).

C) Modelo humanista

Se denomina Psicología Humanista a una corriente dentro de la psicología, que nace como parte de un movimiento cultural más general surgido en Estados Unidos en la década de los sesenta del siglo XX y que involucra planteamientos en ámbitos como la política, las artes y el movimiento social denominado Contracultura.

La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano.

Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento. Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow denominó a este movimiento La Tercera Fuerza para mostrar lo que se proponía con esta corriente: integrar las formas (aparentemente opuestas) en que se expresaba el quehacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).

El pensamiento que influyó en el surgimiento de esta corriente es muy amplio y podría resumirse como el que generaron todos aquellos que se han resistido a reducir la psicología y el estudio de los seres humanos a una mera ciencia natural. Sin embargo, se pueden sistematizar sus influencias en varios grupos principales

- En cuanto a la crítica al mecanicismo y reduccionismo de la psicología en tanto ciencia natural, y su propuesta de poner énfasis en la intencionalidad del ser humano, como individuo total, se puede citar a Franz Brentano y su concepto de intencionalidad, a Oswald Külpe con su antielementarismo, a Wilhelm Dilthey y a William James con su estudio sobre la conciencia y la introspección.
- En el aporte de figuras disidentes de la ortodoxia freudiana se pueden contar como influencias a Erich Fromm con su foco en la búsqueda existencial de los seres humanos, a Karen Horney, a Erik Erikson con su concepción sociocultural del desarrollo humano, a Fritz Perls y el desarrollo de la Terapia Gestalt, a Carl Gustav Jung con su estudio de la

espiritualidad humana y su lucha por autodesarrollarse, a Alfred Adler, a Wilhelm Reich con su reivindicación del cuerpo en la psicoterapia, a Eric Berne con su contribución sobre los juegos psicológicos y el guión psicológico, y a Viktor Frankl, con la creación de la Logoterapia y la búsqueda del sentido de la existencia que ésta propone.

- Las teorías de la personalidad que emergieron en esos momentos y que intentaron mostrar al ser humano más en función de sus motivaciones y necesidades que en función de sus patologías o determinaciones, como las de Gordon Allport y Henry Murray.
- El trabajo de la psicología fenomenológica existencial, de autores como Karl Jaspers, Medard Boss y Ludwig Binswanger en Europa y Rollo May en Estados Unidos.

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. Tenemos la tarea de desarrollar eso único y especial que somos, así, 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 nuestro entorno.
3. Concepto de conciencia ampliado: la conciencia que tenemos de nosotros mismos y la forma en que nos identificamos con nuestro yo o ego, es uno de los varios estados y niveles de conciencia a los que podemos llegar, pero no es el único.
4. Trascendencia del Ego y direccionamiento hacia la Totalidad que somos: la tendencia en el curso de nuestra autorrealización es ir alcanzando cada vez niveles de conciencia más evolucionados, que se caracterizan por ser cada vez más integradores (de partes de

nosotros mismos y de nuestra relación con el resto, y con la totalidad. Véase también Psicología transpersonal).

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 somos, hacemos y sentimos, así como medio de expresión de nuestras intenciones y pensamientos. Funcionamos como un organismo total, en que mente y cuerpo son distinciones hechas sólo para facilitar la comprensión teórica.
6. Reequilibrio entre polaridades y revalorización de lo emocional: la cultura occidental ha tendido a valorar lo racional sobre lo emocional, la acción frente a la contemplación, etc. Esto produce un desequilibrio en nuestro organismo, ya que desconoce aspectos valiosos de nosotros mismos o los subestima, relegándolos al control de otros. El cultivo de lo emocional, lo intuitivo, lo contemplativo, por parte de la psicología humanista, es un intento por restablecer ese equilibrio.
7. Valoración de una comunicación que implique el reconocimiento del otro en cuanto tal: dejar de reconocer a los demás como objetos, o medios para alcanzar nuestros propósitos personales, es uno de los énfasis principales de esta corriente. Esta forma restringida de relacionarse con los demás se transforma en una barrera comunicacional entre los seres humanos, ya que nos concentramos en sólo una parte del otro (la que nos es útil, por ejemplo), y dejamos de verlo como un ser total, impidiendo una comunicación plena.

D) Modelo sistémico

La terapia sistémica es un modelo de psicoterapia que se aplica para el tratamiento de trastornos y enfermedades psíquicas concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de un grupo social comprendido como un sistema.

La terapia sistémica se basa en un enfoque psicoterapéutico que, si bien tiene sus orígenes en la terapia familiar, ha venido cristalizando en el transcurso del último medio siglo en lo que hoy se prefiere denominar terapia (o psicoterapia) sistémica, para puntualizar el hecho de que no es

imprescindible que sea una familia el foco de atención para que la mirada terapéutica sea sistémica. Es así como los conceptos sistémicos, así como sus métodos y técnicas terapéuticas pueden igualmente aplicarse a la pareja, a los equipos de trabajo, a los contextos escolares y también a las personas individuales. Lo que resulta decisivo es que el énfasis esté puesto en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y entre los subsistemas que lo componen. También en el caso de la terapia individual el enfoque se orientará principalmente al cambio en los procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica sistémica de ver a la persona en su entorno, es decir en el contexto del sistema o de los sistemas de los que forma parte.

Inicialmente la terapia sistémica se basó en la interacción bidireccional de las relaciones humanas, con fenómenos de retroalimentación constantes que influyen en la conductas de los individuos, siendo el más afectado el llamado miembro sintomático que expresa la patología psiquiátrica y al cual muchas veces se le estigmatiza. Es por eso que en su origen, esta terapia se desarrolló para las familias en cuyo seno había alguien que sufría una enfermedad psíquica grave.

Sin embargo, al pasar de los años y con mayor desarrollo teórico, el concepto de "enfermedad" se evidenció como inadecuado para designar fenómenos psíquicos que se definían como producto de patrones comunicacionales y pautas de interacción alteradas. El "enfermo" resultaba ser más bien el portador de los síntomas de una dinámica disfuncional que ocurría en el sistema.

La terapia familiar sistémica se desarrolló a lo largo de la segunda mitad del siglo XX en diferentes direcciones que abarcan desde las concepciones estructurales clásicas de Salvador Minuchin hasta enfoques sistémicos menos directivos, sin pretensiones de "objetividad" del terapeuta. Esta última idea está presente en la postura constructivista basada en los postulados epistemológicos de los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela.

2.2.5.5 Formas de psicoterapia

La Psicoterapia se basa en la creencia del potencial de cambio del ser humano: Siempre somos capaces de cambiar, a cualquier edad. El cambio es algo a lo cual tendemos a tener miedo y,

entonces, nos aferramos a seguir igual, o a enmascaramos los problemas a través de "anestésias" como por ejemplo las drogas. El problema es que así no hacemos más que agudizar el sufrimiento.

2.2.5.5.1 Psicoterapias psicoanalíticas

El psicoanalista de hoy enfrenta el desafío que implica la demanda de pacientes que no están dispuestos a efectuar un tratamiento psicoanalítico con la frecuencia que éste requiere. Esta demanda en sí misma, más situaciones específicas que así la indican conducen a la práctica de la Psicoterapia Psicoanalítica, posiblemente con mayor frecuencia que en décadas anteriores.

Este procedimiento puede llegar a lograr objetivos positivos con el terapeuta y su bagaje clínico, basado en la teoría de la técnica psicoanalítica, en un marco distinto, dadas las características específicas de este tipo de terapia, donde pacientes, pareja terapéutica, metas, técnica y proceso son diferentes a las del psicoanálisis

A. Psicoanálisis

El psicoanálisis es una disciplina fundada por Sigmund Freud y en la que, con él, es posible distinguir tres niveles:

1. Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres.
2. Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra

psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica; ejemplo, emprender un psicoanálisis (o un análisis).

3. Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento

B. Terapia breve y de emergencia

Se orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores y sus causas, dentro del mayor marco posible y después, proporciona la conceptualización más clara probable de las intervenciones psicoterapéuticas necesaria y suficiente.

Sus beneficios pueden extenderse más allá del enfoque inmediato de la terapia, ya que la estructura adaptativa completa del paciente puede cambiar de forma favorable en una especie de reacción en cadena psicodinámica, como resultado de las intervenciones limitadas.

La terapia breve intensiva debe involucrar una *anamnesis* completa, una apreciación psicodinámica y estructural de la persona, tan completa como sea posible, y una consideración de los aspectos sociales y médicos. Con base en el mayor entendimiento y conocimiento posible del paciente, deben planearse activamente las áreas, métodos, secuencia de éstas y métodos de intervención.

Para la terapia breve, el cumplir su promesa como una modalidad de tratamiento útil y accesible para un gran número de personas, debe ser una técnica adecuada para cualquier circunstancia.

Con frecuencia, una de las primeras tareas, al convertir una situación de crisis o de urgencia a una más manejable, es ayudar al paciente a tener una visión más amplia que la que podría garantizar su visión en túnel y ser capaces de ver sus alternativas y opciones.

La formulación más útil de una teoría de desarrollo de síntomas, y de estructura de la personalidad en general, es que los síntomas son intentos de resolver el problema, conformados de ansiedad, conflicto y déficit en el sentido, se ve a la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje.

P.B.I.U. es de cinco o seis sesiones pueden ser más prácticas, porque la experiencia demuestra que la mayor parte de los pacientes externos no desean regresar por más que eso, basados, probablemente, en sus experiencias con tratamiento médico.

Principios básicos de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia

- La terapia breve requiere una habilidad y experiencia especiales. El terapeuta debe entender que él hace un trabajo valioso y no sólo elige medidas momentáneas.
- Es esencial una conceptualización
- En lugar de seleccionar pacientes, se seleccionan objetivos y problemas.
- .La P.B.I.U. se basa en una historia exhaustiva, guiada por conceptos formulados de manera clara, usando un estilo de comunicación adecuado.
- Personas con conocimientos de psicodinámica relativamente limitados pueden ser enseñadas a realizar la P.B.I.U. con éxito.
- Guía esquemática
- La psicoterapia de urgencia no se limita, necesariamente, a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber una oportunidad para reconstituir al paciente en un nivel superior al premórbido.
- Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria
- Prevención primaria: Cuando la gente se encuentra en riesgo psicológico, la psicoterapia breve puede usarse para trabajar con los problemas por adelantado, es decir, de manera preventiva.
- Prevención secundaria: trata con las condiciones agudas ya existentes, las cuales pueden detenerse antes de que se desarrollen condiciones más graves y crónicas, a través de la

psicoterapia breve. Las personas que se encuentran agudamente perturbadas por eventos traumáticos, podrían quedar en esta categoría.

- Prevención terciaria: tiene que ver con la curación de las condiciones crónicas. En la práctica psiquiátrica, esto significa tratar con las exasperaciones agudas de los psicóticos crónicos, o con sus síntomas más perturbadores.
- Aspectos administrativos e indicaciones para la P.B.I.U.
- Papel del terapeuta y resistencia a la P.B.I.U.

Perfil básico de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia

1. 5 o 6 sesiones de 50 minutos, una vez a la semana
2. Sesión de seguimiento un mes después
3. *Anamnesis* completa
4. Una apreciación psicodinámica y estructural
5. Consideración de los aspectos sociales y médicos
6. Plan para áreas de intervención
7. Plan para métodos de intervención
8. Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención
9. Decisión sobre una terapia sólo diádica o combinada con sesiones conjuntas o familiares
10. Consideraciones de condiciones favorecedoras como drogas u hospitalización breve

2.2.5.5.2 Psicoterapias conductistas

Se basa en la creencia de que casi todos los modos de pensamiento y conducta malsanos se han aprendido durante un largo período de tiempo. El terapeuta se sirve de un conjunto de técnicas estructuradas para intentar identificar los pensamientos que causan los sentimientos y las conductas problemáticas. El paciente aprende a cambiar estos pensamientos, lo que a su vez permite respuestas más apropiadas y positivas.

A. Terapia racional emotiva

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

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

Entre sus principales éxitos reconocidos se han destacado los tratamientos de trastornos tales como: ansiedad, pánico, agorafobia, fobia social, inhibiciones, depresión, disfunciones sexuales, depresión, estrés, ira (ataques de furia) y conflictos de pareja.

Las características más notorias de este modelo son:

- Se trabaja en el presente, en el "aquí y ahora".
- Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso, pueden omitirse tales

incursiones.

- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones.
- Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes. Se trata, pues de terapias destacadas por su brevedad.
- Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.
- El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta.
- A su eficacia terapéutica se le suma su eficacia como forma de prevención de futuros trastornos.

A.1 Los seis principios de la terapia racional emotiva

1. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.

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

"qué se le va a hacer, tendré que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda").

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

3. Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos.

Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que podemos hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que podemos cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal sólo porque lo deseemos.

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

5. A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias o modos de interpretar la realidad sino con el hecho de seguir manteniéndolos en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no es imprescindible (aunque puede ayudar) ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.

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

A.2 Emociones negativas adecuadas e inadecuadas

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

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

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

A.3 Emociones positivas adecuadas e inadecuadas

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

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

A.4 Los síntomas secundarios

Las personas, cuando sienten y actúan, tienen a la vez determinados pensamientos sobre sus sentimientos y conductas y estos pensamientos les llevan a tener otros sentimientos y conductas.

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

B. Terapia conductual cognitiva

Terapia diseñada para superar la depresión modificando los patrones dañinos del pensamiento que surgen producto del pensamiento ilógico acerca de si mismos, del mundo externo y el futuro. Existen tendencias cognoscitivas que fomentan la depresión como el sobregeneralizar información limitada, explicar cualquier hecho positivo como una excepción a la regla y el magnificar la importancia de hechos indeseables. En esta técnica el cliente y el terapeuta trabajan juntos para identificar los problemas y formular soluciones que se aproximen al éxito y aliviar su depresión.

Es una terapia psicológica basada en los fundamentos de la psicología cognitiva. Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente, denominados por la terapia de conducta.

Este modelo cognitivo consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos.

Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

2.2.5.5.3 Terapias humanistas

La psicoterapia humanista te permite profundizar en tus conflictos personales, poner conciencia en las dificultades y desarrollar tus propios recursos para afrontarlas.

Su objetivo es integrar todos los aspectos de tu personalidad, con el fin de que llegues a ser lo que eres, en lugar de que pretendas ser lo que no eres: lo que te gustaría ser, o lo que crees que deberías ser.

Es un proceso impulsado por tu voluntad de ver y tu voluntad de sanar. Una oportunidad para que, de forma activa y responsable, explores los problemas que aparecen en tu vida.

A. Terapia centrada en el cliente:

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

El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona.

Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue a ser quién es y decidir desde su intimidad. El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores

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

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

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

La psicoterapia centrada en el cliente

- Es la más influyente.
- Parte de la confianza radical en el paciente y el rechazo al papel directivo del terapeuta.
- Elemento central de la terapia: la actitud del terapeuta. Rasgos de esta actitud:
- 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 e paciente.
- Aspectos que tiene en cuenta el desarrollo de la terapia:
- Impulso al crecimiento.
- 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.

B. Terapia gestáltica:

Es una psicoterapia que trata al individuo en su totalidad siendo por tanto una terapia holística que va a la causa del conflicto.

Es una psicoterapia humanista con un espíritu holístico. La persona es una unidad formada por cuerpo, mente y emoción que además se relaciona con otras y por tanto hay que tener en cuenta también aspectos familiares, sociales y relacionales.

La terapia Gestalt se interesa más por la experiencia presente que por los recovecos del pasado.

Enfatiza la toma de conciencia de lo que ocurre en el aquí y el ahora, en el plano mental, emocional y corporal. No es necesario cavar en antaño, ya que los asuntos pendientes del pasado y los aspectos conflictivos de la personalidad están en el presente pujando para emerger y completarse.

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

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

Se basa en:

- El aquí y ahora: vivir y sentir el presente. Vivir y sentir la realidad.

- El darse cuenta ("*awareness*", en inglés): es el paciente quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Sólo se necesita ser consciente para cambiar (si se quiere) una conducta.
- Aceptar lo que uno es: no buscar ídolos, no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos.
- Enfatizar en el cómo o en el para qué más que en el porqué: ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?
- También es importante el uso de la primera persona, puesto que una de las fortalezas de la terapia Gestalt es, como se ha mencionado, el asumir la responsabilidad de nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones: el cliente no tiene que ocultarse usando un sujeto colectivo.
- El terapeuta gestalt tiene la función de guiar al cliente para que se haga consciente de su situación (el darse cuenta). Hay una interacción de yo, tú, nosotros; se rompe la dicotomía médico-paciente. El cliente se expresa tanto verbalmente como con gestos y movimientos.
- El término la silla caliente ("*hot chair*" en inglés) ha sido comúnmente asociado con la práctica de la terapia Gestalt, consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar

2.2.5.5.4 Terapias sistémicas

La terapia basada en aspectos sistémicos, se interesa así en las posibles modificaciones de los sistemas de relaciones, donde se dan relaciones simétricas (basadas en cierta igualdad) o complementarias (basadas en determinadas diferencias). No considerando disfuncional a ninguno de los dos tipos, salvo cuando se da una sola de estas formas (cronificación de la interacción) y no un permanente y necesario cambio.

A. Terapia familiar

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

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

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

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

2.2.5.5 Psicoterapias alternativas

Las terapias Alternativa ha llegado también como una necesidad .Buena parte de la comunidad científica define la medicina alternativa como cualquier tratamiento cuya eficacia y seguridad no han sido comprobadas mediante estudios científicos controlados y contrastados.

A. Musicoterapia

También conocida como terapia musical, utiliza el sonido ritmo melodía, el movimiento y los instrumentos con el fin de elaborar un vínculo entre el paciente y la terapia musical. A través de la música podemos obtener algunas respuestas como cambios en el ritmo cardiaco, circulación sanguínea en la respiración.

Para el efecto, se prepara el salón de musicoterapia, se requiere que el paciente intente comunicarse a través de los sonidos de los diferentes instrumentos. El terapeuta observa con atención al paciente registra la información obtenida cuando se retira. La música proporciona buenos resultados en:

- ✓ Elevación del nivel de autoestima
- ✓ Eliminación de la agresividad
- ✓ Reducción de la tensión y la ansiedad
- ✓ Permite la socialización y desarrollo de la atención.

También ayuda en problemáticas psicosomáticas como:

- ✓ Dolores de cabeza
- ✓ Migrañas
- ✓ Se ha obtenido efectos positivos en personas que sufren: Mal de parkinson, Alzheimer, Daño Cerebral.

B. Hidroterapia

La hidroterapia utiliza el agua de distintas maneras para dar tratamiento a las molestias producidas por el estrés, para la relajación y para conservar la salud. Los baños a diferentes

temperaturas ayudan a mejorar la circulación, los baños de vapor y sauna ayudan a relajarse, hacer sudar y esto desintoxica el cuerpo.

Baños fríos y calientes: En ocasiones el efecto terapéutico del baño se puede conseguir mediante la temperatura del agua, a veces ayudado por flujos específicos como la ducha a presión o el hidromasaje. Los baños a temperatura corporal (37° C) son relajantes y sedantes, los fríos o calientes son estimulantes. Los baños pueden ser por inmersión o mediante paños húmedos. La inmersión puede ser de todo el cuerpo o de algunas zonas (manos, pies, baños de asiento). Los tratamientos con burbujas son utilizados para relajación y desintoxicación del cuerpo.

Baños con agua caliente: son utilizados para aliviar el dolor muscular, mejorar la circulación estimula, controla las convulsiones, induce el sueño, acelera el pulso y la respiración.

Los Baños templados: Son sedantes pueden prolongarse durante horas e incluso, se utilizan para algunas enfermedades nerviosas.

Baños Neutros: son muy relajantes, ayudan a tratar la ansiedad, el insomnio, cambios de humor, se sumerge el cuerpo hasta el cuello en una bañera, debajo de la temperatura corporal. Se recomienda permanecer ahí de 15 a 20 minutos.

El ejercicio acuático: se recomienda a mujeres embarazadas, personas con artritis, y discapacitados y lo ofrecen especialmente en clubes sociales.

C. Psicodrama

Es un procedimiento psicoterapéutico, que emplea técnicas dramáticas, además de verbales como medio de expresión. En la dramatización se trabajan situaciones que han sido importantes en la vida del paciente, a manera de teatro. Los argumentos son proporcionados por el o la paciente e interviene como actor, jugando su papel como si se tratase de un hecho real.

Existen distintos tipos de psicodrama, de acuerdo al número de miembros, puede ser individual, grupal de parejas, familiar, público o privado, y puede aplicarse a pacientes de diferentes edades.

- Los grupos pueden ser abiertos o cerrados
- El tratamiento puede consistir en una sola sesión, ser de tiempo limitado o ilimitado.
- Las sesiones pueden ser breves (10 a 20 minutos)
- De tiempo medio (1/2 hora más o menos), o sesiones prolongadas (4 a 5 horas o más). Pueden realizarse una o más veces por semanas.
- En las sesiones de psicodrama se tratan los problemas individuales de los y las pacientes y los del grupo
- Para las dramatizaciones se utiliza un espacio de la habitación donde se realiza la sesión.
- Entre las técnicas más empleadas en dramatización esta: la representación de situaciones que ha vivido el o la paciente en la realidad.

La dramatización permite expresar fantasías que manifiesta el grupo, brinda la oportunidad de comunicación y relación entre los miembros del grupo, y establece una relación afectiva entre ellos. Además permite al terapeuta conocer los conflictos, conductas y modo de relacionarse de cada miembro del grupo.

Las vivencias expresadas en el psicodrama están relacionadas con el desarrollo inicial del niño:

- ✓ Fase de la identidad del Yo con el Tú: el paciente con su entorno, el terapeuta intenta imitar al paciente de manera que parezca ser él, y trata de sentir y actuar igual, lo imita en movimientos, gestos, etc.
- ✓ Fase de reconocimiento del yo: reconocerse como persona, método del espejo, aquí se utiliza un espejo imaginario, el paciente es espectador y observa cómo se comporta y actúa con otras personas.
- ✓ Fase del Reconocimiento del Tu: del conocimiento del os otros. Método de cambio de papeles: En este método el paciente debe ponerse en el lugar del otro y actuar como él lo haría.

D. Risoterapia

Con la risa expresamos un gran número de emociones: alegría, felicidad todas ellas de carácter positivo. Por eso, muchas personas, quieren recuperarlas, pero esta situación de bienestar termina pronto.

Sufrimos un enorme desgaste emocional, Especialmente en los tiempos que corren, en que los índices del estrés se disparan, las ansiedades se multiplican y la insatisfacción es el pan de cada día en las personas.

Necesitamos volver al humor positivo, el humor que no utiliza a los demás, que no se ríe de los demás, el humor sano. Necesitamos humor con afecto, humor con amistad, humor con amor y debemos reírnos con, no de.

Existen, estrategias y ciertas habilidades que nos ayudan a liberar tensiones del cuerpo y llegar a la carcajada.

E. Musicoterapia

A lo largo de la historia, muchas civilizaciones han reconocido la influencia que tiene la música en las personas. Por ejemplo, ya en los papiros médicos egipcios del año 1500 A.C., se hace referencia al encantamiento de la música relacionándola con la fertilidad de la mujer. En la Biblia encontramos como David efectuaba música curativa frente al rey Saúl. En muchas leyendas, cosmogonías y ritos sobre el origen del universo en diversas culturas, el sonido juega un papel decisivo. Así pues, la música fue para el hombre primitivo un medio de comunicación con el infinito. Para los egipcios el Dios *Thot* creó el mundo con su voz. Los médicos brujos solían y suelen utilizar en sus ritos mágicos, canciones y sonidos para expulsar los espíritus malignos que existen en el individuo enfermo y se ayudan con la danza, la expresión corporal y la ejecución instrumental. Por los indios de la boca de *Bramha* salen los primeros dioses y estos son cantos y el sonido OM es la sílaba engendradora de la creación. Entre los griegos Aristóteles fue el primero en teorizar sobre la gran influencia de la música en los seres humanos.

Conclusiones

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

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

A continuación se presenta la metodología utilizada para realizar la Práctica Profesional Dirigida. Se incluye el programa y cronogramas de trabajo así como las planificaciones elaboradas con el fin de sistematizar el trabajo.

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

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

IV Contenido temático del curso

- Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico.
- Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico.
- Detección y atención de casos.
- Capacitación en salud mental.
- Investigación de problemas de salud mental en Guatemala.
- Atención a comunidades de riesgo.
- Detección de situaciones de resiliencia.
- Creación de programas y proyectos.

V Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.
- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.

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

IV 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 punto
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 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	<p>Información general</p> <p>Asignación de Centros de Práctica</p> <p>Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad</p>	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo</p> <p>Diagnóstico de Conocimientos</p>	<p>Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Planificación</p> <p>Día sábado 6/ 02</p> <p>Valor 5 puntos</p>
12 y 19-02	Uso del Manual de Estilo	Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo	
26 y 5-03	La entrevista	Ejercicios con resumen de entrevista	<p>Guía de lectura</p> <p>Valor 5 puntos</p>
12 y 19-03	<p>Documentos de registro:</p> <p>Historia clínica, plan terapéutico,</p> <p>Informe Clínico</p>	<p>Laboratorio</p> <p>Inicio de práctica lunes 1 de Marzo</p> <p>Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades</p>	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>
		Investigación de problemática principal atendida en el centro de Práctica	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>

Continuación I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
26 y 9-0	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 <i>rapport</i> e inicio de detección de casos/ Dinámicas, juegos, entrevistas, etc. Discusión de casos	Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos 2 casos)
16 y 23-04	Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios	Entrega y revisión Valor 5 puntos
30-4 y 7-05	Análisis y discusión de formas de Psicoterapia	Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos
14 y 21-05			Entrega de Informes / cada mes Entrega de constancia de horas de práctica cada mes

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

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

20 y 27- 08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

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

29-10 Y 5- 12 y 19-11	Tercera y última revisión de informe final Entrega de informe/ examen final	Elaboración de Informe Final	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos
--	---	------------------------------	--

3.3 Planificación general de Práctica profesional Dirigida

Nombre de la practicante: Mildred Johana Tuyuc Abaj

Nombre de la Institución: Hospital Nacional de Chimaltenango

Mes marzo

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
Conocer la institución para detectar sus necesidades y fortalezas	Inicio de práctica. Investigación y elaboración del diagnóstico institucional en el centro de práctica. Observación de actividades. Investigación de la problemática principal atendida en el centro de práctica	Humanos: Personal de la institución Alumna practicante Material didáctico: Hojas Cuaderno de notas. Planificación Lapiceros	Identifica las necesidades y fortalezas del centro de práctica.

Mes abril

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
Participar en actividades que permitan la detección de casos	Actividades de <i>Rapport</i> . Pruebas proyectivas entrevistas inicio de atención de casos. Dinámica Juegos	Humanos Material didáctico .Planificación Test psicológicos	Practica los conocimientos adquiridos durante su formación en la detección de casos y en la resolución de los mismos.

Mes mayo

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
Atender casos en el centro de práctica	psicoterapia Entrevistas Test psicológicos	humano Libros Material didáctico Investigaciones Test psicológicos Hojas de trabajo	Detecta y atiende casos, utilizando técnicas adecuadas. Brindar servicio psicológico a los pacientes

Mes junio

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
Elaboración de proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidad de atención psicológica.	Charlas Capacitaciones	humano Libros Material didáctico Investigaciones planificaciones	Investiga temas de interés para dar apoyo a las personas con necesidad de atención psicológica.

Mes julio

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
Aplicar técnicas adecuadas a las necesidades de los pacientes	Seguimiento de casos individuales y familiares Elaboración de historias clínicas Aplicación de técnicas de intervención clínica.	humano Libros Material didáctico Investigaciones	Atender casos para mejorar la calidad de vida de los pacientes Realiza procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico

Mes agosto

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
Resolver problemas sociales, conflictos en la institución	capacitaciones Elaboración de informes de los pacientes Elaboración de planificaciones despedida del centro de práctica	humano Libros Material didáctico Investigaciones	Brindar beneficios a la institución, dejando un precedente de atención psicológica.

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida. En la cual se detallan una serie de casos referidos en el Departamento de Psicología del Centro de Práctica situado en Hospital Nacional de Chimaltenango.

Se describe el historial clínico, proceso terapéutico y plan terapéutico de cada paciente referido.

1 Objetivos

- ❖ Apoyar al paciente a la recuperación de su estado emocional
- ❖ Atender casos de emergencia
- ❖ Brindar un tratamiento adecuado al caso
- ❖ Concluir los casos atendidos
- ❖ Insigth en los pacientes

2. Actividades

No. De casos	Técnicas utilizadas	Problema principal	Logros esperados
3	Entrevistas Test de autoestima Ejercicios prácticos para mejorar la autoestima Hojas de trabajo Elaboración de proyecto de superación personal	Baja autoestima	Superación personal
3	<i>Rapport</i> Ejercicios prácticos para mejorar el aprendizaje Terapia de juego	Problemas de aprendizaje en niños	Identificar el problema del bajo rendimiento escolar Mejorar el aprendizaje
3	<i>rapport</i> Test de la figura humana Terapia de juego Test de la familia	Problemas de conducta	Mejorar la conducta de los pacientes

1	Test proyectivo T.A.T educación sexual Terapia de juego Test de la figura humana	Abuso sexual infantil	Alcanzar el <i>Insigh</i> en el paciente
2	Terapia conductual Test de autoestima Test de depresión de zung Psicoterapia interpersonal para la depresión	depresión	Superación de la distorsión emocional de la depresión

3.4.2 Programas de capacitación

Introducción

Este programa refiere las capacitaciones que se realizaron en el centro de práctica dirigido a grupos de personas con necesidad de atención psicológica de acuerdo a la necesidad del caso y que requieren de orientación que es parte del tratamiento de los pacientes.

1. Objetivos

1. Dar orientación a las personas de acuerdo a la necesidad psicológica.
2. Brindar apoyo a la institución con capacitaciones al personal
3. Aplicar técnicas especiales para detectar casos.

A. Prevención de abuso sexual

Temas presentados	No. De personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Prevención de abuso sexual en niños	25 niños y niñas	Hospital Nacional de Chimaltenango	25 de marzo del 2010	Se logro que el niño y la niña aprendiera a cuidar su cuerpo como algo especial

B. Autoestima a club diabético

Temas presentados	No. De personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Charla de autoestima	200	Hospital Nacional de Chimaltenango	26 de marzo del 2010	Motivar a las personas a valorarse así mismas

C. Feria internacional de la mujer

Temas presentados	No. De personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
<ul style="list-style-type: none">▪ Violencia Intrafamiliar▪ Problemas de pareja▪ Desintegración familiar	Adultos 5 Niñas 5	Centro de salud del Hospital Nacional de Chimaltenango	Junio 2010	<ul style="list-style-type: none">• Brindar atención psicológica a las personas necesitadas• Atención de casos de emergencia• Apoyo a la institución

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

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida. En la cual se detallan una serie de casos referidos en el Departamento de Psicología del Centro de Práctica situado en Hospital Nacional de Chimaltenango.

Se describen el historial clínico, proceso terapéutico y plan terapéutico de cada paciente referido.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Aplicación de proceso terapéutico
- ✓ Apoyo institucional
- ✓ *Insigth*
- ✓ Resultados positivos de las técnicas de abordaje
- ✓ Seguimiento de tratamiento

4.1.2 Limitaciones

- ✓ Espacio inadecuado para la atención de casos
- ✓ Intervención de distractores
- ✓ Material audiovisual escaso
- ✓ No hay privacidad para el paciente
- ✓ Coordinación administrativa inadecuada

4.1.3 Conclusiones

- ✓ Se mejoró la calidad de vida emocional del paciente
- ✓ Se atendió casos de emergencia
- ✓ Se aprendieron nuevas técnicas de abordaje
- ✓ Recuperación de los pacientes
- ✓ Se obtuvo desarrollo profesional

4.1.4 Muestra de cinco casos atendidos (Presentación de historias clínicas)

Historia Clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre:	P. H.
Edad:	18 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	San Martín Jilotepeque
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	San Martín Jilotepeque 17 de marzo de 1992
Escolaridad:	Primero básico
Religión:	Católica
Evaluador:	Mildred Johana Tuyuc Abaj
Fecha:	29 de abril del 2010

2. Motivo de consulta

La paciente intentó suicidarse porque sus padres la regañaron por haber retirado dinero del banco sin la autorización de ellos, se tomó una pastilla para maíz, ha repetido 3 veces primero básico.

3. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: falta de atención y concentración

Nivel afectivo: afecto restringido, que manifiesta tristeza.

Nivel conductual: rebeldía.

Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.

Nivel físico: normal

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: es muy sobreprotegida por parte de sus padres, también caprichosa no le gusta que le impongan leyes.

4.2 Relaciones sociales: se relaciona con jóvenes de su edad pero es algo tímida.

4.3. Atribución sobre los problemas: se atribuye el problema al que le gusta hacer todo lo que ella quiere sin respetar límites ni autoridad

5. Historia del problema

La paciente quiere tener libertad para realizar todo lo que le gusta pero los padres no se lo permiten por sobreprotegerla, de tal modo que intenta intoxicarse para que sus padres cedan a sus caprichos.

A sufrido desde muy pequeña el alcoholismo de su padre, manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde la reciente separación de sus padres.

Anteriormente presentó cambios en su conducta y rendimiento escolar, pero en menor grado que en la actualidad.

6. Historia familiar

Hubo intento de suicidio, una tía con retraso mental, se lleva bien con todos en su casa pero siente que a veces no la quieren.

La paciente manifiesta que a veces siente que sus padres no la quieren porque no la dejan realizar las cosas que a ella le gustan y eso la pone triste porque ella cree que ya es bastante grande para que le den la libertad que ella necesita. También que tiene una buena relación con sus padres y hermanos.

La paciente es una joven de 18 años, trabaja de atender un negocio, y el fin de semana se dedica a estudiar. El padre tiene 51 años, es campesino, la madre es ama de casa tiene 47 años y dos hermanos uno de 20 años y 22 años.

Los padres no le dan permiso a la joven a que salga sola, siempre la tienen que acompañar y si se trata de salir a divertirse con sus amigas no le dan permiso por temor a que le pueda suceder algo malo.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastornos del estado de ánimo (387) depresión

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Pronóstico

Favorable porque la paciente obtuvo cambios positivos, y esta motivada para seguir el tratamiento para mejorar su salud emocional.

9. Tratamiento

- Terapia racional emotiva
- Terapia cognitivo conductual

Historia Clínica No. 2

1. Datos generales

Nombre:	H.R.
Edad:	47 años
Sexo	Masculino
Dirección:	Parramos Zona 1 Cantón
Ocupación:	Chofer
Lugar y fecha de nacimiento:	Parramos, 13 de marzo del 1963
Escolaridad:	Tercero Básico
Religión:	Católico
Evaluador:	Mildred Johana Tuyuc Abaj
Fecha:	13 de Junio 2010

2. Motivo de consulta

El paciente refiere que hace 3 meses tuvo un accidente automovilístico y desde entonces siente miedo de todo, se siente muy nervioso de pensar en los gastos que tiene y siente un nudo en la garganta con ganas de llorar todos los días

3. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: falta de atención y concentración

Nivel afectivo: manifiesta mucha tristeza y ansioso

Nivel conductual: ansioso

Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.

Nivel físico: agotado, decaído

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: el paciente tiene tres hijos, una mujer de 21 años, un joven de 19 años y un niño de cinco. Es el único que sostiene los gastos de la familia, le afecta que sus hijos no colaboren con los gastos, ya que él siente que solo él no puede, siente que con lo que le está pasando no va poder suplir las necesidades de su hogar y el alquiler del mismo.

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: tiene tres años de ser alcohólico, y esta tratando de llevar una vida sin alcohol con un tratamiento de desintoxicación

5. Historia del problema

El paciente refiere que hace 3 meses tuvo un accidente automovilístico con su familia, y desde entonces le tiene miedo a todo, se siente muy débil, tiene ganas de llorar, y muy nervioso, consultó a un médico general y le recetó algunos medicamentos para calmar el miedo, a causa de su estado de salud se siente muy nervioso de que en cualquier momento le quiten su trabajo y no pueda suplir los gastos de su casa, en especial el alquiler; no duerme, tiene falta de apetito. Cada día se siente más temeroso.

6. Historia familiar

- ✓ Antecedentes psíquicos y físicos: ninguno
- ✓ Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos: falta de apoyo de parte de sus hijos mayores no tiene autoridad sobre ellos.

El paciente manifiesta que no tiene autoridad sobre sus hijos mayores y su esposa no lo apoya en ese sentido, su hijo mayor es alcohólico

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastornos de ansiedad (f43.1)

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Estrés situacional agudo o crónico

Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Pronóstico

Favorable porque el paciente estaba motivado recibiendo el tratamiento indicado, logrando cambios positivos en su conducta.

9. Tratamiento

Terapia racional emotiva

Historia Clínica 3

1. Datos generales

Nombre	J.C.
Edad:	10 años
Sexo	Masculino
Dirección:	Colonia el esfuerzo Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango 13 de enero del 2000
Escolaridad:	Tercero primaria
Religión:	Evangélico
Evaluador:	Mildred Johana Tuyuc Abaj
Fecha:	10 de abril del 2010

2. Motivo de consulta

La madre del niño buscó ayuda psicológica porque el niño es muy tímido le cuesta relacionarse con niños de su ambiente escolar.

3. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: falta de atención y concentración

Nivel afectivo: estado deprimido

Nivel conductual: agresivo

Nivel motivacional: no colabora n las terapias

Nivel físico: descuidado

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: el niño es el mayor de los hermanos tiene cuatro hermanos más y recibe afecto solo de su madre y de su padre necesita de su cariño.

4.2 Relaciones sociales: le cuesta relacionarse con los demás

4.3 Atribución sobre los problemas: falta de atención de parte del padre

5. Historia del problema

La madre refiere que el niño empezó a tener cambios en su conducta desde el año pasado cuando estaba en tercero primaria tenía una maestra que lo trataba mal desde entonces el niño empezó a ser agresivo en su hogar y en la escuela no jugaba con los niños porque lo molestaban que el realizara oficios domésticos, eso lo hacia sentir mal.

6. Historia familiar

- ✓ Antecedentes psíquicos y físicos: ninguno
- ✓ Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos: se lleva bien con su madre, y con sus hermanos menos con su padre.

El niño refiere que no tiene mucha comunicación con su padre porque se va desde temprano a trabajar y regresa tarde todos los días pero si lo quiere.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Pronóstico

Favorable porque el paciente esta dispuesto a colaborar con el tratamiento, reforzando con terapias adecuadas a su caso, para mejorar su conducta y su estado emocional.

9. Tratamiento

- ✓ Terapia familiar
- ✓ Terapia de apoyo

Historia Clínica 4

1. Datos generales

Nombre	S.P
Edad:	13 años
Sexo	Masculino
Dirección:	Colonia el esfuerzo Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	20 de julio de 1997

Escolaridad: Tercero primaria
Religión: Evangélico
Evaluador: Mildred Johana Tuyuc Abaj
Fecha: 20 de junio del 2010

2. Motivo de consulta

La madre refiere que el adolescente es muy rebelde y está optando por conductas inadecuadas.

3. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: falta de atención y concentración

Nivel afectivo: alegre

Nivel conductual: rebelde

Nivel motivacional: esta dispuesto a recibir el tratamiento adecuado para mejorar sus conducta

Nivel físico: descuidado

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: el adolescente es hijo único vive solo con su madre ella padece de diabetes y asma, el padre esta en prisión porque cuando el paciente era niño de tres años intentó abusar de él, y a pesar de eso el niño le hace falta la atención de su padre.

Relaciones sociales: es sociable se relaciona con las personas de toda edad

4.2. Atribución sobre los problemas: falta de figura paterna.

5. Historia del problema

La madre refiere que el paciente desde hace un año no entraba a la escuela sino que se iba con sus amigos y por ende perdió el año y tuvo que repetir de nuevo, no le hacía caso y a veces no entraba a dormir a su casa.

6. Historia familiar

- ✓ Antecedentes psíquicos y físicos: ninguno
- ✓ Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos: se lleva bien con su madre, y dice que la quiere mucho

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 60

8. Pronóstico

Favorable porque el paciente colaboró con el tratamiento y mejoró sus conductas inadecuadas.

9. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual

Historia Clínica 5

1. Datos generales

Nombre	A.P
Sexo:	Femenino
Edad:	10 años
Dirección:	Zona 3 de Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango de 19 de octubre de 1999

Escolaridad: Quinto primaria
Religión: Católica
Evaluador: Mildred Johana Tuyuc Abaj
Fecha: 15 de junio del 2010

2. Motivo de consulta

La abuela de la paciente refiere que la niña no quiere ir a la escuela, no quiere comer después de que una niña la besó de una forma exagerada en la escuela.

3. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: estable

Nivel afectivo: estado deprimido

Nivel conductual: insegura

Nivel motivacional: dispuesta a recibir el tratamiento adecuado a su caso.

Nivel físico: deprimido

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

La niña es muy tímida, insegura de sí misma.

4.1 Familia: La niña no vive con su madre por violencia intrafamiliar vive con su hermano menor de ocho años, su abuela, un tío y su padre. Vive con resentimiento hacia su madre porque los abandonó. Pelea mucho con su hermanito.

4.2 Relaciones sociales: le cuesta relacionarse con los demás por su timidez.

4.3 Atribución sobre los problemas: falta de atención de parte del padre.

5. Historia del problema:

El problema inició en la escuela cuando una niña de doce años le dio un beso, después de eso ya no quiso ir a la escuela, ni comer, se deprimió.

6. Historia familiar

- ✓ Antecedentes psíquicos y físicos: ninguno
- ✓ Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos: se lleva bien con su abuela y su tío con su padre tiene poca comunicación y con su hermano se pelea mucho.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Pronóstico

Favorable, porque la paciente estaba muy motivada para seguir con el tratamiento indicado, y se observó cambios en la conducta del paciente.

9. Tratamiento

Terapia racional emotiva

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Se lograron los objetivos planteados
- ✓ Se motivo a los pacientes para darle seguimiento al tratamiento terapéutico.
- ✓ Se desarrollaron temas de interés para los pacientes
- ✓ Se brindó apoyo a los pacientes necesitados
- ✓ Se practicaron estrategias y técnicas aprendidas

4.2.2 Limitaciones

- ✓ No había un lugar específico para la realización de charlas
- ✓ Falta de coordinación de parte del centro
- ✓ Falta de material audiovisual
- ✓ Administración inadecuada del área

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Reaplicaron las técnicas terapéuticas aprendidas
- ✓ Se obtuvo cambios en la conducta del paciente
- ✓ Aplicación de técnicas adecuadas
- ✓ Tratamiento continuo del paciente
- ✓ Se obtuvo desarrollo profesional

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Tener un lugar apropiado para la realización de talleres
- ✓ Mantener motivado al paciente para que acudan a las citas
- ✓ Realizar talleres continuamente
- ✓ Brindar ayuda audiovisual
- ✓ Romper paradigmas tradicionales

4.3 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

4.3.1 Charla 1

Charla de prevención contra el abuso sexual infantil

Dirigida a niños y niñas de 3 a 10 años Hospital Nacional de Chimaltenango.

Fecha: viernes 26 de marzo del 2010

1. Objetivos

- Identificar las diferencias entre el cuerpo femenino y masculino.
- Eliminar ideas erróneas o negativas que tenga sobre la sexualidad y las partes sexuales de su cuerpo.
- Valorar su cuerpo como un regalo especial que les pertenece y el cual deben proteger.
- Respetar y cuidar su propio cuerpo así como el de sus compañeros y compañeras.
- Establecer límites apropiados en el contacto físico.
- Identificar un posible abuso sexual y poner en práctica medidas de protección.

2. Metodología o técnicas utilizadas

1. Dinámica Rompe hielo
2. Introducción del tema por medio de un canto
3. Referencia del tema por medio de un cuento con títeres
4. Presentación de diapositivas
5. Evaluación por medio de preguntas directas

3. Recursos

- Carteles
- Material impreso del tema
- Títeres
- Computadora
- cañonera
- Sillas
- Equipo de sonido
- Escenario para títeres

5. Resumen del contenido

El abuso sexual de un menor es un proceso que consta generalmente de varias etapas o fases:

Fase de seducción: el futuro abusador manipula la dependencia y la confianza del menor, y prepara el lugar y momento del abuso. Es en esta etapa donde se incita la participación del niño o adolescente por medio de regalos o juegos.

a.) Fase de interacción sexual abusiva: es un proceso gradual y progresivo, que puede incluir comportamientos exhibicionistas, voyeurismo, caricias con intenciones eróticas, masturbación, etc. En este momento ya se puede hablar de «abusos sexuales».

b.) Instauración del secreto: el abusador, generalmente por medio de amenazas, impone el silencio en el menor, a quien no le queda más remedio que adaptarse.

c.) Fase de divulgación: esta fase puede o no llegar (muchos abusos quedan por siempre en el silencio por cuestiones sociales), y, en el caso del incesto, implica una quiebra en el sistema familiar, hasta ese momento en equilibrio. Puede ser accidental o premeditada, esta última a causa del dolor causado a los niños pequeños o cuando llega la adolescencia del abusado

d.) Fase represiva: generalmente, después de la divulgación, en el caso del incesto la familia busca desesperadamente un reequilibrio para mantener a cualquier precio la cohesión familiar, por lo que tiende a negar, a restarle importancia o a justificar el abuso, en un intento por seguir como si nada hubiese sucedido.

4.3.2 Charla No. 2

Autoestima

Dirigida a los pacientes del club de diabéticos del Hospital Nacional de Chimaltenango.

Fecha: 25 de Julio de 2010.

1. Objetivos

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

2. Metodología

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema
- Presentación de reflexiones de motivación
- Presentación de películas
- Cantos motivacionales
- Testimonios de paciente

3. Recursos

- Material impreso del tema
- Computadora
- cañonera
- Sillas
- películas
- Equipo de sonido
- refacción

5. Resumen del contenido

La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no.

Un adecuado nivel de autoestima es la base de la salud mental y física del organismo. El concepto que tenemos de nuestras capacidades y nuestro potencial no se basa sólo en nuestra forma de ser, sino también en nuestras experiencias a lo largo de la vida. Lo que nos ha pasado, las relaciones que hemos tenido con los demás (familia, amigos, etc.), las sensaciones que hemos

experimentado, todo influye en nuestro carácter y por tanto en la imagen que tenemos de nosotros mismos.

4.3.3 Charla 3

Feria internacional de la mujer

Dirigida: a mujeres que asisten a la Feria Internacional de la Mujer en el Centro de Salud de Chimaltenango

Fecha: Junio 2010

1. Objetivos

- Brindar atención psicológica a las mujeres necesitadas
- Atender casos especiales
- Apoyar a la institución
- Capacitación a las mujeres con temas específicos
- Fomentar la importancia de la mujer
- Orientar a las mujeres con temas de interés

2. Metodología

- Servicios de belleza
- Servicios médicos
- Concursos
- Rifas
- Dinámicas

3. Recursos

- Material impreso del tema
- Material estilístico
- Regalos
- Sillas
- Clínica terapéutica
- Equipo de sonido
- Refacción

5. Resumen del contenido

La feria internacional de la mujer es una actividad que se realiza en el Centro de Salud del Hospital Nacional de Chimaltenango una vez por año, dicha actividad consiste en que la mujer deje sus actividades diarias y se tome un tiempo para sus necesidades personales y sobre todo en su aspecto personal ya que existen mujeres dedicadas a su familia, trabajo y actividades del hogar pero se han abandonado como mujeres. El objetivo de esta actividad es brindarle atención especial a las necesidades de la mujer tanto física como emocionalmente.

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

- ✓ 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.
- ✓ 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

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

4.5 Presentación de proyecto de salud mental

I. Introducción

El manejo de la crisis posterior a experimentar un evento catastrófico en la vida de una persona, en donde la intervención psicológica llega a ser una herramienta básica e indispensable para aceptar la situación posterior al evento vivido y llegar a restablecer el equilibrio emocional, psicológico y físico de la población afectada. Dada la complejidad que dicha labor representa, se requiere de profesionales de la Psicología que posean una alta capacidad de persuasión, comprensión, empatía y convicción tanto para lograr las metas antes descritas, así como lograr enfocar a las personas atendidas hacia el descubrimiento de los factores positivos y recursos con los que cuenta, luego del evento.

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

- 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.

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 15 minutos	Discos compactos Lana
2.2. Bailes infantiles	1 hora	Galletas
2.3. Competencia “La fila más larga”	1 hora 30 minutos	Bananos Pintura para el rostro
2.4. Pinta caritas		
2.5. Pelea de gallos		
2.6. Competencia de comida		

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

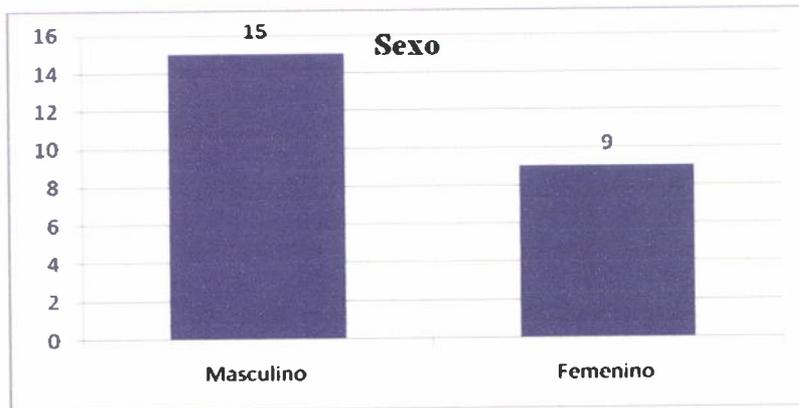
- Psicología Clínica
- Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (papanicolau)
- Planificación familiar (colocación de Jodelle y T de cobre)
- Medicina general (AMES, estudiantes de EPS del Puesto de Salud)

- Medicamentos gratuitos
- Sorteo de víveres como estímulo

4.6 Presentación de resultados

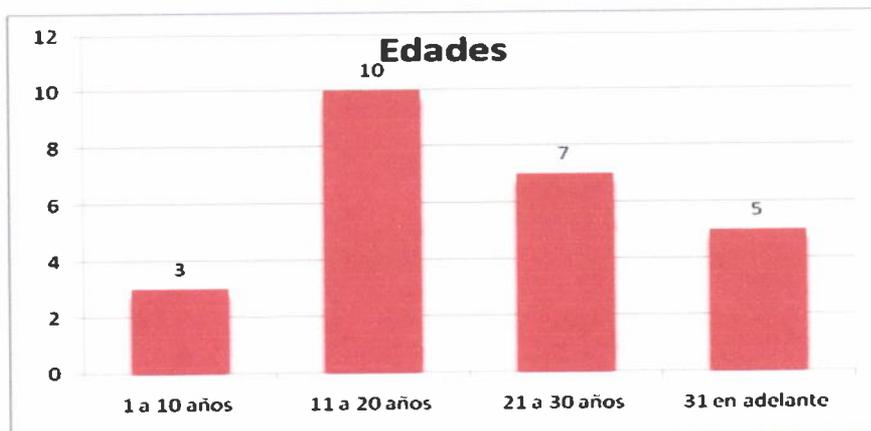
4.6.1 Programa de atención de casos

Gráfica No.1 sexo de las personas atendidas



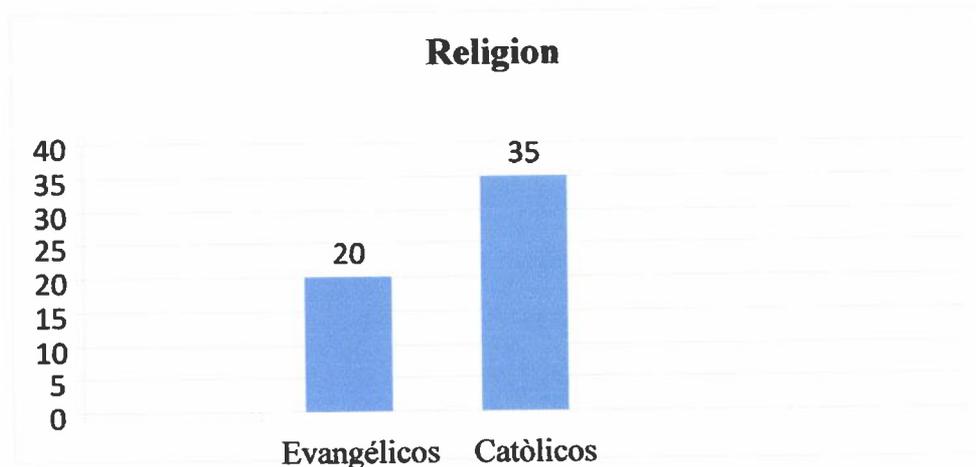
Fuente: pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango

Gráfica No.2 edades de las personas atendidas



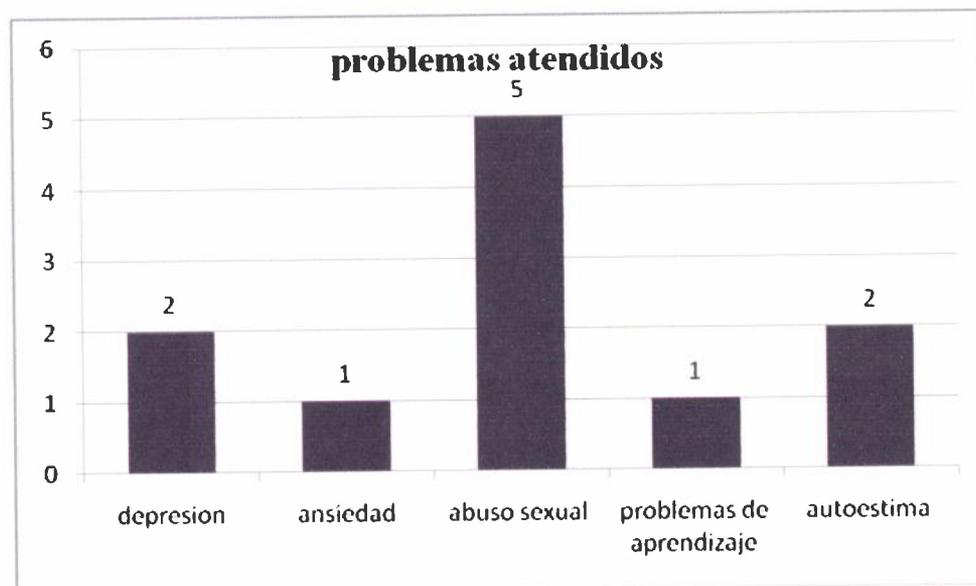
Fuente: pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango

Gráfica No.3 religiones de las personas atendidas



Fuente: pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango

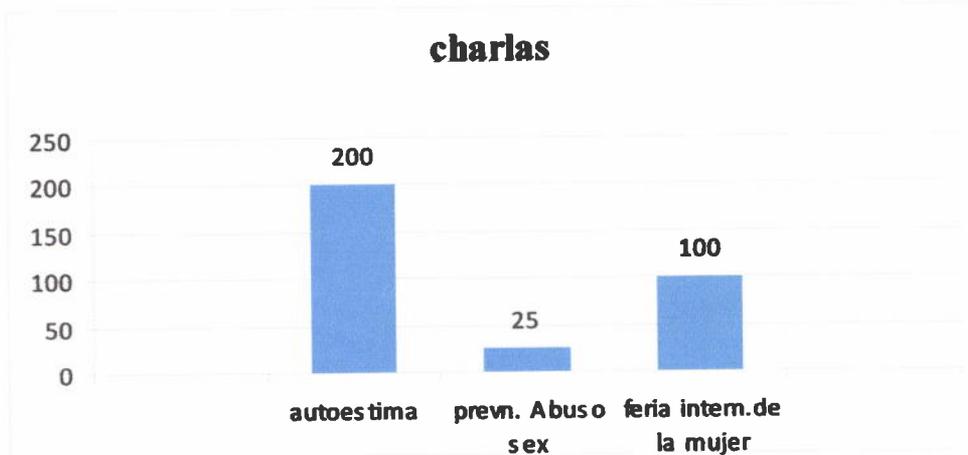
Gráfica No.4 Principales psicopatologías atendidas



Fuente: pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango

4.6.2 Programa de capacitación

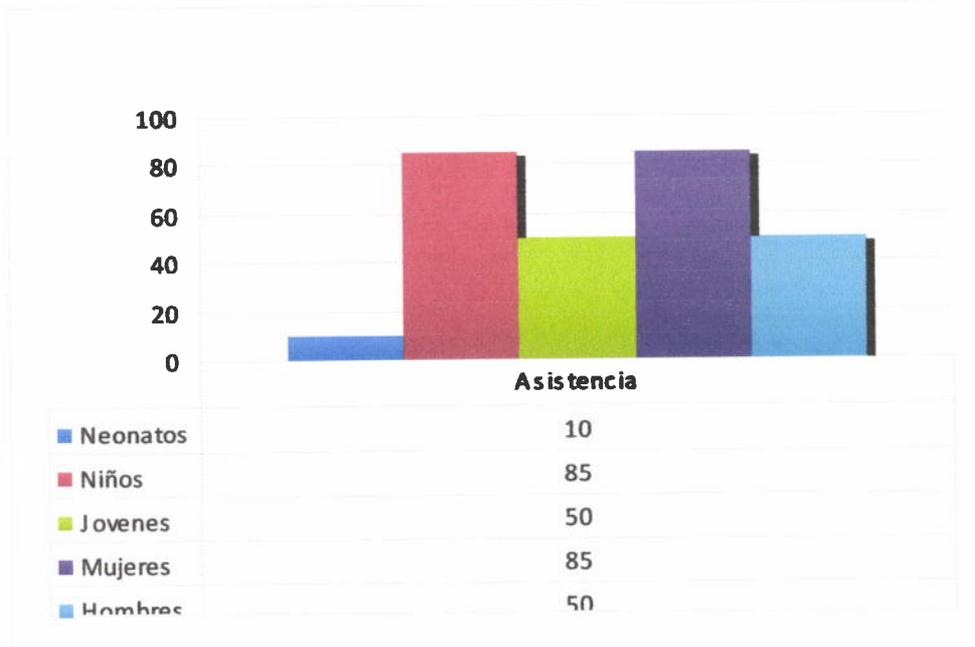
Gráfica No. 5 Temas de charlas impartidas



Fuente: pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango

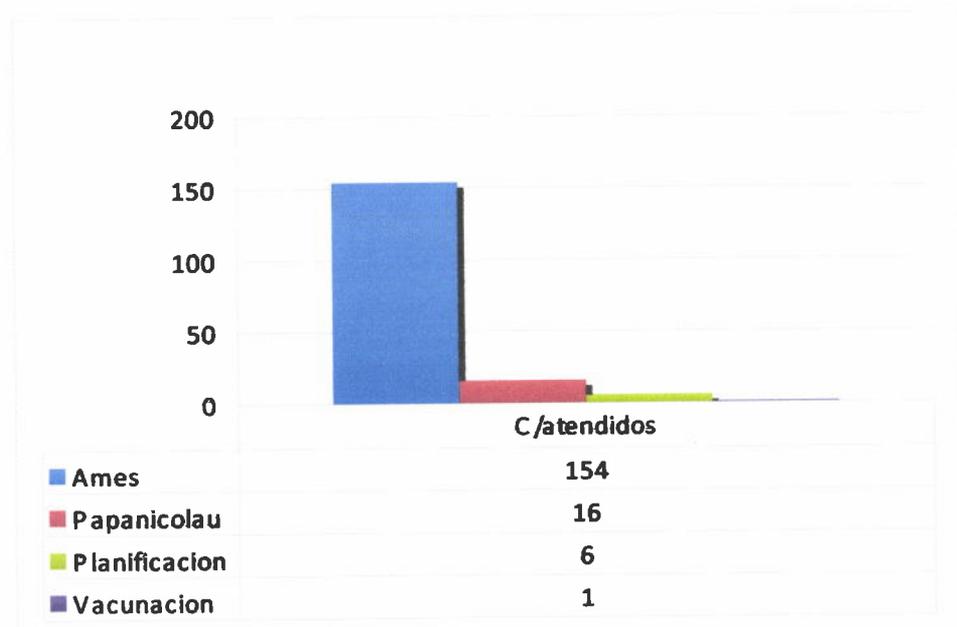
4.6.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica No. 6: Población atendida en la intervención psicológica



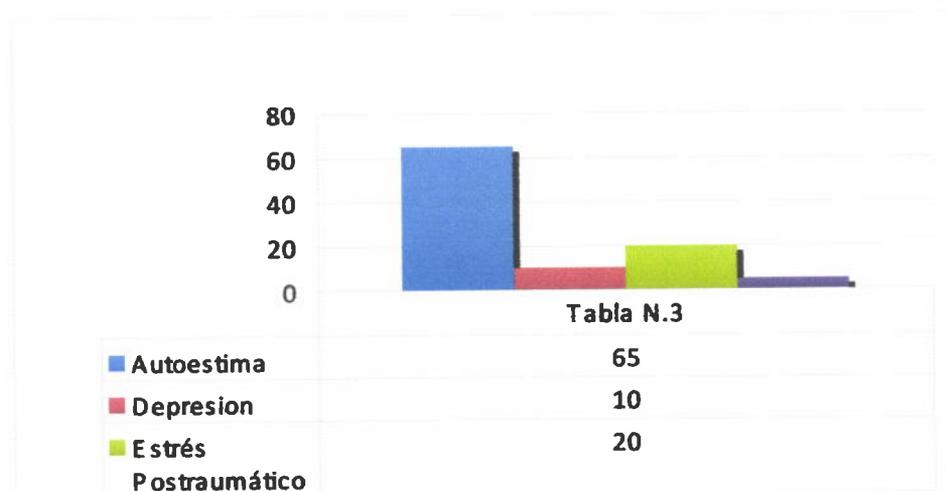
Fuente pacientes atendidos en Santa Apolonia

Gráfica No. 7: Personas atendidas por especialidad médica



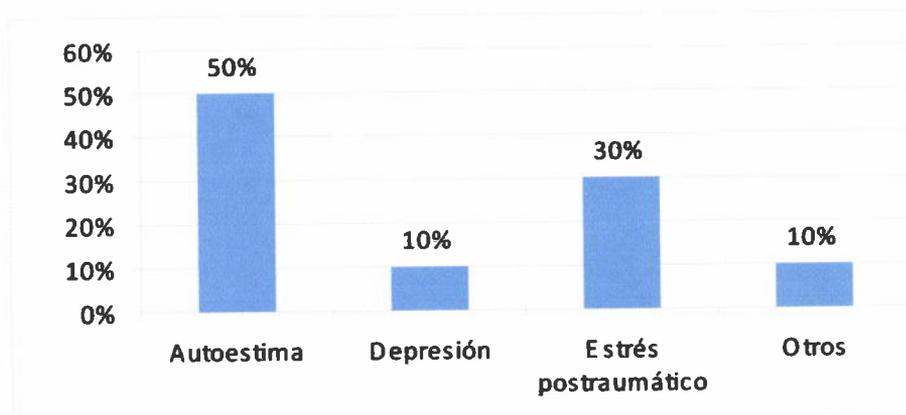
Fuente pacientes atendidos en Santa Apolonia

Gráfica No. 8: Cuadros patológicos detectados



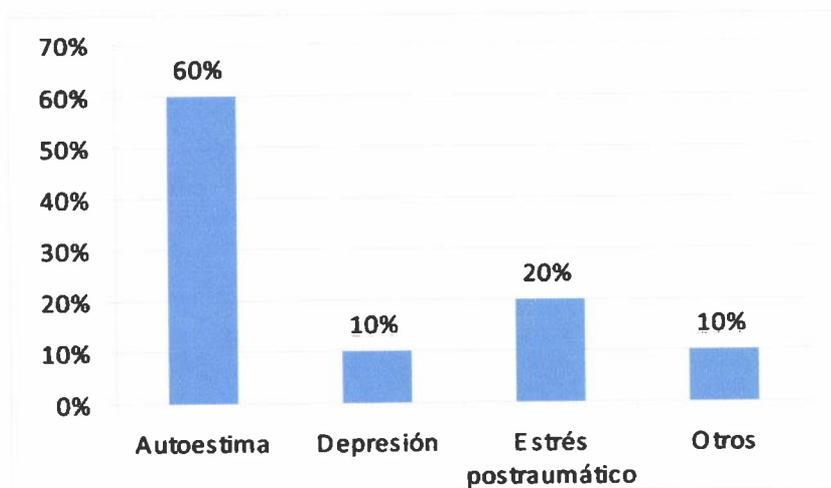
Fuente pacientes atendidos en Santa Apolonia

Gráfica No.9 Cuadros patológicos detectados en niños:



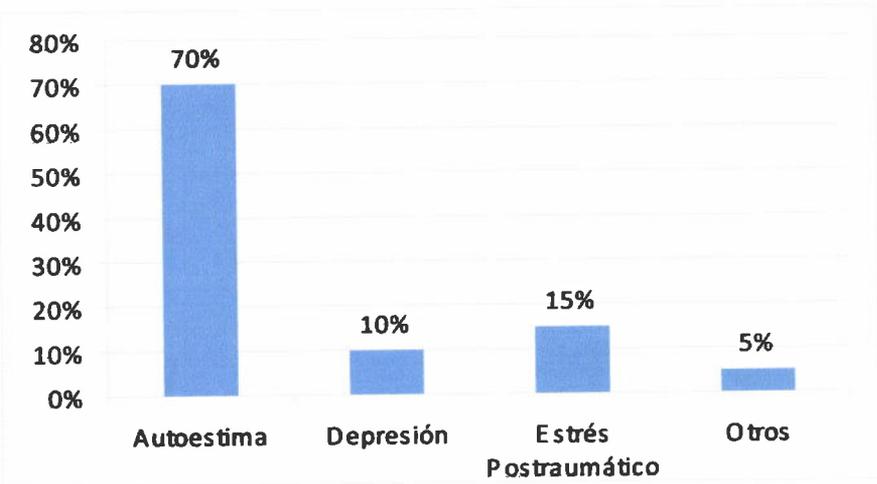
Fuente pacientes atendidos en Santa Apolonia

Gráfica No. 10 Cuadros patológicos detectados en Jóvenes:



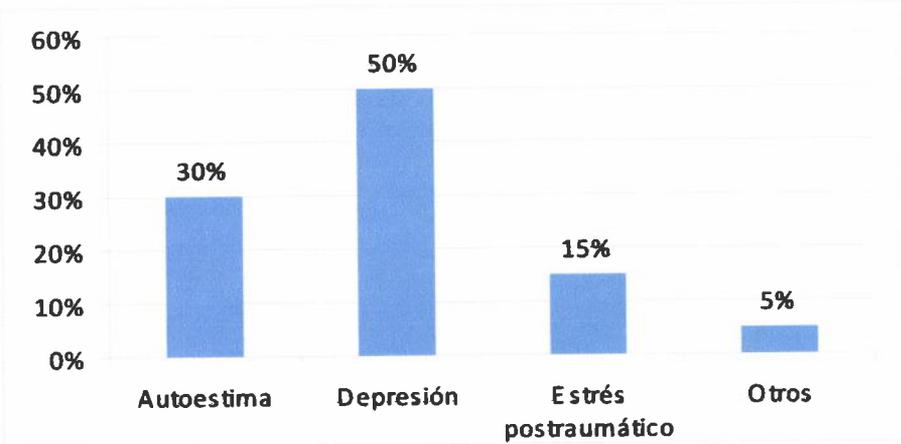
Fuente pacientes atendidos en Santa Apolonia

Gráfica No. 11 Cuadros patológicos detectados en Mujeres



Fuente pacientes atendidos en Santa Apolonia

Gráfica No. 12 Cuadros patológicos detectados en hombres



Fuente pacientes atendidos en Santa Apolonia

4.7 Análisis de datos

En la gráfica No.1 se observa que la mayoría de casos atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida, se atendió mas a personas del sexo masculino.

En la gráfica No.2 se observan las edades de los paciente que se atendieron, el porcentaje más alto es de 11 a 20 años lo cual refiere que es la etapa de la adolescencia en donde hay principales problemas emocionales

En la gráfica No.3 se observan las religiones de los pacientes que acudieron al servicio de atención psicológica las cuales fueron evangélicos y católicos, mostrándose un porcentaje mayor en el de los católicos.

En la gráfica No. 4 se observan los problemas atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida, el porcentaje mayor fue de problemas de aprendizaje y autoestima.

En la gráfica 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 el Hospital Nacional de Chimaltenango.

En la gráfica No, 6 se observa la población atendida en el proyecto de salud mental (85) niños (85) mujeres (50)jóvenes (50) hombres recibieron atención psicológica.

En la gráfica No.7 se observa el número de personas atendidas en el proyecto de salud mental por especialidad médica (154) pánico (16) planificación familiar (6) y vacunación (1)

En la gráfica No. 8 se observan los cuadros patológicos detectados en la población: autoestima (65) depresión (10) estrés postraumático (20) otros (5).

En la gráfica No. 9 se observan cuadros patológicos atendidos por grupo poblacional en niños autoestima (50) depresión (10) estrés postraumático (30) otros (10). En jóvenes autoestima (60)

depresión (10) estrés postraumático (20) otros (10). En mujeres autoestima (70) depresión (10) estrés postraumático (15) otros (5). En hombres autoestima (30) depresión (50) estrés postraumático (15) otros (5)

Conclusiones

- 1) La realización de la Práctica Profesional Dirigida fue de mucho beneficio para los estudiantes ya que de ese modo se pudo atender casos especiales, detectando problemas patológicos en los pacientes y sobre todo aplicándoles tratamiento adecuado y seguimiento del mismo
- 2) La investigación de los principales problemas que afectan a la salud fue de gran apoyo para poder atender a los pacientes, ya que de esa manera se obtuvo un amplio conocimiento sobre las diversas patologías y su diagnóstico.
- 3) la finalidad de la realización del informe final es de poder integrar todo el contenido de los temas aprendidos y la información completa del servicio prestado.
- 4) La crisis que un grupo social o bien una persona sufre luego de experimentar un evento catastrófico, es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios del individuo y del grupo, se hace presente un estado de invalidez, de desprotección e incapacidad para continuar la vida cotidiana.
- 5) La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Con la intervención terapéutica se reduce el impacto psicológico y se evita la cronificación del trastorno.

Recomendaciones

1. Que la universidad tenga asignados centros de práctica para que el o la estudiante pueda ir a realizar su práctica.
2. Que se puedan desarrollar proyectos de salud mental continuamente.
3. Que las personas asesoras del centro de práctica tomen en cuenta a los practicantes para el desarrollo de proyectos, para obtener poder aplicar conocimientos

Referencias

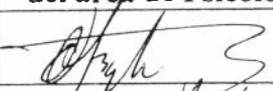
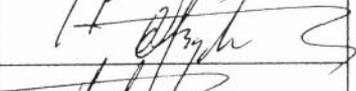
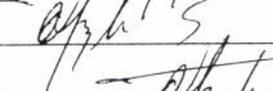
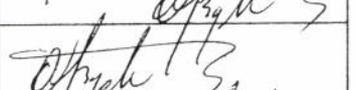
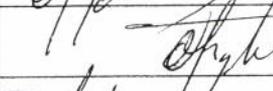
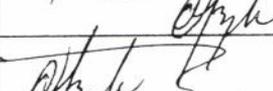
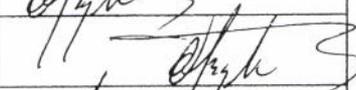
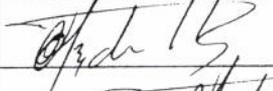
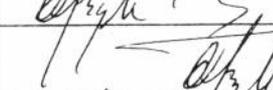
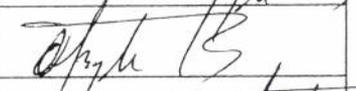
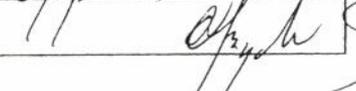
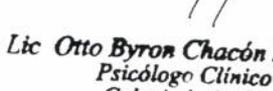
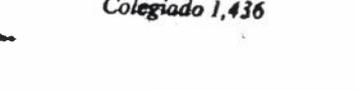
- Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Amutio Careaga, A.(1999): Teoría y práctica de la relajación. Un nuevo sistema de entrenamiento.Barcelona.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4thed.)Washington,DC
- Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
- Belloch , A y Sandísn B.(1,997) *Manual de Psicopatología*, volumen I,España: Mcgraw-Hill.
- Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
- Bolaños E. María del Carmen. “*Educación Afectivo sexual en la educación infantil*”.España.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Dattilio, F & Padesky, C. (1995), *Terapia Cognitiva con Parejas*, traducido por Gorbeña y Tolosa, España.
- Ellis, A. (1980), *Razón y Emoción en Psicoterapia*, traducido por Ibañez, España.
- Ellis, A. & Grieger, R, (1981), *Manual de Terapia Racional Emotiva*, traducido por Marañón, España.
- Lazarus, R. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona..
- Ruiz. J. (1999) *La terapia multimodal como alternativa*.
- Sartre, J.(1946), *El Existencialismo es un Humanismo*, traducido por Mora, Costa Rica

Anexos

Anexo 1

Horas de práctica

Control de Asistencia

No.	Semana	L	M	M	J	V	Total de horas	Firma del encargado del área de Psicología
1	15 al 16 de Abril Del 2010					4	4	
2	19 al 23 de Abril Del 2010	4				4	8	
3	26 al 30 de Abril Del 2010	4		4		4	12	
4	3 al 7 de Mayo Del 2010	4		4			8	
5	10 al 14 de mayo Del 2010	4				4	8	
6	17 al 21 de Mayo Del 2010			4	4	4	12	
7	24 al 28 de Mayo Del 2010	4		4		4	12	
8	31 de Mayo al 4 Junio Del 2010	4		4		4	12	
9	7 al 11 de Junio Del 2010	4		4		4	12	
10	14 al 18 de Junio Del 2010	4		4		4	12	
11	21 al 25 de Junio Del 2010	4		4		4	12	
12	28 de Junio al 2 Julio Del 2010					4	4	
13	5 AL 9 de Julio Del 2010			4		4	8	
14	12 al 16 de Julio Del 2010	4		4		4	12	
15	19 al 23 de Julio Del 2010		4		4	4	12	
16	26 al 30 de Julio Del 2010		4		4		8	
17	2 de Julio al 6 Agosto Del 2010	4	4				8	
18	9 al 13 de Agosto	4		4		4	12	
19	16 al 20 de Agosto		4		4		8	
TOTAL DE HORAS							184	

Mildred Johana Tuyuc Abaj

Quinto Psicología y Consejería Social

Lic Otto Byron Chacón Zarazúa
Psicólogo Clínico
Colegiado 1,436

Anexo 2

Evaluación de práctica



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

Evaluación de práctica

Nombre de la Institución: Hospital Nacional de Chimaltenango

Dirección: Alameda Chimaltenango Tel.: 78391504

Director (a) Encargado (a): Walter Córdova

Nombre de la (el) alumna (o) practicante: Mildred Johana Tuyuc Abaj

Grado: 5to Fecha: _____

	ASPECTOS A CALIFICAR	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1.	Puntualidad		X		
2.	Asistencia		X		
3.	Iniciativa			X	
4.	Creatividad			X	
5.	Actitud ética			X	
6.	Conocimiento			X	
7.	Aplicación de técnicas			X	
8.	Relaciones interpersonales				X
9.	Atención a padres de familia			X	
10.	Atención a casos especiales			X	

Observaciones: _____

Firma sello

Lic **Otto Byron Chacón Zarazúa**
Psicólogo Clínico
Colegiado 1,436

Anexo 3

Constancia de charlas impartidas

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA YA.S.
HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO**

E-mail: hoschimaltenango@yahoo.com

PBX: 7931-7474 * Fax: 7931-7538

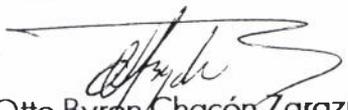
Constancia No. 57-2010.-

Ref.: DR . WJCP/ibva.-

A QUIEN INTERESE

Por este medio se hace constar que la señorita: MILDRED JOHANA TUYUC ABAJ, estudiante de la carrera de psicología de la Universidad Panamericana, con sede en Chimaltenango, quien se identifica con el carné de estudiante número 0601826 y cédula de vecindad número de orden C-3 y registro número 50,445 realizó sus practicas de dicha carrera en esta institución de salud. Asimismo realizó actividades como charlas de autoestima (Club de Diabéticos); prevención de abuso sexual en niños.-----

Y PARA LOS USOS LEGALES QUE A LA INTERESADA CONVenga, SE LE EXTIENDE LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, CON MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN, DEBIDAMENTE FIRMADA Y SELLADA EN LA CIUDAD DE CHIMALTENANGO, A VEINTIOCHO DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.-----


Lic. Otto Byron Chacón Zarazúa

Psicólogo Clínico

Lic Otto Byron Chacón Zarazúa
Psicólogo Clínico
Colegiado 1,436


Vo. Bo. Dr. Walter José Córdova Pérez

Medico y Cirujano

Colegiado No. 9829

c. c. archivo



Anexo 4

Fotografias



UNIVERSIDAD
BIBLIOTECA
AMERICANA