

Universidad Panamericana
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



Embarazos no deseados como consecuencia de abuso sexual detectado en las usuarias de la Clínica APROFAM, Chimaltenango
(Sistematización de práctica)

Jessica Haydeé Mota Rosales

Chimaltenango, julio 2013

Embarazos no deseados como consecuencia de abuso sexual detectado en las usuarias de la Clínica APROFAM, Chimaltenango

(Sistematización de práctica)

Jessica Haydeé Mota Rosales (Estudiante)

Licenciada Sonia Pappa (Asesora)

Licenciado Mario Alfredo Salazar Marroquín (Revisor)

Chimaltenango, julio 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y
Secretaria General

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo

M. A. César Augusto Custodio Cobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Asesora:

Licda. Sonia Pappa

Revisor:

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Jessica Haydeé Mota Rosales**
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Practica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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


Lidia. Elizabeth Herrera
Decana



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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), presentado por la estudiante

Jessica Haydeé Mota Rosales

*Quien se identifica con número de carné 0805566 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 DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, 26 de Enero de dos mil trece.-----

En virtud que la sistematización del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Embarazos no deseados como consecuencia de abuso sexual detectados en las usuarias de la Clínica APROFAM, Chimaltenango.** Presentado por la estudiante: **Jessica Haydeé Mota Rosales,** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema "**Embarazos no deseados como consecuencia de abuso sexual detectado en las usuarias de la Clínica APROFAM, Chimaltenango**", presentado por: **Jessica Haydeé Mota Rosales** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Practica**.

Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	1
1.1 Descripción del lugar	1
1.1.1 Programas que trabaja	1
1.2 Misión	7
1.3 Visión	7
1.4 Organigrama de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM)	8
1.5 Logros de la institución	8
1.6 Población que atiende	9
1.7 Planteamiento del problema	9
Capítulo 2	
Referente teórico	11
2.1 Abuso sexual	11
2.1.1 Causas	12
2.1.2 Consecuencias	12
2.1.3 Víctimas de abuso sexual	23
2.1.4 Agresores sexuales	24
2.1.5 Detección del abuso sexual	24
2.1.6 Prevalencia de mujeres en Guatemala	25
2.1.7 Tratamiento y atención a la víctima	25
2.2 Psicopatología	27
2.2.1 Antecedentes	27
2.2.2 Normalidad y anormalidad	28
2.2.3 Trastornos psicopatológicos	29
2.2.3.1 Trastornos sexuales	29

2.2.3.1.2 Clasificación	30
2.2.3.2 Trastornos alimenticios	37
2.2.3.1 Clasificación	37
2.2.3.2 Trastornos del estado de ánimo	55
2.2.3.3.1 Clasificación	56
2.2.3.4 Trastornos del sueño	65
2.2.4.1 Clasificación	65
2.3 Psicodiagnóstico	69
2.3.1 Antecedentes	70
2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico	71
2.3.3 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico	72
2.4 Psicoterapia	111
2.4.1 Antecedentes	112
2.4.2 Principios de la psicoterapia	114
2.4.3 Competencias de la psicoterapia	117
2.4.4 Metas de la psicoterapia	119
2.4.5 Modelos de la psicoterapia	120
2.4.6 Formas de psicoterapia	126
2.4.6.1 Psicoterapia psicodinámica	126
2.4.6.2 Terapias conductistas	135
2.4.6.3 Terapias humanistas	143
Capítulo 3	
Referente metodológico	159
3.1 Programa de práctica profesional dirigida	159
3.2 Cronograma de actividades	163
3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	166
Capítulo 4	
Presentación de resultados	171
4.1 Programa de atención de casos	171

4.1.1 Logros	171
4.1.2 Limitaciones	172
4.1.3 Conclusiones	172
4.1.4 Recomendaciones	172
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos (Presentación de Historias Clínicas)	173
4.2 Programa de Capacitación	190
4.2.1 Logros	190
4.2.2 Limitaciones	190
4.2.3 Conclusiones	191
4.2.4 Recomendaciones	191
4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados	192
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	201
4.3.1 Logros	201
4.3.2 Limitaciones	201
4.3.3 Conclusiones	201
4.3.4 Recomendaciones	202
4.3.5 Presentación de proyecto de salud	202
4.4 Presentación de resultados con gráficas	207
4.4.1 Programa de atención de casos	207
4.4.2 Programa de capacitación	209
4.4.3 Programa de proyecto de salud mental	210
4.4.4 Análisis de datos	211
Conclusiones	213
Recomendaciones	215
Referencias	217
Anexos	218

Resumen

El informe está dividido en cuatro capítulos; el primer capítulo contiene toda la información del centro de práctica, el cual fue APROFAM, ubicado en la cabecera del departamento de Chimaltenango, dicha institución se dedica a brindar servicios de salud sexual y reproductiva a los habitantes de dicho departamento.

En el segundo capítulo se encuentra toda la información que ha sido cuidadosamente seleccionada de fuentes científicas como libros, revistas e internet, ya que la parte práctica debe ir íntimamente acompañada de fundamentos teóricos y científicos, profundizando en temas que han sido de importancia para la formación del psicólogo.

El tercer capítulo contiene todas aquellas planificaciones, cronogramas y agendas de trabajo que contribuyeron a tener un orden establecido en la realización de actividades y el último capítulo contiene la presentación de resultados, es decir, los logros alcanzados, limitaciones, recomendaciones, conclusiones y gráficas estadísticas que reflejan el trabajo realizado durante el período de práctica.

El requisito de práctica era cubrir un total de 500 horas, comprendidas desde el mes de marzo al mes de agosto del presente año. Entre las actividades que la estudiante debía realizar durante el desarrollo de la práctica se pueden mencionar la atención de casos, capacitaciones a estudiantes y asesorías de planificación familiar.

Como requisito se elaboró un proyecto de salud mental, en Monterrico ubicado en el Departamento de Santa Rosa, en el cual los alumnos tuvieron la oportunidad de autoconocerse, autocuidarse, mejorar la salud mental y fortalecer las relaciones interpersonales para el crecimiento personal y profesional de cada individuo.

Introducción

Durante los cuatro años anteriores de formación universitaria los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología Social y Consejería Familiar de la Universidad Panamericana, han realizado prácticas en los diferentes campos laborales donde se desempeña un psicólogo; y el quinto año no es la excepción.

Durante el transcurso del quinto año se ha realizado la Práctica Profesional Dirigida, la cual se desarrolla directamente en el área clínica, debido a que es un área donde el futuro psicólogo necesita pulirse para poder desempeñar su rol de manera profesional y exitosa; es por ello que se tomó la decisión de realizar la práctica en APROFAM.

A continuación se presenta el informe que contiene la información más relevante sobre dicha práctica, donde el lector podrá observar la problemática principal que se detectó en el centro de práctica; siendo esta los embarazos no deseados como consecuencia del abuso sexual. Al mismo tiempo podrá conocer la experiencia vivida, por parte de la alumna practicante, durante todo el desarrollo de la práctica profesional dirigida.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En el presente capítulo se hará una breve descripción del centro donde se realizó la práctica profesional dirigida que es en la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) que se encuentra ubicada en el departamento de Chimaltenango. Se da a conocer su organización y funcionamiento.

1.1 Descripción del lugar

La clínica APROFAM se encuentra ubicada en la cabecera departamental de Chimaltenango. La descripción física de las instalaciones es la siguiente:

La asociación posee instalaciones propias, es un edificio de dos niveles que cuenta con una oficina ejecutiva, una clínica de ginecología, una clínica de medicina general, una clínica de psicología, laboratorio, sala de espera, bodega interna, área de encamamiento, quirófano y dentro de las mismas instalaciones se encuentra una farmacia con atención al público en general.

La institución está dedicada a brindar servicios de calidad, en educación para la salud, planificación familiar, y salud sexual y reproductiva para adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres, en áreas rurales, urbanas, periféricas y en poblaciones mayas. Entre los servicios que presta dicha institución se encuentran:

1.1.1 Programas que trabaja

A. Programa de IEC (información, educación, capacitación o comunicación)

Es el departamento especializado en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de estrategias de información, orientación, capacitación (IEC), así como, educación en sexualidad, salud sexual y reproductiva, y educación para la vida.

Es un recurso de apoyo educativo a nivel nacional, su propósito fundamental es coadyuvar en la orientación, sensibilización, concienciación y educación de la niñez, adolescencia y juventud guatemalteca, en el manejo informado y responsable de su sexualidad, para contribuir en la disminución de conductas sexuales de alto riesgo y la aplicación de otros estilos de vida saludables. Desarrolla las actividades basadas en el respeto, la equidad, la participación y la responsabilidad.

B. Metodología y temática

Para seleccionar el o los temas que se trabajan, se cuenta con una gama amplia de los mismos, las personas interesadas seleccionan de acuerdo a los propósitos de la actividad el o los temas que desean trabajar, los temas son los siguientes:

- ✓ Problemática actual de la población adolescente y joven
- ✓ Autoestima y valores, Liderazgo, Sexualidad, Sexualidad juvenil
- ✓ Enfoque de Género, Nuevo enfoque de la masculinidad
- ✓ Prevención de las violencias de Género y Sexual
- ✓ Prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
- ✓ Prevención de VIH y el Sida
- ✓ Prevención de embarazos prematuros y no deseados
- ✓ Proyecto de vida a mediano plazo
- ✓ Capacitación en oficio, Autoestima y valores
- ✓ Comunicación Familiar, Educación Sexual
- ✓ Paternidad y Maternidad Responsable, Pubertad y Adolescencia
- ✓ Amistad y Noviazgo, Preparación para el Matrimonio
- ✓ Anatomía y Fisiología de los Aparatos Sexuales Femeninos y Masculinos
- ✓ Fecundación Embarazo y Parto, Derechos Sexuales y Reproductivos
- ✓ Planificación Familiar, Metodología Anticonceptiva
- ✓ Papanicolaou, Riesgo Reproductivo
- ✓ El Stress, Drogadicción

- ✓ Alcoholismo y Tabaquismo, Trabajo en Equipo
- ✓ Relaciones Interpersonales
- ✓ Prevención de la Violencia hacia la Mujer basada en Género
- ✓ Prevención de la Violencia Intrafamiliar

C. Educación para la vida familiar y juventud

Con este programa se cubre especialmente a la comunidad escolar: alumnado, padres, madres, maestros/as y autoridades educativas, cubre un aproximado comprendido entre 110 mil y 130 mil personas anualmente.

Se trabaja en los diferentes niveles educativos, grupos deportivos, culturales y otros. Cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales que desarrollan actividades educativas, que propician el análisis, la reflexión, la conceptualización de situaciones conflictivas en la vida de las personas especialmente la juventud, para llegar a la acción buscando medidas que ayuden a mejorar la calidad de vida de la población mediante el cambio de algún estilo de vida, los contenidos que se comparten son técnicos y científicos, relacionados con los componentes de la salud sexual y reproductiva, abordando de manera profunda los valores y el reforzamiento de la autoestima.

Su objetivo: Contribuir en la disminución de conductas sexuales de alto riesgo en la población joven, a través de la práctica de estilos de vida saludables.

D. Multiplicadores juveniles

Su objetivo es empoderar a través de la capacitación a líderes y lideresas adolescentes y jóvenes en el abordaje de la sexualidad y de la salud sexual y reproductiva, para proporcionarles a las comunidades recurso humano joven capacitado.

Además propicia que los y las jóvenes se conviertan en auto gestores, cogestores y transformadores de su propia realidad.

Involucra a líderes y lideresas adolescentes y jóvenes en actividades de sensibilización, capacitación, educación y promoción del manejo informado y responsable de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, para que los y las adolescentes y jóvenes puedan acceder a fuentes de información fidedigna y de confianza cuando se encuentren en una situación en la que necesiten orientación.

Es una estrategia basada en que los/as multiplicadores juveniles comprenden mejor los problemas de los adolescentes y jóvenes, contribuyendo de esta manera a que la información sea recibida positivamente.

E. Adopción de bebes electrónicos

Sus objetivos:

- ✓ Prevenir los embarazos no deseados en adolescentes
- ✓ Retardar las relaciones sexuales en las parejas jóvenes
- ✓ Promover la protección en parejas que están sexualmente activas, a través de un proceso educativo que se inicia con la vivencia de ser madre/padre.

Características de los bebés:

- ✓ Son electrónicos.
- ✓ Tienen incorporado un procesador de datos que archiva la información acerca de los cuidados.
- ✓ El peso promedio es de 6 libras y miden 50 cms. aproximadamente.
- ✓ Están sexualmente definidos y hay variedad de razas.
- ✓ Tienen 94 formas de comportamiento.
- ✓ La edad promedio está comprendida entre 1 a 40 días de nacidos.

- ✓ Se alimentan con biberón o amamantador y Eructan.
- ✓ Lloran porque:
 - Tienen hambre.
 - Necesitan cambio de pañal.
 - Necesitan expulsar el aire después de comer.
 - Hay mala manipulación de la cabeza.
 - Hay mala posición corporal.
 - Necesitan cariño y por berrinche.

¿Quiénes los pueden adoptar?

- ✓ Jóvenes hombres y mujeres de 12 años en adelante.
- ✓ Solteros y solteras.
- ✓ En parejas.

F. Centro de documentación y biblioteca

Tiene el objetivo de contribuir en la ampliación de conocimientos y socialización de temas de sexualidad humana, salud sexual y reproductiva, enfoque y perspectiva de género, nuevo enfoque de la masculinidad, etc., de la población guatemalteca.

APROFAM pone a su disposición el servicio de biblioteca especializada, la cual incluye enciclopedias, informes de estudios e investigaciones realizadas en Guatemala y otros países Latinoamericanos.

Así mismo, informes mundiales de promoción, copia de leyes nacionales relacionadas con población, tratados, conferencias y plataformas internacionales de salud sexual y reproductiva, también cuenta con rotafolios, manuales y otros materiales audio visuales.

Además cuenta con el servicio de videoteca, siempre relacionado en temas de salud sexual y reproductiva.

G. Medicina general

Servicio médico que en primera instancia diagnostica y clasifica refiriendo a otras especialidades médicas en caso que sea necesario, o da tratamiento a su padecimiento.

H. Pediatría

Consulta que permite identificar problemas de salud en el niño y brindarle el tratamiento adecuado. Evaluar el peso y talla con respecto al desarrollo normal para lograr el crecimiento óptimo del bebe. Le informa y le ofrece las vacunas que debe de recibir.

I. Farmacia

Venta de anticonceptivos, medicamentos como analgésicos, antimicrobianos, ginecológicos, leches y vacunas, pediátricos, tracto digestivo, entre otros.

J. Laboratorio clínico

Se realizan diferentes exámenes que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico, y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes.

K. Ginecología

Especialidad para el diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades propias de la mujer; especialmente las relacionadas a la salud sexual y reproductiva, además permite el control antes, durante, y después del embarazo.

L. Planificación familiar

Ayuda a orientar a las parejas a decidir el espaciamiento entre un embarazo y otro dándoles a conocer los métodos de planificación familiar, definitivos y temporales.

M. Consejería psicológica

La Consejería es el proceso de acompañamiento y escucha que se produce entre dos personas, con el fin de disminuir el impacto o la crisis.

A través del diálogo, se brinda especial atención entablándose, inmediatamente una relación de confianza y respeto entre la psicóloga y el usuario, visualizándose alternativas de solución, examinando los pros y contra, pero dejando al usuario la decisión final.

N. Otros servicios

Además de los programas anteriores, el departamento de Educación ofrece:

- ✓ Alquiler y/o reproducción de películas relacionadas con la temática de sexualidad.
- ✓ Alquiler y venta de rotafolios.
- ✓ Venta de Manuales de contenidos básicos de componentes de la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Venta de discos del ciclo menstrual

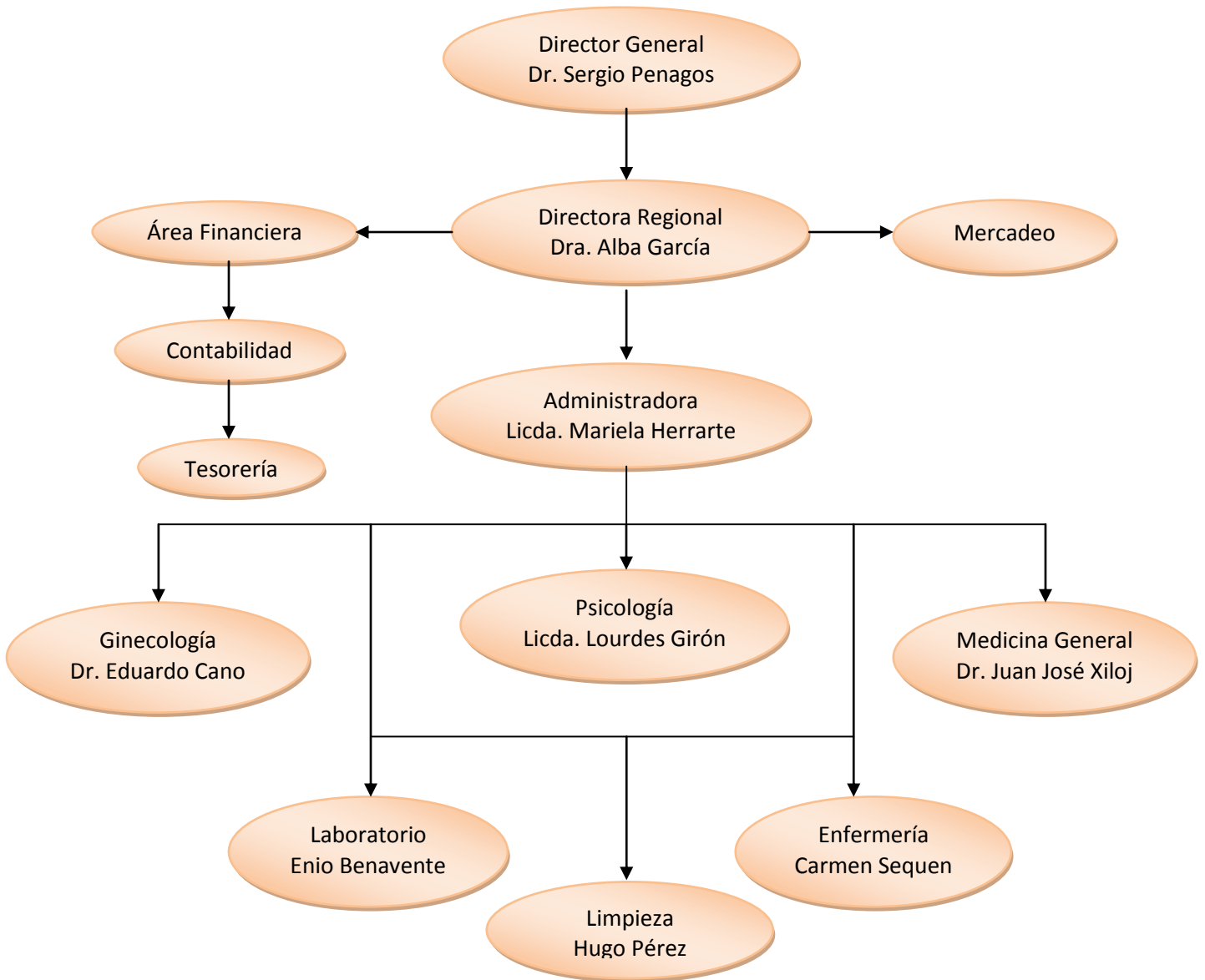
1.2 Misión

“En APROFAM nuestro compromiso es el bienestar integral de las personas”.

1.3 Visión

Excelencia en servicios de salud, para las personas, con énfasis en salud sexual y reproductiva.

1.4 Organigrama de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM)



1.5 Logros de la institución

- ✓ Fortalecer el bienestar de la familia guatemalteca, haciendo énfasis en el mejoramiento de las condiciones de las mujeres a través de la educación, distribución de productos y servicios integrales de salud, especialmente los de salud materno infantil, sexual y

reproductiva, VIH/SIDA, ITS y de planificación familiar, a efecto de contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes del país.

- ✓ Estimular, promover y fortalecer el derecho básico de todos los segmentos de la población guatemalteca, a decidir de manera libre e informada respecto a su propia salud sexual y reproductiva, así como los medios que les permitan ejercer este derecho. La información y los servicios anticonceptivos serán ofrecidos estrictamente en base a la aceptación voluntaria y al consentimiento informado.
- ✓ Organizar y capacitar recursos humanos en los campos de educación, salud sexual y reproductiva y de planificación familiar para extender la cobertura de dichos servicios en todo el país, particularmente a los grupos con menor acceso a los mismos, por ubicación geográfica o por falta de recursos económicos.
- ✓ Asegurar el fácil acceso a la información de orientación sexual, educación y servicios de planificación familiar, obligándose a respetar el derecho de los diferentes segmentos de la población a hacer elecciones voluntarias e informadas sobre los programas y servicios disponibles.

1.6 Población que atiende

La población está compuesta por personas de bajos y medianos ingresos que viven en áreas urbanas y rurales que relativamente están desatendidas por los sectores público y privado de salud. Usualmente, los usuarios de los servicios de APROFAM son la clase trabajadora de las áreas urbanas y rurales, del sector informal de la economía, y sus familias así como algunas del sector asalariado y sus familias.

1.7 Planteamiento del problema

Los principales problemas que se atienden en la institución están relacionados con consecuencias emocionales que las personas experimentan por afecciones físicas, por lo que es necesaria la atención psicológica.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

En este capítulo se dan a conocer todos aquellos trabajos de investigación que se realizaron durante el desarrollo de la Práctica Profesional Dirigida; los cuales fueron leídos y analizados previamente para un mejor manejo de los conocimientos del área psicológica. Se presenta la temática principal, la cual ha sido objeto de mayor interés, siendo ellos el abuso sexual debido a que se atendieron frecuentemente casos con este problema. Así también se analizaron tres grandes temáticas importantes: psicopatología, psicodiagnóstico y psicoterapia.

2.1 Abuso sexual

El abuso sexual es un delito que consiste en un atentado contra la libertad de sexual de una persona, que no presta su consentimiento para la práctica sexual. Cuando se utiliza simplemente la palabra abuso, suele referirse al trato deshonesto a una persona de menor poder, fuerza o experiencia.

El abuso sexual se refiere a que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo.

Si la víctima es menor de doce años o no tiene la capacidad de comprender el significado del hecho, se considera abuso aún cuando no haya otros tipos de presión, coacción o violencia.

La violación en términos legales es definida como la penetración anal, oral o vaginal con el pene, dedo o cualquier otro objeto en contra de la voluntad de una persona.

El hostigamiento o acoso sexual se refiere a las caricias, palabras, o gestos con intención sexual, que también son considerados como un insulto a la dignidad de una persona.

Como abuso sexual también está incluso el contacto sexual con personas que no se encuentran en un estado consciente como para dar el consentimiento; como las personas embriagadas o bajo la influencia de drogas.

2.1.1 Causas

Actualmente Guatemala atraviesa por una crisis muy grande tanto económica como educacional. Durante el desarrollo de la práctica se observa que la población guatemalteca, principalmente las mujeres chimaltecas usuarias de la clínica de APROFAM Chimaltenango, la carencia de educación sexual. Es debido a esto que no tienen conocimiento sobre el abuso sexual sus causas y consecuencias; y como se sabe entre más pobre la comunidad, menos es el control y la educación social y de la sexualidad del individuo. Entre las principales causas del abuso sexual se pueden mencionar:

- ✓ Deficiencia en la educación de la sexualidad de una sociedad.
- ✓ Falta de atención integral de la familia que se hace víctima de la violencia intrafamiliar, el abandono, la pobreza y otros.
- ✓ La soledad, producto directo de una crisis social generalizada especialmente en occidente.
- ✓ Una pobre legislación nacional que no garantiza la protección eficaz de los derechos del niño y del adolescente.
- ✓ Conflictos armados que involucran a los niños y adolescentes directamente como víctimas y como victimarios.
- ✓ Un pobre reflejo del significado de los derechos del niño y del adolescente dentro de los medios de comunicación social, muchos de los cuales promueven consciente o inconscientemente una cultura del abuso por medio de mensajes irresponsables.

2.1.2 Consecuencias

Los abusos sexuales tienen efectos perjudiciales para el desarrollo psicológico, sexual y social de las personas, ya que ponen en peligro la imagen que tienen de si mismo. Una persona que es

abusada siente que su cuerpo ha sufrido daños que no tienen arreglo ya que sienten que nunca más volverán a ser personas normales.

Las consecuencias dependen en gran medida del tipo de abuso y sus circunstancias, entre estas están: desconfianza, miedo, hostilidad hacia el sexo de quien agredió o hacia la familia si se siente que no se protegió, vergüenza, ansiedad, culpa, fracaso escolar e ingestión de drogas. Mayor incidencia de insatisfacción y disfunciones sexuales, depresión, angustia, mayor incidencia de embarazos no deseados y embarazo temprano, inicio temprano de las relaciones sexuales e infecciones de transmisión sexual.

Las consecuencias suelen ser mayores mientras más cercanas afectivamente sea quien agredió, mientras más violencia haya existido, mientras más tiempo haya sucedido y mientras menos se haya creído o apoyado a la víctima. Entre las principales consecuencias están:

a) Físicas

Las consecuencias físicas del abuso sexual infantil son poco frecuentes, extraordinariamente variables y, en muchos casos, compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas con la experiencia de abuso sexual, provocando que sea muy difícil detectar estos casos a partir de hallazgos físicos. Cabe recordar que muchos tipos de abuso sexual no incluyen contacto físico entre agresor y víctima y, por tanto, no existen lesiones físicas que permitan confirmarlos. Incluso si se produce penetración, pueden no aparecer lesiones ni quedar rastros que confirmen el abuso sexual.

La experiencia de abuso sexual conlleva importantes repercusiones en el bienestar físico y psicológico de la víctima. Se hace necesario conocer qué efectos puede tener esta experiencia sobre la salud, tanto para su posible detección temprana como para un tratamiento efectivo. Determinadas lesiones genitales y anales, pesadillas y problemas de sueño, cambios de hábitos de comida, pérdida de control de esfínteres, rechazo al propio cuerpo, dolores crónicos generales, hipocondría o trastornos psicósomáticos, problemas gastrointestinales, la presencia de esperma,

infecciones y enfermedades de transmisión sexual; antes de la pubertad, así como el embarazo, pueden ser importantes indicadores de abuso sexual, si bien en la mayor parte de casos los hallazgos físicos son nulos en estas víctimas, dificultando la detección de estos casos.

En la edad adulta, los dolores físicos, el trastorno de conversión, las crisis no epilépticas, el trastorno de somatización, trastornos ginecológicos, así como un inicio significativamente temprano de la menopausia, son algunos de los problemas físicos más frecuentemente presentes.

b) Psicológicas

Se pueden distinguir consecuencias a corto y a largo plazo. A largo plazo, los abusos determinan una presencia significativa de los trastornos disociativos de la personalidad como son alcoholismo, toxicomanías y conductas delictivas, aparte de graves problemas en el ajuste sexual, tales como por ejemplo: rechazo al propio cuerpo, sentimientos de fealdad es decir baja autoestima.

Las consecuencias son diferentes si el abusador es un familiar, un extraño, aunque se habla de abuso cuando el agresor es significativamente mayor que la víctima o cuando está en una posición de control sobre ella; también es diferente si la relación sexual ha sido violenta o no.

Los abusos en familia suelen ser más traumáticos, ya que para la víctima supone además sentimientos contradictorios en cuanto a la confianza, la protección, y el apego que espera y siente con relación a sus propios familiares.

Las víctimas de abuso pueden convertirse muchas veces en potenciales agresores; suelen manifestar además, conductas hipersexualizadas como la masturbación compulsiva, conductas seductoras, o un exceso de curiosidad por los temas sexuales.

Si las víctimas son mujeres suelen manifestar depresión y ansiedad. En el caso de los varones puede ocurrir, que se manifiesten más agresivos o que se conviertan en abusadores de otros

varones. Estadísticamente la mayoría del abuso se produce de varón a mujer y la mayoría de las mujeres no son abusadoras sexuales.

Es importante también considerar la definición de trauma, este es el resultado de un acontecimiento al que la persona no encuentra significado, y que experimenta como algo insuperable e insufrible.

Así la dinámica del trauma en la situación de abuso puede verse como aquella que altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la visión del mundo y las habilidades afectivas.

Luego del incidente aparece el trastorno de estrés postraumático, que se manifiesta en las personas después de un acontecimiento catastrófico e inhabitual en algunos es más silencioso, en otros generan cambios de conducta significativos.

Los síntomas más frecuentes del trauma son, vueltas al pasado y sueños con representación del suceso ocurrido, insomnio y depresión.

Las manifestaciones negativas de las víctimas suelen ser confusión, tristeza, irritabilidad, ansiedad, miedo, impotencia, culpa y autorreproche, vergüenza, estigmatización, dificultad tanto en las relaciones de apego como déficit en las habilidades sociales, aislamiento social, desconfianza hacia todos, o a veces, hacia personas del sexo del agresor, baja auto-estima, impulsividad, trastornos del sueño o de la alimentación, miedo, problemas escolares, fugas del domicilio, depresión, labilidad, conductas autodestructivas y/o suicidas, hipocondría, masturbación compulsiva, exhibicionismo, problemas de identidad sexual, dificultad para expresar sentimientos.

c) Sociales

Consumo de drogas y alcohol, fugas, conductas auto lesivas o suicidas, déficit en habilidades sociales, retraimiento social, conductas antisociales, embarazos no deseados.

Se estima que, en promedio, cada cuatro minutos una niña o mujer es violada. Apenas una parte de estas violaciones es denunciada ante las autoridades. En un número de casos aún menor se condena a los violadores. En los raros casos en que las niñas y mujeres recurren a la justicia por el abuso sexual que han padecido se las suele tratar con recelo, apatía y falta de respeto.

La situación es aún más grave cuando las niñas y mujeres que quedan embarazadas como consecuencia de la violación deciden interrumpir su embarazo. Los agentes del Ministerio Público, los médicos y los trabajadores sociales suelen ignorarlas. En ocasiones, los funcionarios gubernamentales silencian activamente a las víctimas de violaciones mediante insultos y amenazas, en una actitud que demuestra un claro desprecio hacia su dignidad humana y sus derechos a no ser discriminadas, a acceder a un juicio justo, a la salud y a la igualdad ante la ley. Estas son las características más comunes de víctimas de abuso sexual:

- ✓ Ser mujer
- ✓ Tener entre 10 y 15 años
- ✓ Pobreza
- ✓ Bajo nivel cultural
- ✓ Viviendas inadecuadas
- ✓ Abuso del alcohol
- ✓ Ausencia de los padres biológicos
- ✓ Incapacidad o enfermedad de la madre
- ✓ Relaciones pobres, escasas por algún motivo con los padres
- ✓ Tener padrastro

A lo largo de la realización de la práctica, a la clínica de APROFAM Chimaltenango acudían pacientes víctimas abuso, cuya consecuencia principal eran los embarazos no deseados; y se presentaban con la idea de recibir orientación sobre el aborto, los tipos de aborto y la anticoncepción de emergencia. Una vez ya informadas del tema, expresaban que deseaban les practicasen el aborto, debido a que no querían que naciera el nuevo ser que llevaban en su vientre.

Como APROFAM no es una institución que apoye y promueva el aborto, solamente se les brinda información sobre lo que es el aborto en sí, sobre la anticoncepción de emergencia; todo esto con el propósito de concientizar a las usuarias y que comprendan que abortar no es la mejor solución a sus problemas, así mismo se les proporcionaba opciones por las cuales pueden optar para no abortar.

Debido a que tanto los embarazos no deseados, el aborto y la anticoncepción de emergencia, son de relevancia en el centro de práctica, se detallan a continuación para enriquecer el conocimiento sobre los mismos.

- **Embarazos no deseados**

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

En un mundo ideal, cada embarazo sería un evento bienvenido. Tristemente, el mundo real con frecuencia está lejos del ideal, y muchos embarazos ocurren demasiado pronto o no son deseados en absoluto.

Es excepcionalmente difícil abordar el problema del embarazo no deseado en una cultura en donde mucha gente tiene dificultad para reconocer públicamente el concepto de embarazo no planeado, y menos del aborto. Este es ciertamente el caso en Guatemala. Existen muchas razones por las que una mujer no quiera embarazarse, sobre todo si es joven, no cuenta con ingresos, y más aún, si ha sido violada.

- **Consecuencias de los embarazos no deseados**

Miles de mujeres, presas de la desesperación al quedar encinta, recurren a la inducción de abortos rudimentarios, muriendo en el intento de desembarazarse. Otras en las mismas circunstancias,

venden a las criaturas o practican el infanticidio. Estos son fenómenos innegables, ante los cuales es preciso que el Estado ponga en marcha políticas de prevención que proporcionen información adecuada y medios para evitarlos. Es urgente una educación sexual científica, sin sesgos religiosos, para que la práctica sexual no conduzca a embarazos no deseados.

Las consecuencias de los embarazos no deseados, además de psicológicas, sociales y económicas son las siguientes:

- ✓ Aborto inducido (aborto con medicamentos o aborto quirúrgico)
- ✓ Mortalidad materna
- ✓ Mortalidad infantil
- ✓ Enfermedades derivadas del embarazo y el parto

▪ Aborto

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción. A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas.

▪ Clasificación

Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto, se clasifican en:

- ✓ Aborto espontáneo o natural
- ✓ Aborto provocado
- ✓ Aborto terapéutico

a. Aborto espontáneo o natural

El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Es digno de señalar que los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos al alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez entre otras.

La causa de orden materno son variadas. Las malformaciones de cada uno de los órganos del aparato genital femenino. También algunas enfermedades como diabetes, hipertensión, o enfermedades producidas por infecciones bacterianas o virales son causantes de aborto espontáneo.

Como causas conjuntas, paternas y maternas, y que actúan a la vez, se puede citar los matrimonios muy jóvenes, los tardíos, la vejez prematura o la decrepitud de uno de los cónyuges, la miseria, el hambre, la privaciones, el terror, la desesperación, el alcoholismo común, la sífilis o la tuberculosis, también padecidas conjuntamente. Todas estas causas pueden actuar en el momento propulsor de la fecundación. Otras causas de aborto espontáneo son las malformaciones del embrión.

b. Aborto provocado

Pese a la persecución penal de que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente, y muy a menudo, sin las necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada.

Dentro de este grupo se incluye el aborto producido por imprudencia. Su distintiva es su carácter negativo de omisión voluntaria o imprudencia unido a la aceptación de los resultados abortivos.

c. Aborto terapéutico

Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo sus contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se

toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera pérdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre.

▪ Consecuencias

El aborto, legal o ilegal también daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrearle la muerte. La propaganda proabortista continuamente proclama la mentira de que el aborto legal es médicamente seguro, y de que es necesario legalizarlo o despenalizarlo debido a la gran cantidad de muertes maternas causadas por el aborto ilegal. Esta estrategia para legalizar el aborto se llama engañosamente maternidad sin riesgos. Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer están las infecciones, las hemorragias, las complicaciones debido a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero.

Además de las complicaciones físicas, las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el Síndrome post-aborto. Estos efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebé abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido

a. Consecuencias físicas

- ✓ Esterilidad
- ✓ Abortos espontáneos
- Embarazos ectópicos
- ✓ Nacimientos de niños muertos
- ✓ Trastornos menstruales
- ✓ Hemorragia
- ✓ Infecciones

- ✓ Shock
- ✓ Coma
- ✓ Útero perforado
- ✓ Coágulos de sangre pasajeros
- ✓ Fiebre /Sudores fríos
- ✓ Intenso dolor
- ✓ Muerte

b. Consecuencias emocionales

- ✓ Llanto/ Suspiros
- ✓ Insomnio.
- ✓ Pérdida de apetito
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Agotamiento
- ✓ Tragar constantemente
- ✓ Nerviosismo
- ✓ Disminución de la capacidad de trabajo
- ✓ Vómitos
- ✓ Trastornos gastrointestinales
- ✓ Frigidez

c. Efectos psicológicos

- ✓ Culpabilidad
- ✓ Impulsos suicidas
- ✓ Sensación de pérdida
- ✓ Insatisfacción
- ✓ Pesar y remordimiento
- ✓ Retraimiento

- ✓ Perdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Preocupación por la muerte
- ✓ Hostilidad
- ✓ Ira/ Rabia
- ✓ Desesperación

▪ Anticoncepción de emergencia

Los anticonceptivos de emergencia constituyen una forma de evitar el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección. Los anticonceptivos de emergencia (ECP, por sus siglas en inglés), a menudo llamados “píldora del día después”, son píldoras de hormonas que pueden tomarse dentro de las 72 horas posteriores a haber mantenido una relación sexual sin protección.

Los anticonceptivos de emergencia son más efectivos si se los toma cuanto antes después de la relación sexual.

La primera dosis de las píldoras debe tomarse dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección, seguida de una segunda dosis 12 horas después.

Las hormonas pueden actuar de diversas formas para evitar el embarazo. Pueden retrasar la ovulación (la liberación de un óvulo durante el ciclo mensual de la mujer), afectar el movimiento y el funcionamiento de los espermatozoides y afectar el desarrollo del revestimiento uterino e interrumpir el proceso de fertilización.

Los anticonceptivos de emergencia son menos efectivos si la fertilización ya ha ocurrido. Si la implantación ha tenido lugar y la mujer está embarazada, los anticonceptivos de emergencia no interrumpirán el embarazo.

Muchas de las mujeres que toman anticonceptivos de emergencia, sufren algunos efectos secundarios porque la dosis de hormonas es superior a la habitual. Entre los efectos secundarios

se incluyen las náuseas, los vómitos, la sensibilidad en las mamas y el dolor de cabeza. Estos efectos suelen ser leves y la mayoría se alivia después de 1 ó 2 días. El período menstrual podría ser irregular temporalmente luego de tomar anticonceptivos de emergencia.

La anticoncepción de emergencia no está recomendada como método regular de control de la natalidad, sino que se utiliza únicamente en caso de emergencia. Si mientras una pareja mantiene relaciones sexuales el condón se rompe o se sale, si el diafragma o el capuchón cervical se desplazan de su posición o si la joven olvidó tomar las píldoras anticonceptivas durante 2 días seguidos, quizás sea conveniente que la joven considere la posibilidad de tomar anticonceptivos de emergencia. También están disponibles para las adolescentes que han sido forzadas a mantener relaciones sexuales.

2.1.3 Víctimas de abuso sexual

Una víctima es una persona que sufre un daño o perjuicio por culpa ajena o por una causa fortuita. Cuando el daño es ocasionado por otra persona, ésta recibe el nombre de victimario o agresor.

Cuando una persona es víctima de abuso sexual presenta varias de las siguientes características:

- ✓ Miedo a estar sola
- ✓ Incapacidad de sostener la mirada
- ✓ Frecuentes peleas y disgustos con miembros de la familia
- ✓ Problemas de memoria
- ✓ Cambios frecuentes y drásticos de humor
- ✓ Preocupación por temas o actividades sexuales
- ✓ Gestos e intentos de suicidio
- ✓ Desconfianza
- ✓ Abuso de alcohol o drogas

2.1.4 Agresores sexuales

En la mayor parte de los casos el abuso sexual infantil suele ser cometido por familiares (padres, hermanos mayores, entre otros) -es el incesto propiamente dicho- o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, entre otros.). Los abusadores sexuales, que frecuentemente muestran un problema de insatisfacción sexual, se ven tentados a buscar esporádicas satisfacciones sexuales en los menores que tienen más a mano y que menos se pueden resistir. En estos casos los agresores pueden mostrar distorsiones cognitivas para justificarse ante ellos mismos por su conducta: "mi niña está entera", "la falta de resistencia supone un deseo del contacto", "en realidad, es una forma de cariño", entre otros.

La situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación y al contacto buco genital; y, solo en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad).

En otros casos los agresores son desconocidos. Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o a amenazas de ellas. No obstante, la violencia es menos frecuente que en el caso de las relaciones no consentidas entre adultos porque los niños no ofrecen resistencia habitualmente.

2.1.5 Detección del abuso sexual

Las conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto. Existen diferentes factores que pueden explicar los motivos de esta ocultación: por parte de la víctima, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales, como regalos, o el temor a no ser creída, junto con el miedo a destrozarse la familia o a las represalias del agresor; y por parte del abusador, la posible ruptura de la pareja y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales.

A veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que le puede llevar al silencio, en algunos casos, es el pánico a la pareja o el miedo a desestructurar la familia; en otros, el estigma

social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola la familia.

De ahí que el abuso sexual pueda salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido a veces a otros niños o a un profesor- o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar, vecino o amigo. El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después (meses o años) de los primeros incidentes.

2.1.6 Prevalencia de mujeres en Guatemala

De acuerdo con el estudio "Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala" publicado por el Instituto Guttmacher, más de un tercio de 180 mil guatemaltecas que enfrentan un embarazo no planeado buscan un aborto; con frecuencia arriesgan su salud al recurrir a personas inadecuadamente capacitadas.

El estudio señala que es probable que el impacto del aborto inseguro en la salud sea más grande entre las mujeres con mayor desventaja y marginación, ya que las féminas pobres pueden pagar los servicios de personas sin capacitación.

Según se indica, abordar el tema de los embarazos no deseados en Guatemala, por consiguiente los abortos, constituye un problema, debido a que esta práctica está condenada por algunos sectores de la población.

La investigación destaca que existen consecuencias dañinas para las mujeres que sobreviven a la práctica de un aborto inadecuado, como la hemorragia abundante, la cual puede llevar a una perforación uterina.

2.1.7 Tratamiento y atención a la víctima

La atención a víctimas de violencia sexual (vvs) requiere un enfoque integral de aspectos médicos, psicológicos, sociales y legales. Las funciones desde la medicina clínica son:

- ✓ Realizar la anamnesis y el examen clínico

- ✓ Evitar el riesgo de ITS y asegurar su tratamiento y prevención; toma de muestras de aparato genital y de sangre para ITS
- ✓ Tratamiento de Urgencia en caso de peligro de muerte y referencia oportuna
- ✓ Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas
- ✓ Proporcionar medicación anticonceptiva de emergencia
- ✓ Registrar la información en la historia clínica
- ✓ Emisión del parte de lesiones
- ✓ Recoger muestras de evidencia forense para permitir el seguimiento legal o bien solicitar la actuación de la medicina forense, a través del juzgado de guardia, y colaborar en su trabajo.
- ✓ Asegurar que la cadena de evidencia legal de recolección de muestras forenses permanece intacta.
- ✓ Asegurar el seguimiento psicológico
- ✓ Estimular, apoyar y asegurar la seguridad del/la VVS durante todo el proceso, respetando su propia evolución.
- ✓ Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- ✓ Informar a la VVS sobre los riesgos de salud y opciones médicas, psicológicas, sociales y legales existentes en la comunidad.
- ✓ Referir a la VVS al nivel de atención que corresponda.
- ✓ Denunciar de manera obligatoria de todos los casos de abuso a menores de edad.
- ✓ Animarlo a que realice su vida normal, retomando tareas que han sido de ayuda en el pasado.
- ✓ Planificar actividades que ocupen a la persona, lo distraigan y ayuden a reforzar la confianza en sí mismo. Identificar y reforzar las actividades que ha podido realizar con éxito.
- ✓ Tratar de alejar pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas por diferentes métodos.
- ✓ Si existen síntomas físicos, intentar averiguar la conexión entre estos y el estado emocional. Evaluar si pudiera existir otra enfermedad concomitante.

- ✓ Búsqueda de alternativas para el enfrentamiento y/o solución de problemas, dada la situación difícil por las que está atravesando.
- ✓ Aplazamiento de decisiones. Cuando se está muy tenso o deprimido, no es el mejor momento para tomar decisiones importantes.
- ✓ Animar al paciente para que practique métodos de relajación y ejercicios físicos.
- ✓ Evaluar un posible riesgo de suicidio y tomar la conducta recomendada en estos casos.

2.2 Psicopatología

Se conoce como psicopatología a la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados no sanos en el proceso mental.

2.2.1 Antecedentes

Desde la antigüedad siempre se ha tratado de describir y encontrar una solución a los problemas de la conducta, en el mundo griego, surge por primera vez el concepto de enfermedad mental, haciendo referencia a que la locura provenía de una explicación demonológica. El pensamiento religioso medieval explicaba todas aquellas conductas anormales como consecuencia de un mal ojo, hechizo o una epilepsia/posesión. Los sacerdotes curaban a las personas que padecían epilepsia a través de lo que se llama exorcismo y aparentemente les daba resultados y la sociedad quedaba maravillada, pero la realidad es que la persona volvía a su estado normal sólo por que la epilepsia dura un momento breve y no por el exorcismo.

Los siglos XVII y XVIII se caracterizan por la defensa de planteamientos anatomopatológicos y fisiopatológicos. Anatomopatológicos; este planteamiento, explica la locura con sus supuestos de localización y reducción de la enfermedad a lo anatómico chocan con las primeras concepciones de la neurosis, y en general de las enfermedades nerviosas, por otro lado los fisiopatológicos; estos planteamiento eran sobre las enfermedades. Whytt afirmaba que puesto que la mayor parte de las enfermedades dependen del S.N. deberían ser llamadas nerviosas. Collen agranda esta tesis y construye una de las primeras nosologías, en la que aparece por primera vez el término

neurosis. Galeno, fue el primer Doctor que escribió la medicina herbolaria y la ponía en práctica con las demás personas, pero con el tiempo se dio cuenta que no todas las enfermedades curaba las plantas medicinales por lo que concluyó que había enfermedades que se curaban solo con palabras.

La psicopatología: el conjunto ordenado de conocimientos relativos a las anormalidades de la vida mental en todos sus aspectos, inclusive sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito; su fin último no es el cuidado del individuo anormal o enfermo, sino el conocimiento de su experiencia y de su conducta, como hechos y relaciones susceptibles de ser formulados en conceptos y principios generales. La psicopatología para su estudio obtiene información del paciente a través de datos clínicos, epidemiológicos y estrategias experimentales y los tipos de investigación son diversos, siendo el más interesante el de correlación que en ocasiones no es muy objetivo debido a su gran generalización de las personas, la ética del psicólogo en la investigación juega un papel importante ya que lo que tiene de información del paciente es en su mayoría confidencial. La psicopatología para su estudio se fundamenta en lo médico, en lo biológico y en lo conductual, tomando para su integración satisfactoria los tres aspectos.

2.2.2 Normalidad y anormalidad

La anormalidad es una característica definida en forma subjetiva, se asigna a aquellas personas que poseen condiciones raras o disfuncionales. Definir si una persona es normal o anormal es un tema difícil en el campo de la psicología de la anormalidad.

Un criterio para "anormalidad" que se utiliza en el caso de comportamiento anormal es su baja ocurrencia estadística. Esto sin embargo posee una falla obvia la persona extremadamente inteligentes, honestas, o felices son tan anormales como las personas que poseen las características opuestas. Por esta razón, se consideran comportamientos individuales anormales a aquellos que son estadísticamente raros y además indeseables.

La ocurrencia de algún tipo de comportamiento anormal no es inusual. Un criterio más refinado es la existencia de ansiedad. Una persona que manifiesta niveles elevados de depresión, ansiedad, infelicidad, etc. se considera que posee un comportamiento anormal porque su propio comportamiento la perturba. Desafortunadamente, muchas personas no se percatan de su propio estado mental, y aunque podrían beneficiarse con ayuda, no ven la necesidad de buscar apoyo.

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

Hay dos series de criterios, los generales y los específicos. Independientemente de que sea general o específico todos los criterios a usar deben de reunir tres condiciones:

- Que los signos sean fácilmente observable por la persona promedio, que las primeras personas que detectan la anormalidad de una conducta son el entorno familiar del enfermo y el propio enfermo.
- Que la continuidad de la conducta normal / anormal requiere que los criterios sean aplicables a todos los grados de funcionamiento perturbado.
- Los criterios deben de ser no culturales ya que las características esenciales de la conducta son iguales en todas las culturas.

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

A continuación se presentan algunos trastornos psicopatológicos considerados de mayor importancia por presentarse durante el trabajo de atención de casos clínicos.

2.2.3.1 Trastornos sexuales

Un trastorno sexual es cualquier impedimento que dificulta o impide el goce de la actividad sexual ya sea por causas orgánicas o psicológicas.

En ocasiones la vida sexual de las personas se ve influida por causas orgánicas como problemas circulatorios o el consumo de ciertos medicamentos. Pero cuando existe un trastorno sexual sin causas orgánicas, es conveniente que el paciente se someta a una terapia psicológica.

Existen varios problemas que pueden afectar el comportamiento sexual de las personas. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, ofrece una clasificación de los trastornos sexuales y los divide en dos grupos: Disfunciones Sexuales y Parafilias.

Las disfunciones sexuales son trastornos del deseo sexual y las parafilias son desviaciones sexuales.

2.2.3.1.2 Clasificación

1. Parafilias

Son patrones de comportamiento sexual en los que la fuente predominante de placer no se encuentra en la cópula, sino en alguna otra cosa o actividad que lo acompaña. Suelen, aunque no necesariamente, suceder principalmente porque la persona que las practica ya ha tenido una cantidad muy elevada de placer sexual, que llega un momento en que lo poco no la satisface y quiere más y más de aquella actividad para sentir el orgasmo o excitarse.

Esencialmente consisten en que el individuo tiene unas necesidades y fantasías sexuales intensas y recurrentes que generalmente suponen:

1. Objetos no humanos
2. Sufrimiento o humillación propia o del compañero
3. Niños o personas que no consienten

1.1 Grados de parafilias

Existen tres grados de parafilias, clasificadas por la Asociación Mundial de Psiquiatría, y que son las siguientes:

- **Mínimo**
Que no le hacen daño a terceras y no necesitan tratamiento alguno. Son personas en donde ambas partes de la pareja lo disfrutan y están de acuerdo en llevarlas a cabo.
- **Acentuado**
Se busca de “manera insistente”, la realización de la fantasía para alcanzar la satisfacción sexual.
- **Dependiente**
La fantasía erótica afecta o interfiere en la relación sexual, de tal forma que se da un carácter impulsivo, cuando lo único que sacia la excitación es la realización de esa fantasía. De tal forma que la parafilia puede convertirse en una “adicción”, donde el individuo solo llega a la excitación a través de esta.

1.2 Diagnóstico

La parafilia debe diferenciarse del uso de fantasías o comportamientos sexuales no patológicos o de los objetos como un estímulo para la excitación sexual que presentan los individuos sin parafilia. Las fantasías, los comportamientos o los objetos son considerados parafílicos sólo si provocan malestar o alteraciones clínicamente significativas.

1.3 Clasificación

a) Exhibicionismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, ligadas a la exposición de los propios genitales a una persona extraña. En ocasiones el individuo se masturba al exponerse o al tener estas fantasías.

b) Fetichismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican el uso de objetos inanimados (fetiches). Ropa interior, zapatos, botas, son fetiches comunes. El individuo se masturba mientras sostiene, acaricia, entre otros, el fetiche o le pide al compañero que se lo ponga. El objeto ha de ser marcadamente preferido para lograr la excitación sexual. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

c) Frotteurismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican el contacto y el roce con una persona que no consiente. Teniendo presente que lo excitante es el contacto pero no necesariamente la naturaleza coercitiva del acto. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

d) Pedofilia

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican actividad sexual con niños prepúberes. Los niños suelen ser menores de 12-13 años y el individuo ha de tener por lo menos cinco años más que el niño para que sea considerado el trastorno. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

e) Masoquismo sexual

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implica el acto (real o simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier tipo de sufrimiento. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

f) Sadismo sexual

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico de la víctima es sexualmente excitante. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

g) Fetichismo transvestista

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican vestirse con ropas del sexo contrario. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas. Generalmente guarda una importante colección de ropa para transvestirse cuando está sólo, luego se masturba imaginando que otros hombres se sienten atraídos por él como si fuera una mujer.

h) Voyeurismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implica el hecho de observar ocultamente a otras personas cuando están desnudas o en actividad sexual. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

1.4 Tratamiento

La finalidad es que el paciente abandone la parafilia que hace daño a terceras personas como lo son la paidofilia, exhibicionismo, frouterismo, voyeurismo.

Muchos pacientes pueden ser ayudados a vivir más satisfactoriamente que como se encuentran, alcanzando un mejor control consciente y autodisciplinado por medio de asesoramiento y de psicoterapia.

Medicamentos como antipsicóticos, antidepresivos o anti-androgénicos han dado buenos resultados en algunos pacientes. En la mayoría, el aislamiento social (cárcel) es lo único que evita se siga dañando a terceras personas.

Las parafilias que no hacen daño a terceras personas en donde ambas partes de la pareja lo disfrutan y están de acuerdo en llevarlas a cabo no necesitan tratamiento alguno.

2. Disfunciones sexuales

Se llama disfunción sexual a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.

Las disfunciones sexuales pueden manifestarse al comienzo de la vida sexual de la persona o pueden desarrollarse más adelante. Algunas de ellas pueden desarrollarse paulatinamente con el tiempo, y otras pueden aparecer súbitamente como incapacidad total o parcial para participar de una o más etapas del acto sexual. Las causas de las disfunciones sexuales pueden ser físicas, psicológicas o ambas.

2.1 Causas

Los factores emocionales que afectan a la vida sexual incluyen tanto problemas interpersonales (como problemas de pareja o falta de confianza y comunicación) como psicológicos del individuo (depresión, miedos y culpa, traumas, entre otras).

Los factores físicos incluyen drogas (alcohol, nicotina, narcóticos, estimulantes, antihipertensivos

antihistamínicos y algunos medicamentos psicoterapéuticos), lesiones de espalda, hiperplasia prostática benigna, problemas de riego sanguíneo, daños nerviosos (como heridas en la médula espinal), diversas enfermedades (neuropatía diabética, esclerosis múltiple, tumores y, raramente sífilis terciaria), fallos en varios sistemas orgánicos (como el corazón y los pulmones), desórdenes endocrinos (problemas en tiroides, pituitaria o glándula suprarrenal), deficiencias hormonales (déficit de testosterona, estrógeno o andrógenos) y algunas enfermedades congénitas.

2.2 Clasificación

Las disfunciones sexuales suelen clasificarse en cuatro categorías.

a) Trastornos del deseo sexual o anafrodisia

Puede deberse a una bajada del nivel normal de producción del estrógeno (en las mujeres) o la testosterona (en los varones). Otras causas pueden ser la edad, la fatiga, el embarazo, la medicación (como los ISRS) o enfermedades psiquiátricas, como depresión o ansiedad.

b) Trastornos de la excitación sexual

Previamente llamados «impotencia» en los hombres y «frigidez» en las mujeres, aunque ahora se usan términos menos críticos: para los hombres, se emplea el de «disfunción eréctil» y para las mujeres se utilizan diferentes alusivos a los diversos problemas. Estos desórdenes se manifiestan como aversión o elusión del contacto sexual con la pareja. Puede haber causas médicas para estos problemas, como insuficiente riego sanguíneo o falta de lubricación vaginal. Las enfermedades crónicas también contribuyen, así como la naturaleza de la relación entre las partes.

c) Trastornos del orgasmo

Como el retraso persistente o la ausencia de orgasmo tras una fase normal de excitación sexual. Estos trastornos ocurren tanto en hombre como en mujeres. De nuevo, los antidepresivos ISRS son con frecuencia culpables.

d) Trastornos de dolor sexual

Que afectan casi exclusivamente a las mujeres y se conocen como dispareunia (intercambio sexual doloroso) y vaginismo (espasmos involuntarios de los músculos de la pared vaginal que dificultan o impiden el coito). La dispareunia puede ser provocada en las mujeres por una lubricación insuficiente (sequedad vaginal).

La lubricación inadecuada puede deberse a una excitación o estimulación insuficiente, o bien a cambios hormonales provocados por la menopausia, el embarazo o la lactancia. La irritación debida a cremas y espumas anticonceptivas puede también provocar sequedad, así como también el miedo y la ansiedad por el acto sexual.

No están claras cuáles son las causas exactas del vaginismo, pero se cree que un trauma sexual anterior (como una violación o abusos) puede desempeñar un papel importante. Otro trastorno sexual femenino doloroso se denomina vulvodinia o vestibulitis vulvar, que parece estar relacionado con problemas en la piel de las zonas vaginal y vulvar. Se desconocen sus causas.

2.3 Tratamiento

La terapia sexual es un conjunto de estrategias para tratar disfunciones del desempeño sexual cuando no hay etiología médica (fisiológica), o como complemento al tratamiento médico.

La terapia sexual requiere una evaluación rigurosa que incluye el examen médico y el psicológico. La razón de ello radica en que las disfunciones sexuales pueden tener base somática, base psicógena o ambas. Un ejemplo claro es la disfunción eréctil (a veces aún llamado "impotencia"), cuya etiología puede incluir, por un lado, problemas circulatorios, y por otro, ansiedad de desempeño.

2.2.3.2 Trastornos alimenticios

Un Trastorno en la alimentación es una enfermedad causada por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios comunes.

La persona que padece algún trastorno en su alimentación basa en la comida - un particular significativo al que la persona enferma otorga un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos- todos los pensamientos y actos que forman parte de su cotidianidad, sintiéndose hiperdependiente de esa idea, con lo cual el alimento se convierte, entonces, en el eje a partir del cual gira la vida y el mundo de relación de la persona que padece el trastorno.

Estas conductas alimenticias pueden o no alterarse voluntariamente, esto está sujeto a factores internos y externos como el nivel de autoestima, presiones familiares, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar u amigo, etc.

Generalmente estos tipos de trastornos en la alimentación, más allá de los síntomas que encierra cada uno en especial, son acompañados por un marcado aislamiento de la persona, excesivo cansancio, sueño, irritabilidad, agresión (sobretudo hacia personas conocidas y miembros de la familia), vergüenza, culpa y depresión, registrándose un trastorno en la identidad a partir de la nominación de la enfermedad.

2.2.3.1 Clasificación

a. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica, un trastorno del comportamiento alimentario que se puede considerar como una alteración por defecto de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. Su descripción se recoge en la Clasificación

Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, como "Trastornos Mentales y del Comportamiento", y en la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

El término anorexia, que proviene del latín, quiere decir literalmente "falta de apetito" (el adjetivo "nerviosa" expresa su origen psicológico), significa etimológicamente "hambre de nada", es decir, la persona anoréxica tiene hambre como requerimiento puramente fisiológico, pero no tiene apetito y se niega a comer. Así, esta enfermedad se caracteriza por los factores nombrados a continuación:

- ✓ Pérdida de peso corporal autoimpuesta y significativa, producida por un deseo patológico de adelgazar y por un intenso temor a la obesidad.
- ✓ Distorsión por parte del paciente de su esquema corporal.

La pérdida de peso es conseguida por la persona enferma mediante uno o más de los siguientes procedimientos:

- ✓ Supresión o reducción del consumo de alimentos, especialmente de aquellos que contienen más calorías.
- ✓ Ejercicio físico excesivo.
- ✓ Utilización de medicamentos reductores del apetito, laxantes o diuréticos.

El hecho de la pérdida de peso es negado prácticamente siempre por el enfermo, que por no tener conciencia de la enfermedad, no admitirla o considerarse "diferente" a las demás personas en cuanto a su proceso digestivo y a la asimilación de calorías, cree estar alimentándose normalmente o en exceso. Así, el paciente anoréxico se rehúsa a mantener el peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y estatura, y debido a la continua reducción de peso y masa corporal se produce una desnutrición progresiva y trastornos físicos y mentales que en casos extremos pueden producir la muerte.

Este prolongado desorden alimentario, que no se asocia con ninguna otra enfermedad orgánica previa, alcanza a tornarse indomable; las preocupaciones por el alimento se hacen auténticamente

obsesivas, llegando a ocupar el tema alimenticio el centro de la vida del paciente anoréxico.

a.1 Síntomas

Los síntomas que pueden indicar que una persona esta sufriendo esta psicopatología alimentaria pueden ser tanto cambios cognitivos y conductuales como indicios psíquicos y fisiológicos:

- **Cambios cognitivos**

Son aquellos cambios que experimenta el anoréxico con relación al conocimiento de sí mismo y del mundo.

- ✓ Distorsiones cognitivas sobre el peso.
- ✓ Pavor a aumentar de peso o engordar.
- ✓ Sentimiento de gordura (la imagen corporal puede tomar percepciones delirantes en general o con respecto a algunas partes en particular).
- ✓ Autoexigencia de mantener el peso por debajo de lo normal.
- ✓ Desagrado ante el propio cuerpo.
- ✓ Aumentada percepción de defectos físicos como la celulitis.
- ✓ Preocupación constante y obsesiva por la comida.
- ✓ Dificultad en reconocer los signos de hambre y saciedad.
- ✓ Desconocimiento del sentimiento de fatiga o cansancio.
- ✓ Sentimiento de hinchazón y náuseas después de haber ingerido cantidades mínimas de alimentos.
- ✓ Incapacidad de reconocer o aceptar los riesgos que implica su conducta alimenticia, a pesar de contar con información al respecto (o desinterés en cuanto a lo que pueda llegar a acontecer).

- **Cambios conductuales**

Son los que experimenta el anoréxico en su conducta.

- ✓ Baja ingesta o supresión de los alimentos, oposición a ingerir cantidades normales de alimentos a pesar de tener bajo peso. Dietas restrictivas severas que suelen iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono y grasas, y acabando en la limitación de la ingesta proteínica. Los pacientes anoréxicos, llegan incluso a evitar los líquidos por la sensación de hinchazón que experimentan.
- ✓ Mantenimiento deliberado del bajo peso corporal mediante dieta, ejercicio y/o métodos purgativos como laxantes o diuréticos. Como la restricción de la alimentación provoca constipación el paciente anoréxico suele hacer abuso de los laxantes.
- ✓ Conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos.
- ✓ Simulación de hábitos alimenticios normales con algunos períodos de dieta o restricción. El paciente intenta mantener oculta la conducta de rechazo a la comida utilizando subterfugios, argumentando que ya ha comido o que no tiene apetito.
- ✓ En caso de que se realice la ingesta, el consumo será de pocas calorías en el día, generalmente a través de dulces.
- ✓ Omisión de situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación. Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares).
- ✓ Elevado interés por la gastronomía. El paciente puede coleccionar de forma casi obsesiva todo tipo de menús y dietas. También puede presentar una marcada atención a la nutrición de los integrantes de su familia o sus amigos.
- ✓ Aumento de todo lo relacionado con la alimentación y el peso, como lecturas y conversaciones.
- ✓ Preferencia por la comida a solas.
- ✓ Preferencia por los alimentos *lights*
- ✓ Empleo de "hierbas adelgazantes" y/o píldoras de dieta.
- ✓ Sentimientos de culpabilidad tras consumir alimentos.
- ✓ Hiperactividad, caracterizada por la práctica de la actividad física de manera obsesiva y excesiva. El individuo anoréxico ejecuta la mayor cantidad de movimientos posibles para realizar un mayor gasto calórico. Así, camina varios

kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales, sube escaleras, corre, va al gimnasio (en ocasiones que hasta 5 o 6 horas por día) o practica deportes, generalmente a modo de obligación y de manera compulsiva.

- ✓ En muchas ocasiones, sin embargo, la razón para permanecer en pie se debe no al deseo de consumir más calorías sino al hecho de que al sentarse el anoréxico ve sus muslos y caderas más anchos.
- ✓ Alteración del sueño, debido al hecho puntual de que al estar despierto el anoréxico puede realizar un mayor gasto calórico, o al insomnio que puede sentir.
- ✓ Empleo de mucha ropa, amplia, holgada y superpuesta, con el fin de esconder el cuerpo, disminuir ante los demás la delgadez y paliar la constante sensación de frío. En casos extremos de desnutrición, donde el peso de la paciente se encuentra muy por debajo de lo normal, la ropa superpuesta cumple, además, la función de disminuir el dolor causado por los huesos al clavarse en la piel, así, en la mayoría de esos casos los enfermos deben usar pantalones acolchonados.
- ✓ Resistencia a usar traje de baño para evitar la exposición del cuerpo ante terceros.

▪ Indicios psíquicos

- ✓ Ocultación de los problemas, debido a la falta de confianza hacia los conocidos.
- ✓ Relaciones familiares gravemente alteradas.
- ✓ Fracaso en las relaciones sentimentales.
- ✓ Creciente introversión y retraimiento social. Tendencia al aislamiento de la familia y de las amistades.
- ✓ Dificultad para la concentración, en algunos casos.
- ✓ Cambios rápidos de carácter y humor.
- ✓ Sentimiento de desamparo, de ser diferente. El anoréxico siente que no es comprendido por los demás.
- ✓ Sentimientos de culpa y autodesprecio por haber comido.
- ✓ Irritabilidad, accesos de ira.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Tristeza, llanto frecuente.

- ✓ Insomnio.
 - ✓ Labilidad (fragilidad) emocional.
 - ✓ Decaimiento.
 - ✓ Sentimiento de incompetencia, inseguridad en cuanto a las propias capacidades.
 - ✓ Desinterés respecto a actividades distintas del estudio o trabajo.
 - ✓ Excesiva dedicación al estudio o trabajo.
 - ✓ Disminución del interés, de la práctica y del placer sexual. El interés sexual del paciente anoréxico está disminuido o acumulado.
- d. Indicios fisiológicos
- ✓ Pérdida progresiva de peso (con frecuencia en un período breve). Pérdida del tejido adiposo (abdomenes hundidos, brazos y piernas esqueléticas) con desaparición de las curvas típicas femeninas en las mujeres.
 - ✓ Detención del crecimiento si la persona enferma está en edad de crecer.
 - ✓ Impotencia en los hombres.
 - ✓ Menstruación escasa o irregular en las mujeres; retraso en la aparición del menstuo sin causa fisiológica conocida. En casos avanzados amenorrea (pérdida del período menstrual).
 - ✓ Excesiva sensibilidad al frío. Piel fría, algunas veces con tonalidad azulada. Frialdad de manos y pies; en ocasiones dedos azulados.
 - ✓ Palmas amarillentas.
 - ✓ Sequedad y aspereza de la piel.
 - ✓ Estrías a causa del rápido adelgazamiento.
 - ✓ Palidez.
 - ✓ Caída del cabello.
 - ✓ Uñas quebradizas.
 - ✓ Lanugo (vello fino y oscuro más abundante que lo normal, que a veces puede recubrir todo el cuerpo).
 - ✓ En ocasiones presencia de petequias en la piel (hemorragias en forma de puntos).

- ✓ Alteración del sueño.
- ✓ Sensación de debilidad o cansancio.
- ✓ Vértigos, mareos, desmayos, pérdida de conocimiento y dificultad en la concentración.
- ✓ Sensación de pesadez (indigestión) después de las comidas.
- ✓ Vaciado gástrico retardado y disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal, constipación crónica y estreñimiento debido a la escasa dieta.
- ✓ Disminución del ritmo cardíaco, presión anormalmente baja.
- ✓ Fragilidad de los huesos.
- ✓ Dolor al sentarse.
- ✓ Poliuria (exceso de orina por la cantidad de líquidos ingeridos).
- ✓ Anemia debido a la falta de hierro y proteínas.

a.2 Consecuencias

A. Consecuencias Físicas

▪ Cardiopatía

La cardiopatía es la causa médica más común de muerte en las personas con anorexia severa. Un paciente anoréxico puede sufrir braquicardia (ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos); reducción del flujo sanguíneo; descenso de la presión arterial; disminución del volumen sanguíneo proporcional a la pérdida de peso; disminución del volumen cardíaco (disminución del tamaño del corazón) y del tamaño de las cavidades cardíacas; adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo; hipercolesterolemia (nivel de colesterol muy alto: 280 - 300); hipotensión (bajadas de tensión arterial); alteración en los mecanismos aeróbicos; menor contracción cardíaca; arritmias; prolapso en la válvula mitral (mal funcionamiento de dicha válvula) y derrame pericárdico (agua fuera del corazón). Es algo probable el paro cardíaco e inclusive la muerte (5 – 10% de los casos).

Los problemas del corazón son un riesgo específico cuando la anorexia es agravada por la bulimia y el uso de Ipecac, un medicamento que causa vómitos.

Es interesante mencionar que la actividad cardíaca reducida genera una reducción significativa del gasto específico de energía en reposo.

▪ Anormalidades reproductivas y hormonales

La anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en las hormonas de la tiroides y mayores niveles de otras hormonas, como la hormona de estrés cortisol. Existen por eso dificultades para relacionarse sexualmente. La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad y pérdida de hueso. La reanudación de la menstruación, indicando niveles de estrógeno restaurados y aumento de peso, mejora las perspectivas, pero incluso después del tratamiento, la menstruación nunca regresa en un 25% de pacientes con anorexia severa. Las mujeres que quedan en cinta antes de recuperar un peso normal, afrontan un futuro reproductivo precario, con pesos bajos al nacimiento, abortos espontáneos frecuentes y una tasa alta de niños con defectos congénitos.

El peso bajo solo quizá no sea suficiente para causar amenorrea; los comportamientos extremos de ayunamiento y purgación pueden desempeñar un papel aun mayor en el trastorno hormonal. La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno y aumento de hormonas esteroides resulta en huesos porosos y sujetos a fracturas. Dos tercios de niños y niñas adolescentes con anorexia no desarrollan huesos fuertes durante este período de crecimiento crítico, una enfermedad potencialmente irreversible.

Entre más tiempo persiste la enfermedad, mayor la probabilidad de que la pérdida de hueso sea permanente. Los pacientes que se rehabilitan a una edad temprana (15 años o menores) tienen mayor probabilidad de lograr una densidad ósea normal. Tan sólo la rápida restauración de la menstruación regular puede proteger contra la pérdida ósea permanente; el aumento de peso no es suficiente. Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento

retrasado debido a niveles reducidos de la hormona de crecimiento. Sin embargo, a pesar de la recuperación, el sufrimiento de osteoporosis en la edad adulta es muy probable.

▪ Problemas neurológicos

Las personas con anorexia severa pueden sufrir daño nervioso y experimentar convulsiones, pensamiento desordenado y cosquilleo, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos o los pies. Las exploraciones cerebrales indican que partes del cerebro experimentan cambios estructurales y actividad anormalmente alta o baja durante los estados anoréxicos; algunos de estos cambios regresan a la normalidad después del aumento de peso, pero existe evidencia de que algún daño puede ser permanente.

▪ Problemas sanguíneos

La anemia es un resultado común de la anorexia y la inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12. En algunas anorexias se han hecho descripciones de anemia producida por descensos en las concentraciones plasmáticas de ácido fólico y disminución de los depósitos medulares de hierro y de la capacidad de su fijación en relación con grupos controles. Si la anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, una enfermedad potencialmente mortal llamada penciopenia.

▪ Problemas gastrointestinales

La inflamación y el estreñimiento son ambos problemas muy comunes en las personas con anorexia. Es probable la úlcera de estomago y esófago en las pacientes vomitadoras.

B. Consecuencias psíquicas

- ✓ Síntomas de ansiedad, depresión y obsesivos.
- ✓ Depresión
- ✓ Tristeza

- ✓ Irritabilidad
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Relaciones afectivas conflictivas
- ✓ Tendencias suicidas

a.3 Diagnóstico

Se considera que una persona padece de anorexia nerviosa cuando cumple los siguientes criterios:

- ✓ Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo del peso teórico.
- ✓ Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de la evitación de consumo de alimentos que cree que "engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: purgas intestinales, ejercicio excesivo, consumo de fármacos anoréxicos o diuréticos.

Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce en horas poco habituales, o en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presenta alguna enfermedad.

- ✓ Dismorfobia, es decir, alteración en la percepción del peso, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada, del pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- ✓ En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). En el varón, una pérdida del interés y de la potencia sexuales.

- ✓ Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles).

a.4 Tratamiento

No existe un tratamiento universalmente aceptado para la anorexia nerviosa. En general el objetivo del tratamiento es detener los malos hábitos alimentarios, modificar los pensamientos erróneos del paciente y lograr la normalización. La psicoterapia y la terapia familiar a menudo son importantes.

La mitad de los pacientes se curan definitivamente, aunque a veces, la enfermedad acaba produciendo alteraciones metabólicas y hormonales que agravan el proceso puramente psíquico.

b. Bulimia Nerviosa

La Bulimia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica, un trastorno del comportamiento alimentario que se puede considerar como una alteración por defecto de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. Su descripción se recoge en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, como "Trastornos de la Conducta Alimentaria" (tomo "Trastornos Mentales y del Comportamiento"), y en la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

Bulimia etimológicamente significa "hambre voraz", es decir, a diferencia de la anorexia, la persona bulímica tiene "deseo" de comer. Así, este desorden alimenticio, causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, se caracteriza por:

- ✓ Intenso temor a la obesidad.
- ✓ Episodios recurrentes de ingesta excesiva, que unen el descontrol y el placer, y definen a la enfermedad.

- ✓ Empleo de conductas compensatorias inapropiadas (purgas) para aliviar la angustia y la culpa que el paciente siente luego de un atracón.

Los métodos purgativos, empleados con el objetivo de compensar el atracón y controlar el peso, son:

- ✓ Vómitos, provocados luego de cada ingesta y luego automáticos.
- ✓ Uso de laxantes, diuréticos, que pueden ser utilizados en exceso con daños a la salud.
- ✓ Dietas exageradas, o ayuno.
- ✓ Consumo de anfetaminas.
- ✓ Abuso de la actividad física.

A veces el comportamiento bulímico se observa en los enfermos de anorexia nerviosa o en personas que llevan a cabo dietas exageradas, pero la bulimia por sí misma no produce pérdidas importantes de peso.

Este prolongado desorden alimenticio, que no se asocia con ninguna otra enfermedad orgánica previa, alcanza a tornarse indomable; las preocupaciones por el alimento se hacen automáticamente obsesivas, llegando a ocupar el tema alimenticio el centro de la vida del paciente bulímico.

b. Síntomas

Los síntomas que pueden indicar que una persona está sufriendo esta psicopatología alimentaria pueden ser tanto cambios cognitivos y conductuales como indicios psíquicos y fisiológicos.

A. Cambios cognitivos

- ✓ Sentimiento de una imperiosa necesidad de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico.
- ✓ Fuerte temor a no parar de ingerir voluntariamente y tener poca capacidad para controlar los impulsos.

- ✓ Dificultad en reconocer los signos de hambre y saciedad. Sensación de pérdida del autodominio durante los atracones de comida.
- ✓ Sentimiento de culpa y auto repulsión luego de la ingesta (que deriva en el empleo de métodos purgativos); sensación de haber traicionado su aspiración a un peso ideal.
- ✓ Pavor ante la idea de aumentar de peso o engordar.
- ✓ Desagrado ante el propio cuerpo.
- ✓ Aumentada percepción de defectos físicos como la celulitis.
- ✓ Preocupación constante y obsesiva por la comida (la mayoría de las conversaciones con el paciente se refieren al peso, la comida, las calorías, entre otros).
- ✓ Incapacidad de reconocer o aceptar los riesgos que implica su conducta alimenticia, a pesar de contar con información al respecto (o desinterés en cuanto a lo que pueda llegar a acontecer).

B. Cambios conductuales

Con respecto a lo relacionado a ingestas, alimentos y peso:

- ✓ Episodios recurrentes de pérdida de control sobre la ingesta y alimentación compulsiva (atracones), que ocurren generalmente en solitario y en secreto. Durante un atracón los bulímicos consumen comúnmente hidratos de carbono y grasas, de fácil ingesta; los alimentos ingeridos en general son dulces, ricos en calorías y pobres en proteínas, pudiendo llegar la cantidad de alimento que se ingiere hasta 20.000 calorías. El atracón ocurre en cortos períodos de tiempo, donde la comida es ingerida rápidamente, sin dar tiempo a saborearla.
- ✓ La ingesta compulsiva termina debido al malestar abdominal, interrupción externa por aparición de otra persona o recuperación de control.
- ✓ Entre atracón y atracón se reduce la ingesta calórica, siendo escogidos para el consumo alimentos de bajo contenido calórico, "dietéticos", a la vez que son evitados aquellos que engordan o pueden desencadenar un atracón. Los enfermos alteran etapas de control y de descontrol. Al principio, estos ciclos duran una semana, empezando la dieta todos los lunes. Pero luego los ciclos se hacen más

cortos; con el correr del tiempo ninguna comida puede mantenerse en el estómago y cada vez los enfermos comen más compulsivamente, con desesperación.

- ✓ Los bulímicos suelen evitar el desayuno o desayunar muy poco, lo que puede llevar a repetir el ciclo.
- ✓ Mantenimiento del peso (en general normal, o ligeramente superior a lo estipulado para la edad o estatura) a pesar de la dieta que manifiestan llevar a cabo ante terceros.
- ✓ Evitación de situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación. Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares).
- ✓ Aumento de todo lo relacionado con la alimentación y el peso, como lecturas y conversaciones.
- ✓ Conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos.
- ✓ Preferencia por la comida a solas.
- ✓ Preferencia por los alimentos *lights*.
- ✓ Adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos, como vómitos (pueden llegar a vomitar 20 veces por día), ayuno o dieta (que suelen ser muy estrictas y durar uno o dos días), ejercicio extenuante, uso o abuso de laxantes, y empleo de cualquier producto adelgazante (fármacos, hierbas, pastillas, cremas, entre otros).
- ✓ Escondimiento de comida con el fin de evitar sentir tentación.

Con respecto al comportamiento frente a terceros.

- ✓ El paciente demuestra seguir regímenes rigurosos y rígidos.
- ✓ Miedo a verse gordo, salir a la calle y ser visto; en su temor por ser descubierto en su enfermedad, el bulímico cambia de amistades o se aísla.
- ✓ Desaparición de la comida, en caso de que el paciente viva en familia.
- ✓ Preferencia por las comidas a solas; el paciente puede comer en medio de la noche mientras todos duermen.
- ✓ Los pacientes acuden solos a las consultas médicas.

- ✓ Visitas al baño después de comer, con una radio encendida o bajo el pretexto de necesitar una ducha, con la intención de vomitar lo ingerido.

C. Indicios psíquicos

- ✓ Relaciones familiares gravemente alteradas.
- ✓ Fracaso en las relaciones sentimentales.
- ✓ Sentimiento de rechazo o discriminación por parte del entorno.
- ✓ Dificultad para la concentración en algunos casos.
- ✓ Cambios rápidos de carácter y humor.
- ✓ Sentimiento de desamparo, de ser diferente. El bulímico se siente atormentado por la soledad.
- ✓ Sentimientos de culpa y autodesprecio luego de un atracón; la persona bulímica se atormenta por la sensación de pérdida de control.
- ✓ Odio hacia sí mismo.
- ✓ Severa autocrítica.
- ✓ Necesidad de recibir aprobación de los demás respecto de su persona.
- ✓ Cambio en la autoestima.
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Tristeza, llanto frecuente.
- ✓ Decaimiento.
- ✓ Sentimiento de incompetencia, inseguridad en cuanto a las propias capacidades.

D. Indicios fisiológicos

- ✓ Hinchazón de la cara, causada por la inflamación de las glándulas salivales.
- ✓ Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos.
- ✓ Inexplicable pérdida de piezas dentales.
- ✓ Caries y erosión del esmalte dental por efecto del ácido gástrico que causa descalcificación y disolución del esmalte.

- ✓ Peso normal o excesivo, muy raramente peso inferior al normal. Al contrario de lo que ocurre con la anorexia, el aspecto de los afectados de bulimia parece saludable.
- ✓ Presencia del signo de Russell (callosidades en los nudillos de los dedos, por provocarse el vómito)
- ✓ Anemia debido a la falta de hierro y proteínas.
- ✓ Irregularidades menstruales.
- ✓ Sensación de debilidad y fatiga.
- ✓ Dolores musculares.
- ✓ Mareos
- ✓ Dolor de cabeza.
- ✓ Caída del cabello.
- ✓ Piel amarillenta y arrugada por la deshidratación.
- ✓ Estrías a causa del cambio de peso.
- ✓ Diarrea.
- ✓ Episodios de sudoración.
- ✓ Luego del atracón, malestar abdominal, náuseas, dolor.
- ✓ Trastornos a nivel del esófago y del tracto digestivo por la acción de los ácidos gástricos que concentra el vómito, como irritación crónica de la garganta y dolor de estómago, que se presentan cuando el contenido del ácido gástrico ha lesionado la mucosa esofágica, y vómitos de sangre, que aparecen cuando existe lesión esofágica sangrante secundaria a reiterados vómitos.

b.3 Consecuencias

A. Consecuencias físicas

▪ Cardiopatía

Los bulímicos suelen sufrir problemas cardíacos como bradicardia, cambios en la presión arterial (hipotensión arterial), taquicardia, prolapso de la válvula mitral, y arritmia, con riesgo de muerte. Estas alteraciones pueden ser producidas por los vómitos y el uso de laxantes y/o diuréticos.

Son frecuentes alteraciones causadas a causa de cambios hormonales el crecimiento anormal del vello, la caída del cabello; las irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas dos últimas alteraciones se relacionan con la fluctuación de peso, déficit nutritivo o estrés emocional.

- **Problemas sanguíneos**

Hipocalemia (bajos niveles de potasio en la sangre que pueden producir debilidad muscular, temblores, arritmias y, en casos extremos, fallo cardíaco) y anemia en algunos pacientes bulímicos.

- **Problemas gastrointestinales**

El esófago sufre con frecuencia las consecuencias de los vómitos. El contenido ácido del estómago, en contacto con la pared esofágica, es altamente lesivo. Puede producir esofagitis, erosiones, úlceras y sangrado frecuente (vómitos de sangre). La perforación esofágica puede llevar al riesgo mortal.

A nivel estomacal se pueden producir gastritis, vómitos de sangre, reflujo y ardores, dilatación y rotura gástrica y úlcera estomacal. La dilatación aguda del estómago es otra complicación con riesgo de muerte.

A nivel intestinal puede producirse colon irritable, reflujo gastrointestinal y diarreas incontrolables.

Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica, pueden acabar presentando diarreas, constipación, dolores de abdomen, dependencia a este tipo fármacos y en casos extremos parálisis intestinal. Además, puede presentarse mala absorción de ciertos nutrientes.

En contadas ocasiones, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía.

- **Problemas urinarios**

Los bulímicos suelen sufrir nefropatías como infecciones urinarias, retención de líquidos, la difusión renal, daños en el riñón a causa de la deshidratación, pérdida de potasio y empleo de diuréticos.

- **Problemas bucales**

Los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos; puede haber asimismo muchas cavidades en la superficie de los dientes. En algunos individuos las glándulas salivales, se encuentran aumentadas de tamaño.

B. Consecuencias psíquicas

- ✓ Comportamiento autodestructor, como el abuso de estupefacientes y alcohol y el auto-cortado, entre otros.
- ✓ Tendencias suicidas.
- ✓ Obsesión por la comida.
- ✓ Fuerte temor a no parar de ingerir voluntariamente y tener poca capacidad para controlar los impulsos.
- ✓ Falta de autoestima.
- ✓ Depresión.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Relaciones afectivas conflictivas.
- ✓ Dificultadas para relacionarse sexualmente.

b.4 Diagnóstico

Se considera que una persona padece de bulimia nerviosa cuando cumple los siguientes criterios:

- ✓ Episódios recurrentes de ingesta voraz o atracón. (Se define atracón el consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo,

generalmente inferior a dos horas. No se considera atracón ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.). Estos episodios ocurren generalmente a escondidas o lo más disimuladamente posible.

- ✓ Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad, expresado por la sensación de no poder para de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.
- ✓ Realización de conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, para evitar la ganancia de peso, como vómitos autoprovocados, fármacos laxantes y diuréticos, dietas estrictas o ayunos, ejercicio excesivo, entre otros.
- ✓ Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.
- ✓ Preocupación persistente por la silueta y el peso, poniendo el paciente bulímico demasiado énfasis en esos factores al autoevaluarse, y siendo los defectos físicos los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

b.5 Tratamiento

En general, el tratamiento de la bulimia busca interrumpir el vómito, corregir las anomalías metabólicas y normalizar la alimentación. Frecuentemente la bulimia se asocia con depresión y baja autoestima, por lo que los pacientes suelen mejorar con antidepresivos. En los últimos años, se ha demostrado experimentalmente que determinados fármacos antidepresivos son muy eficaces en el tratamiento de la bulimia. La psicoterapia y la terapia familiar a menudo son importantes.

2.2.3.2 Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo, a veces llamados trastornos afectivos, son una categoría en los problemas de la salud mental que incluye todos los tipos de depresión y el trastorno bipolar.

Durante la década de los ochenta, los profesionales de la salud mental comenzaron a reconocer los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, así como también en

adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes no necesariamente experimentan ni exhiben los mismos síntomas que los adultos. Es más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños debido a que ellos no siempre son capaces de expresar sus sentimientos.

Aún se desconoce la causa exacta de los trastornos del estado de ánimo en adolescentes. Existen sustancias químicas en el cerebro responsable de los estados de ánimo positivos. Otras, llamadas neurotransmisores, regulan aquellas sustancias que afectan el estado de ánimo. Es muy probable que la depresión (y otros trastornos del estado de ánimo) se produzca debido a un desequilibrio químico en el cerebro. Ciertos acontecimientos en la vida de una persona, como por ejemplo, los cambios no deseados, pueden también contribuir a que se produzca este desequilibrio.

Los trastornos afectivos suelen presentarse en un mismo grupo familiar y se consideran herencia multifactorial. La expresión herencia multifactorial significa que existen "muchos factores" involucrados que, generalmente, son tanto genéticos como ambientales. Los factores que producen el rasgo o condición generalmente son tanto genéticos y ambientales, con la participación de una combinación de genes de ambos padres.

2.2.3.3.1 Clasificación

A. Trastorno bipolar

El trastorno afectivo bipolar (TAB), conocido popularmente como trastorno bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es un trastorno del estado del ánimo que cuenta con períodos de depresión repetitivos (fases depresivas) que se alternan con temporadas de gran euforia (fases maníacas). Se postula que su causa reside en un desequilibrio electroquímico en los neurotransmisores. El afectado oscila entre la alegría y la tristeza, de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología. Así, el afectado sufre de episodios o fases depresivas o eufóricas (maníacas). Una persona con un trastorno afectivo bipolar también suele ser violento en variadas ocasiones. Tiene tratamiento farmacológico, de ahí que es muy importante que el afectado esté correctamente diagnosticado.

El trastorno afectivo bipolar produce cambios del ánimo patológicos de manía a depresión, con una tendencia a recurrir y a desaparecer espontáneamente. Tanto los episodios maníacos como los depresivos pueden predominar y producir algunos cambios en el estado de ánimo, o los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda. A algunas personas se las denomina cicladores rápidos porque su ánimo puede cambiar varias veces en un día. Otros presentan lo que se llama "estados mixtos", en donde los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa. Cuando el trastorno afectivo bipolar se presenta en niños, generalmente aparece en su forma mixta.

A.1 Diagnóstico

El diagnóstico se basa en las experiencias de las que informa el propio paciente así como anomalías en la conducta referidas por los miembros de la familia, amigos o compañeros de trabajo, seguido por los signos secundarios observados por un psiquiatra, enfermera, trabajador/a social, psicólogo clínico u otro diagnosticador cualificado mediante una evaluación clínica. Existe una lista de criterios que se deben cumplir para que alguien reciba el diagnóstico. Éstos dependen tanto de la presencia como de la duración de determinados signos y síntomas. Los criterios que más se utilizan habitualmente para diagnosticar el trastorno bipolar son los expuestos en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, que actualmente está en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) y también la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relativos a la Salud de la OMS, que actualmente están en la versión ICD-10. Estos últimos criterios son más utilizados en los países europeos mientras que los criterios del DSM se usan en los EEUU o en el resto del mundo, y también son los que prevalecen en los estudios de investigación.

A.2 Clasificación

No hay un consenso claro sobre cuántos tipos de trastorno bipolar existen. En el DSM-IV-TR y el ICD-10, el trastorno bipolar se concibe como un espectro de trastornos que se suceden en un continuo. El DSM-IV-TR lista cuatro tipos de trastornos del estado de ánimo que se ajustan en la

categoría de bipolar: Trastorno bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II, ciclotimia y Trastorno bipolar no especificado.

1) Trastorno Bipolar Tipo I

El trastorno bipolar tipo I se da en aquellos individuos que han experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión mayor. Para el diagnóstico de esta modalidad de acuerdo con el DSM-IV-TR son necesarios uno más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

2) Trastorno Bipolar Tipo II

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por episodios de hipomanía así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaníacos no llegan a los extremos de la manía (es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos) y un historial con al menos un episodio de depresión mayor. El trastorno bipolar tipo II es mucho más difícil de diagnosticar, puesto que los episodios de hipomanía pueden aparecer simplemente como un periodo de éxito con alta productividad y suele relatarse esto con menos frecuencia que cuando se sufre una depresión. Puede darse psicosis en episodios de depresión mayor y en manía, pero no en hipomanía. Para ambos trastornos existe un cierto número de especificadores que indican la presentación y el curso del trastorno, entre otros el de "crónico", "ciclador rápido", "catatónico" y "melancólico". El trastorno bipolar II, que se da más frecuentemente se caracteriza normalmente por al menos un episodio de hipomanía y al menos otro de depresión.

3) Ciclotimia

La Ciclotimia implica la presencia o historial de episodios hipomaníacos con periodos de depresión que no cumplen los criterios de depresión mayor. El diagnóstico de trastorno ciclotímico requiere la presencia de numerosos episodios de hipomanía, intercalados con episodios depresivos que no cumplen completamente los criterios para que existan episodios de

depresión mayor. La idea principal es que existe un ciclado de grado bajo del estado de ánimo que aparece ante el observador como un rasgo de la personalidad, pero que interfiere con su función.

4) Trastorno Bipolar no Especificado

El trastorno bipolar no especificado es un "cajón de sastre", diagnóstico que se utiliza para indicar afecciones bipolares que no encajan en otras categorías diagnósticas. Si un individuo parece sufrir claramente de algún tipo de trastorno bipolar pero no cumple los criterios de alguno de los subtipos mencionados más arriba, se le asigna el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado. Aunque los pacientes por lo general acudirán en busca de ayuda en fase depresiva, es muy importante averiguar a partir del paciente o de la familia de éste si alguna vez se ha dado algún episodio de manía o hipomanía mediante una cuidadosa interrogación. Esto evitará un diagnóstico equivocado de trastorno depresivo y evitará el uso de antidepresivos que pueden desencadenar un cambio a manía o hipomanía o inducir un ciclado rápido. Se ha desarrollado recientemente herramientas de exploración como el *Hypomanic Check List Questionnaire* (cuestionario sobre hipomanía mediante una lista de comprobación, HCL-32) para asistir en la tarea frecuentemente complicada de detectar los trastornos bipolares tipo II.

A.3 Síntomas

Durante la fase depresiva el paciente presenta:

- ✓ Pérdida de la autoestima
- ✓ Ensimismamiento
- ✓ Sentimientos de desesperanza o minusvalía
- ✓ Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados
- ✓ Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses
- ✓ Lentitud exagerada (inercia)
- ✓ Somnolencia diurna persistente
- ✓ Insomnio

- ✓ Problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia
- ✓ Dificultad para tomar decisiones y confusión general enfermiza, ejemplos: deciden un cambio repentino de empleo, una mudanza, o abandonar a las personas que más aman como puede ser una pareja o familiar (cuando el paciente es tratado a tiempo deja de lado las situaciones "alocadas" y regresa a la vida real para recuperar sus afectos y su vida).
- ✓ Pérdida del apetito
- ✓ Pérdida involuntaria de peso
- ✓ Pensamientos anormales sobre la muerte
- ✓ Pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio
- ✓ Disminución del interés en las actividades diarias
- ✓ Disminución del placer producido por las actividades cotidianas

En la fase maníaca se presentan:

- ✓ Exaltación del estado de ánimo
- ✓ Aumento de las actividades orientadas hacia metas (es decir, creen que pueden con todo, llegando a pensar que en pocos meses serán estrellas de cine, o grandes empresarios, y si los contradicen suelen enojarse y pensar que el mundo está en su contra)
- ✓ Ideas fugaces o pensamiento acelerado
- ✓ Autoestima alta
- ✓ Menor necesidad de dormir
- ✓ Agitación
- ✓ Logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando)
- ✓ Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos)
- ✓ Inquietud excesiva
- ✓ Aumento involuntario del peso
- ✓ Bajo control del temperamento
- ✓ Patrón de comportamiento de irresponsable hostilidad extrema

- ✓ Aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual
- ✓ Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas)
- ✓ Creencias falsas (delirios)
- ✓ Alucinaciones (escuchan y ven cosas, o se sienten amenazados por objetos como semáforos, automóviles, entre otros, a los que consideran también sus enemigos, en los peores de los casos).

Los síntomas maníacos y depresivos se pueden dar simultáneamente o en una sucesión rápida en la denominada fase mixta.

A.4 Características

La característica principal es que es “cíclica” (bipolar), es decir etapas normales seguidas de períodos, episodios o etapas maníacas o depresivas, por separado o alternándose.

Las personas que padecen de este trastorno viven cuando están con crisis en los dos extremos opuestos de la vida; cuando están deprimidas, pierden el interés en la vida, llegando a pensar en la muerte y en el suicidio para dejar de sufrir.

De igual modo, cuando están contentos, se llenan de euforia y ven todo de color rosa, se sienten capaces de hacer cualquier cosa, y llegan al extremo de no dormir por considerar que es una actividad innecesaria dentro de su nueva faceta de "inacabable movilidad". En algunos casos la euforia es tal que pueden llegar a cometer acciones que en un estado de conciencia normal no harían, como consumir drogas o gastar dinero hasta la ruina económica propia y familiar. Aparece alrededor de los 20 años, pero también puede aparecer antes o después. A veces empieza a manifestarse después de un parto.

▪ Riesgo de suicidio

Las personas que padecen de trastorno bipolar tienen una posibilidad incrementada tres veces más de poder llegar a cometer suicidio que la de aquellos que padecen de depresiones mayores.

Aunque muchas de las personas que sufren del trastorno realmente nunca logran cometer el suicidio, el promedio anual de suicidio en hombres y mujeres diagnosticadas con la enfermedad es de 10 hasta 20 veces mayor que en la población general. Individuos que padecen del trastorno tienden a tener tendencias suicidas, especialmente durante los estados mixtos.

A.5 Tratamiento

Actualmente no existe cura para el trastorno bipolar, pero puede ser controlado. El objetivo del tratamiento consiste en un control eficaz del curso de la enfermedad a largo plazo, lo cual puede suponer el tratamiento de los síntomas emergentes. Para lograrlo se emplean técnicas farmacológicas y psicológicas. El tratamiento farmacológico se basa en el uso de estabilizadores del estado de ánimo y de las técnicas psicológicas la única que ha demostrado ser eficaz es la psicoeducación. La meta del tratamiento es evitar las crisis y minimizar o eliminar los síntomas sub-sindromáticos. En realidad el tratamiento del trastorno bipolar es simple si consideramos los siguientes aspectos:

1. El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, valproato, carbamacepina, icarbacepina, lamotrigina, topiramato)
2. Los antipsicóticos atípicos no son estabilizadores del estado de ánimo y su uso debe limitarse a los períodos de crisis, y siempre en combinación con un estabilizador del estado de ánimo. Su uso en monoterapia posee un impacto neurocognitivo deteriorante para el paciente.
3. Los antidepresivos tampoco son estabilizadores del estado de ánimo y deben evitarse en pacientes bipolares porque aumentan la frecuencia del ciclado, favorecen la aparición de episodios mixtos y pueden producir viraje a manía. Cuando su uso es imprescindible deben usarse solo durante las crisis y asociados a un estabilizador del ánimo.

B. Distimia

La distimia, también llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo

melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión, se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otras causas.

El trastorno distímico es uno de los más frecuentes entre los trastornos depresivos, que a su vez tienen una alta prevalencia. Se considera que puede afectar entre un 3 y un 5% de la población. El inicio suele ser temprano. Aparece con doble frecuencia en mujeres que en hombres, sola o asociada a otros trastornos psiquiátricos, sobre todo depresiones graves. Es frecuente en su evolución el deterioro social y el abuso de sustancias como alcohol y otras drogas.

B.1 Causas

La distimia, también llamada distimia depresiva, no es sino un estado casi depresivo, probablemente de naturaleza orgánica (genética) aunque activado por una situación de estrés continuado. Acontece con frecuencia en personas sometidas a tensiones constantes, o en personas extremadamente autoexigentes, para las cuales cualquier situación se convierte en estresante.

B.2 Síntomas

A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la distimia, que son menos severos pero más crónicos que los de la depresión grave. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- ✓ Insomnio o hipersomnia.
- ✓ Sensación de déficit de energía vital, cansancio injustificado, fatiga continua.
- ✓ Baja autoestima, sentimiento de incapacidad.
- ✓ Sentimiento de desesperanza, pesimismo.
- ✓ Incapacidad para la toma de decisiones.
- ✓ Tristeza, ansiedad o sensación de "vacío" persistentes.
- ✓ Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban.
- ✓ Llanto excesivo.

- ✓ Mayor inquietud e irritabilidad.
- ✓ Menor capacidad de concentrarse y tomar decisiones.
- ✓ Pensamientos de muerte o suicidas, intentos de suicidio.
- ✓ Aumento de los sentimientos de culpabilidad, desamparo y, o desesperanza.
- ✓ Alteraciones del peso y, o del apetito debido a comer de forma insuficiente o excesiva.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Síntomas físicos que no ceden ante los tratamientos estándar (por ejemplo, dolor crónico, dolor de cabeza).

B.3 Diagnóstico

Para un diagnóstico de distimia, un adulto debe exhibir un estado de ánimo deprimido durante al menos dos años (un año en los niños y adolescentes), junto con por lo menos otros dos síntomas de depresión. Los síntomas de la distimia pueden parecerse a los de otras condiciones psiquiátricas.

B.4 Tratamiento

La distimia es una patología que dura años. Son pocas las personas que se recuperan completamente. Lo habitual es que el tratamiento, sin resolverlo completamente, mejore significativamente el cuadro clínico, precisando el mantenimiento de la terapia de modo crónico.

El tratamiento más eficaz es la asociación de fármacos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina con las psicoterapias conductuales, cognitivas, psicoanalíticas, interpersonales, de grupo (orientadas a modificar la visión distorsionada que tiene el individuo de sí mismo y de su entorno, con énfasis en las relaciones complicadas y la identificación de los factores de estrés en el entorno para aprender a evitarlos). Sin tratamiento, lo habitual es que la distimia evolucione a una depresión mayor, llamada "depresión doble".

Dado que los episodios de distimia suelen persistir por más de cinco años, puede ser necesario el tratamiento a largo plazo de este trastorno.

2.2.3.4 Trastornos del sueño

Las enfermedades del sueño, también denominadas trastornos del sueño, corresponden a un amplio grupo de desórdenes que afectan el desarrollo normal del ciclo sueño-vigilia. Algunos trastornos del sueño pueden ser lo bastante serios como para interferir con el funcionamiento normal físico, mental y emocional.

Pueden afectar el curso del sueño directamente, o hacerlo de manera secundaria. Se distinguen básicamente tres síntomas: insomnio, dificultades para iniciar o mantener el sueño, y sueño excesivo durante las fases de vigilia.

Generalmente los pacientes acuden al médico por tres causas principales:

- ✓ Incapacidad crónica para dormir adecuadamente durante la noche.
- ✓ Fatiga crónica.
- ✓ Una manifestación conductual anormal en el sueño mismo.

En la evaluación y posterior diagnóstico es importante seguir un registro cuidadoso de la historia del paciente, donde la estimación del paciente, y la de los compañeros de cuarto es esencial para el diagnóstico.

2.2.4.1 Clasificación

A. Narcolepsia

La narcolepsia, también conocida como síndrome de Gelineau o epilepsia del sueño, es un trastorno del sueño de origen neurológico cuya prevalencia en la población es muy baja. Se caracteriza por la presencia de accesos de somnolencia irresistible durante el día.

El paciente suele sentirse amodorrado, bien continuamente o en diferentes momentos del día, y en ocasiones, esta somnolencia es tan repentina e intensa que acaba durmiéndose: es lo que se denomina “ataques de sueño”. Algunas personas pueden tener varios ataques de sueño durante el día y estos pueden durar desde pocos minutos a más de una hora.

Puede cursar con cataplejía (parálisis o debilidad extrema bilateral de un conjunto muscular), alucinaciones hipnagógicas (visiones fugaces en la transición vigilia-sueño) o hipnopómpicas (transición sueño-vigilia); incluso puede haber parálisis del sueño, e interrupción del sueño nocturno. De acuerdo con estudios epidemiológicos, la prevalencia de este trastorno en la población adulta se ubica entre un 0,02 y un 0,16%, afectando en forma similar a hombres y mujeres.

A.1 Causas

Las posibles causas que originan este raro trastorno aún no se han logrado determinar, si bien numerosos hallazgos recientes señalan que el concepto de la narcolepsia tiene implicaciones genéticas y hereditarias. Así, las personas que sufren esta enfermedad, tienen, hasta en un 35 por ciento de los casos, algún antecedente directo que ha padecido el mismo trastorno.

Sin embargo, lo que sí se ha demostrado es que determinados factores como la menstruación, el estrés, los cambios súbitos del ritmo vigilia-sueño, afecciones como la mononucleosis infecciosa y los traumas, podrían ser desencadenantes de esta enfermedad.

A.2 Diagnóstico

El diagnóstico de la narcolepsia es relativamente fácil cuando todos los síntomas de la narcolepsia aparecen, pero si solo se presentan ataques de sueño y la cataplejía es suave o no ocurre, el diagnóstico es más difícil y a veces puede ser confundido con otros desórdenes.

Clásicamente, el diagnóstico de narcolepsia requería la presencia de la tétada narcoléptica, formada por:

- ✓ Excesiva somnolencia diurna
- ✓ Cataplejía
- ✓ Alucinaciones hipnagógicas y/o hipnopómpicas
- ✓ Parálisis del sueño

El diagnóstico de narcolepsia en un enfermo con antecedentes sugestivos depende de:

- ✓ la verificación objetiva de la somnolencia diurna excesiva utilizando el test de latencia múltiple del sueño (TLMS) tras el registro de sueño nocturno.
- ✓ la comprobación de una regulación anómala del sueño REM demostrada con comienzo del sueño REM en los primeros diez minutos del comienzo del sueño, ya sea durante el registro nocturno, o bien mediante una o más determinaciones del TLMS.

Muchos expertos en el campo del sueño recomiendan establecer el diagnóstico de narcolepsia aún en ausencia de cataplejía o intrusiones de elementos REM si el individuo presenta de forma evidente un patrón de sueño patológico y dos o más inicios de sueño REM durante un TLMS.

A.3 Síntomas

Entre los enfermos existen grandes variaciones en el desarrollo, gravedad y orden de aparición de los síntomas. Cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente, pero los síntomas más comunes de la narcolepsia, se reflejan, generalmente, en:

- ✓ Somnolencia excesiva
- ✓ Disminución brusca del tono muscular
- ✓ Caídas bruscas de la cabeza
- ✓ Sensación de aflojamiento de rodillas
- ✓ Parálisis del sueño
- ✓ Alucinaciones hipnagógenas (sueños vívidos)
- ✓ Alucinaciones hipnopómpicas.
- ✓ Pérdida de las funciones motrices

- ✓ Estrés
- ✓ Fatiga

La somnolencia diurna incontrolable y los ataques de sueño (que suceden hasta 10 veces al día, normalmente después de las comidas aunque también puede darse cuando la persona está realizando cualquier actividad de la vida cotidiana), se suma, por ejemplo la denominada parálisis del sueño es una incapacidad temporal para hablar o moverse cuando el paciente empieza el sueño, durante el sueño o cuando se despierta, y puede durar desde segundos a minutos.

También es común entre estos enfermos padecer alucinaciones hipnagógicas, que son experiencias muy difíciles de distinguir de la realidad y a menudo aterradoras, y generalmente ocurren mientras, en un ataque de sueño, la persona se queda dormida o comienza a despertar.

Asimismo, la narcolepsia puede estar asociada a la cataplejía o cataplexia, que es la privación severa y repentina del tono muscular sin pérdida de conciencia. Pueden verse afectados un número limitado de músculos o alterar la mayor parte de la musculatura del cuerpo. Así, normalmente, la cabeza cae hacia delante, los brazos caen hacia los lados y las rodillas se doblan, y la duración del ataque es muy variable, pudiendo prolongarse desde unos segundos hasta treinta minutos.

Estos episodios catapléjicos se producen generalmente por emociones intensas como la risa prolongada, el estrés, la fatiga, las comidas abundantes, el enfado, el miedo o la alegría y, a menudo, por sorpresas o por la realización de movimientos bruscos. De igual forma, los ataques pueden presentarse sin relación con ningún factor desencadenante.

A.4 Consecuencias

En la narcolepsia, el cerebro no pasa por fases normales de somnolencia y sueño profundo sino que se va directamente (y sale de) sueño REM. Esto lleva aparejadas varias consecuencias:

- ✓ El sueño nocturno no incluye suficiente sueño profundo, así que el cerebro trata de compensar ese déficit durante el día.

- ✓ Los narcolépticos caen rápidamente en lo que parece un sueño muy profundo.
- ✓ Despiertan súbitamente y se pueden encontrar desorientados. Tienen sueños muy vívidos, que comúnmente recuerdan.

A.5 Tratamiento

Aunque no existe cura para la narcolepsia, su tratamiento intenta controlar los síntomas que condicionan la vida familiar, social, laboral o escolar del paciente. Dicho tratamiento es individualizado, depende de la gravedad de los síntomas y de las características del paciente, ya que, así como los síntomas de la narcolepsia varían de una persona a otra, la respuesta a la medicación también varía.

Por ello, la comunicación fluida entre el médico, el paciente y su familia sobre la respuesta al tratamiento es necesaria para alcanzar y mantener el control de los síntomas, así como para evitar o reducir los efectos secundarios del mismo.

La somnolencia se trata con estimulantes. El metilfenidato se considera el fármaco de elección. También se utilizan con indicación de primera línea, la dextroanfetamina y la metanfetamina, especialmente cuando el metilfenidato es ineficaz. Una reciente incorporación a la terapéutica de este trastorno es el modafinilo: un psicoestimulante indicado para la narcolepsia, con menor potencial de abuso que las drogas anteriores, y con un perfil de efectos secundarios bastante benignos.

El tratamiento de la cataplejía, las alucinaciones hipnagógicas y la parálisis del sueño requiere de la administración de antidepresivos, que son eficaces en parte debido a su potente efecto supresor del sueño REM

2.3 Psicodiagnóstico

Es el proceso por el que, utilizando distintos medios, se alcanza un conocimiento de un sujeto que permite descubrir su personalidad.

Es aquella disciplina psicológica que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto o un grupo de sujetos determinados, en su interacción recíproca con el ambiente y con el fin de descubrir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar su comportamiento.

El psicodiagnóstico se utiliza para describir características psicológicas de un sujeto, predecir para ver si vale la pena hacer un tratamiento (pronóstico); explicar, medir, valorar, diagnosticar, clasificar y evaluar.

2.3.1 Antecedentes

Comúnmente se sitúa el inicio del psicodiagnóstico en la antigua china, donde se evaluaba el nivel de aprendizaje de los niños, así como también evaluaban a los miembros del ejército para verificar las aptitudes que estos tenían para desempeñar ciertos cargos.

Pero no fue hasta 1575, cuando Juan Huarte de San Juan especifica bien lo que es una evaluación psicológica. Su definición partía de que las personas se diferencian en el talento y era muy importante estudiarlo para luego poder predecir la evaluación y profesión del futuro.

El psicodiagnóstico es una rama de la Psicología, de gran valor para los diversos fines de la evaluación psicológica, clínica, laboral, educacional y social. Desde los textos de la antigüedad aparecen citas en que se diferenciaban unos hombres de otros, pero es en 1978 con el surgimiento de la Psicología experimental, creada por Wilhem Wundt en Alemania, que se le da un mayor impulso al uso de los test psicológicos. En 1921 aparece por primera vez el término psicodiagnóstico, en un artículo publicado por Hermann Rorschach, acerca del test de las Manchas.

Galton 1822 - 1911, es el padre de la psicología diferencial. Sus estudios se centraron en la inteligencia (que era innata), creía que por su carácter hereditario se podía conseguir una mejora, a través de la eugenesia. Llevó a la vida cotidiana los conocimientos del laboratorio. Elaboró la

primera tabla para comparar a una persona con la mayoría. Pero hasta 1883 no publica su obra más importante, donde aparecen los primeros bocetos del test.

Galton mostró interés en cuantificar las características humanas, recopilar empíricamente y sistemáticamente información y aplicar en ésta la estadística. Estudió las diferencias individuales.

Cattell 1861 – 1934. Su centro fue el estudio diferencial de los tiempos de reacción. Trabajó con Wundt y Galton. Tenía un gran interés en que las pruebas fuesen objetivas, sin sesgos del investigador. Comenzó una aplicación masiva de los test.

Binet (1857 – 1911) habla de una nueva evaluación psicológica y de la inteligencia y de las facultades psicológicas superiores (memoria, atención, imaginación...). Con la ayuda de Simon inicia la escala que dará como resultado la de Standford - Binet. Aparece por primera vez el concepto de C.I y se piden unas condiciones: que las tareas sean sencillas, independientes del observador y que sean replicables. Creía que debía realizarse un examen médico antes de pasar un test para probar la ausencia de problemas físicos. También incluye como variables en el resultado del test la cultura y la educación.

2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico

Existen tres tipos de psicodiagnóstico, los cuales se enumeran y se describen a continuación:

a) Patognomónico

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

Detección de signos, con carácter excluyente, que posibiliten la identificación inequívoca de una enfermedad o trastorno determinado

Ejemplo; retraso psicomotor, déficits en el crecimiento y desarrollo y anomalías cráneo-faciales, son características del síndrome alcohólico fetal.

b) Estadístico

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

Presencia de una combinación de signos constitutivos de un cuadro determinado.

Ejemplo; Hiporexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnias, disminución de la autoestima, distraibilidad, abulia, desesperanza, estado de ánimo deprimido, presente la mayor parte del día, alrededor de dos años son características del trastorno distímico.

c) Sistemático

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

Elaboración de un constructo explicativo hipotético que permite integrar los resultados obtenidos en alguna nosografía específica.

Ejemplo; concepto de inconsciente → fenomenología de los trastornos somatomorfos.

2.3.3 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico

Se incluyen una serie de técnicas y procedimientos encaminados a detectar características psicológicas de sujetos o colectividades. Puesto que se supone que estas características pueden medirse de algún modo, el concepto de psicodiagnóstico es asimilable al de evaluación sistemática en condiciones específicas y en relación con estímulos concretos. Los primeros métodos que se utilizaron en psicodiagnóstico estuvieron relacionados con la astrología, quiromancia y métodos parapsicológicos, que admitían que el concurso de fuerzas ciegas e incontrolables eran las responsables de los rasgos y determinantes comportamentales de cada persona.

Lejos ya de aquellos primeros acercamientos, el psicodiagnóstico en los días actuales se sigue encontrando con los problemas de fundamentación científica y elección de métodos adecuados para llevarlo a cabo. Debido a esto se describen a continuación una serie de técnicas, las cuales son las más utilizadas en el proceso de psicodiagnóstico.

1. Entrevista psicológica

Es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología, con el cual no solo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica. Identifica en el psicólogo las funciones de investigador o de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre las ciencias y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. Se incluye la técnica y la teoría de la técnica en la entrevista psicológica.

✓ Utilidad

Según Martorell; la entrevista psicológica es un intercambio verbal en el cual existen dos roles bien definidos, el del entrevistador y el del entrevistado, donde el primero intenta obtener información sobre opiniones, creencias, ideas, actitudes conocimientos, entre otros; del segundo y este responde e intenta adecuarse a las demandas del primero, por lo tanto la entrevista es un proceso de interacción con un fin determinado.

✓ Tipos de entrevista

La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales:

a) La entrevista cerrada

Es cuando las preguntas ya están previstas, tiene un orden y una forma de ser planteadas que no pueden ser modificadas, es como un cuestionario.

b) La entrevista abierta

El entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas, para las intervenciones, permitiendo toda flexibilidad particular. Hay una flexibilidad que permite que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica, o dicho de otra manera, que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado.

Considerada de esta manera, que la entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado, y la cerrada permitir una mejor comparación sistemática de datos.

✓ Estructura

La estructura se basa en un marco de preguntas predeterminadas y se establecen antes que inicie la entrevista y todo solicitante debe responderla. El entrevistador conoce en detalle los objetivos de la entrevista. Se planifica la entrevista y se definen las áreas que se van a explorar, el tiempo a utilizar y la formación que se entregará a los entrevistados.

Entre las ventajas y limitaciones están:

✓ Ventajas

- Permite hacer preguntas abiertas
- Permite hacer uso adecuado de los silencios
- Usar preguntas de auto evaluación
- Permite mantener el control de la entrevista y su estructura
- Permite registrar información
- Permite personalizar preguntas

✓ Limitaciones

- Si es mal llevada puede inducirse respuestas
- Si es mal planificada o mal llevada, podría resultar una fuente de información poco confiable.
- Se puede caer en prejuicios
- Se puede crear excesiva tensión

✓ Clasificación de la entrevista

Hay distintas modalidades de entrevista: no estructuradas, estructuradas, semi- estructuradas, de solución de problemas y provocadoras de tensión.

a) Entrevista no estructurada

Se trabaja con preguntas abiertas, sin un orden preestablecido, adquiriendo características de conversación.

Esta técnica consiste en realizar preguntas de acuerdo a las respuestas que vayan surgiendo durante la entrevista. Tiene el inconveniente de que puede pasar por alto áreas de aptitud, conocimiento o experiencias del entrevistado, al obviar preguntas importantes del tema a tratar. En este sentido, la entrevista no resulta satisfactoria, porque se pierde información que puede ser de interés.

La entrevista no estructurada puede plantear cuestiones previas que serán indagadas en la entrevista, o puede desarrollarse sin preparación, pretendiendo que el entrevistado exprese su situación. Entre sus principales características hay que destacar:

- El entrevistador no tiene una batería de preguntas para hacer
- Solo se tiene una idea de lo que se va a preguntar
- Las preguntas que se hacen dependen del tipo y características de las respuestas

b) Entrevista estructurada

La entrevista estructurada se caracteriza porque se realiza a partir de un cuestionario previamente elaborado que se aplica de forma sistemática, tanto en el contenido de las preguntas como en su orden. Tiene la ventaja de disminuir los sesgos del entrevistador.

Siempre se sigue el mismo orden y se cuida que el lenguaje sea comprensible para el entrevistado.

Este tipo de entrevista mejora la confiabilidad, pero no permite que el entrevistador explore ciertas respuestas interesantes o poco comunes. Por eso la impresión de entrevistador y entrevistado suele ser la de estar sometidos a un proceso mecánico.

Sus principales características son:

- El entrevistador tiene escritas las preguntas que tiene que hacer.
- Las preguntas se encuentran distribuidas según una secuencia lógica (de menor a mayor dificultad, generalmente).
- Esta técnica permite comparar las respuestas a las preguntas formuladas.
- La entrevista estructurada permite realizar una diferenciación más directa, aunque limita la información.

c) Entrevista semi- estructurada

La entrevista mixta cuenta con preguntas ya elaboradas, pero se pueden modificar o anexar otras en el momento de llevar a cabo la sesión. Con este método se obtienen mejores resultados, ya que permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información.

Los entrevistadores despliegan una estrategia mixta, con preguntas estructuradas y no estructuradas. La parte estructurada proporciona una base informativa que permite un análisis detallado del entrevistado. La parte no estructurada añade interés al proceso y da a conocer características específicas del entrevistado.

d) Entrevistas de solución de problemas

Las entrevistas de solución de problemas se centran en un asunto o en una serie de ellos que se espera que resuelva el entrevistado. Con frecuencia se trata de soluciones interpersonales hipotéticas, que se presentan al entrevistado para que explique cómo las enfrentaría.

Se evalúan tanto la respuesta como el enfoque que adopta el entrevistado. Esta técnica de entrevistas se centra en un campo de interés muy limitado. Revela en primer lugar la habilidad del entrevistado para resolver el tipo de problemas presentado. El grado de validez sube si las situaciones hipotéticas son similares a las que incluye la situación real del entrevistado. La entrevista podría constar de diez situaciones similares a la siguiente:

Usted debe decidir entre los candidatos a una promoción. El candidato A es leal cooperativo. puntual El candidato B se queja con frecuencia sobre varios aspectos y es descortés pero obtiene los mejores resultados en su departamento. ¿A quién recomendaría para la promoción? ¿Por qué?

e) Entrevistas de provocación de tensión

Es aquella en la que se emplean modos y actitudes que tienen como objetivo provocar tensión en el entrevistado.

El entrevistador necesita saber cómo reacciona el entrevistado al elemento presión. Personas con poco control emocional suelen perder el control por lo que se pueden detectar los engaños preguntando minuciosamente al entrevistado.

Hay diferentes métodos de inducir situaciones de tensión. Las más habituales son:

- Criticar las opiniones del aspirante acerca de algunos temas
- Interrumpir al entrevistado
- Guardar silencio durante un largo periodo de tiempo después de que el candidato haya acabado de hablar.

Otras veces no es sólo el entrevistador el que puede generar una situación tensa. En ocasiones son los propios entrevistados los que no son fáciles de entrevistar, ya que son ellos los que intentan conducir y dirigir la entrevista, ya sean o no conscientes de ello.

Sin embargo, este método debe aplicarse con extremo cuidado. No se debe usar con personas que, en una situación tensa, hayan mostrado signos de desequilibrio emocional.

Normalmente, no se debe usar al comienzo de la entrevista porque este proceder imposibilita la comparación entre el comportamiento normal del entrevistado y el que se produce bajo tensión.

Tampoco debe usarse al final de la entrevista porque es recomendable dar al entrevistado la oportunidad de recobrase de la tensión antes de su terminación.

✓ El entrevistador

El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, que entra en juego en la relación interpersonal; con el agravante de que el objeto que debe estudiar es otro ser humano; el contacto directo con seres humanos enfrenta así al técnico con su propia vida, su propia salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones. Si no gradúa este impacto su tarea se hace imposible: o tiene mucha ansiedad y entonces no puede actuar, o bien bloquea la ansiedad y la tarea es estéril.

El entrevistador debe operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo fuera de esta identificación, observando y controlando lo que ocurre, a manera de graduar así el impacto emocional y la desorganización ansiosa. Esta disociación con la que tiene que operar el entrevistador es a su vez funcional o dinámica, en el sentido que tiene que actuar permanentemente la proyección e introyección, y tiene que ser lo suficientemente plástica o “porosa” para que pueda permanecer en los límites de una actitud profesional.

Una mala disociación con intensa y permanente ansiedad, hace que el psicólogo desarrolle conductas fóbicas u obsesivas frente a sus entrevistas, y entonces evita hacer entrevistas o interpone instrumentos y test para evitar el contacto personal y la ansiedad consiguiente.

La defensa obsesiva se manifiesta en cambio en entrevistas estereotipadas en que todo está arreglado y previsto, en la elaboración rutinaria de historias clínicas; la entrevista se transforma en un ritual.

Otro riesgo es el de la proyección de los propios conflictos sobre el entrevistado y una cierta compulsión a ocuparse, indagar o hallar perturbaciones en la esfera en que las está negando en sí mismo.

El entrevistador tiene que jugar los roles que le son promovidos por el entrevistado, pero sin asumirlos en totalidad. Jugar el rol significa percibir el rechazo, comprender; hallar los elementos que lo promueven, las motivaciones del entrevistado para que ello ocurra y utilizar esta información para esclarecer el problema o para promover su modificación en el entrevistado.

Cuanto más psicópata sea el entrevistado, tanto más fácil se posibilita que el entrevistador asuma y actúe los roles. Asumir el rol implica la ruptura del encuadre de la entrevista. Fastidio, ira, bloqueo, lástima, cariño, rechazo, seducción, entre otros. Son todos los indicios contra-transferenciales que el entrevistador debe percibir como tales en la medida en que se producen y tiene que resolverlos analizándolos para sí mismo en función de la personalidad del entrevistado, de la suya propia y en función del contexto y el momento en que aparecen en la comunicación.

✓ El entrevistado

En términos generales, para que una persona concurra a una consulta, debe haber llegado a una cierta percepción o insight, es que algo no anda bien, de que algo ha cambiado o modificado o bien, se percibe a sí mismo, con ansiedad y temores.

Schilder ha reunido en cinco grupos los individuos que concurren al médico, ellos son: 1) lo que concurren por quejas corporales; 2) por quejas mentales; 3) por quejas debidas a la falta de éxito; 4) por quejas referentes a dificultades en la vida diaria; 5) por quejas de otras personas.

Siguiendo en cambio la división de P. Riviere de las áreas de conducta, se puede considerar tres grupos, según que el predominio recaiga sobre los síntomas, quejas o problemas en el área de la mente, del cuerpo o del mundo externo. El paciente puede tener quejas o acusaciones, en el primer caso predomina la ansiedad depresiva mientras que en el segundo la ansiedad paranoide.

Se puede reconocer y diferenciar entre el entrevistado que viene a la consulta del que traen o aquel que lo han mandado. El que viene, tiene un cierto insight de su enfermedad y corresponde al paciente neurótico; mientras que el psicótico, en cambio, es traído. El que no tiene motivos para venir pero viene porque lo han mandado, corresponde a la psicopatía: es aquél que hace actuar a otros y delega en otro sus preocupaciones y malestares. El que viene a la consulta es siempre un emergente de los conflictos grupales de la familia; se diferencian además entre el que viene solo y el que viene acompañado, que representan distintos grupos familiares.

El que viene solo es un representante de un grupo familiar esquizoide, en el que la comunicación entre sus miembros es precaria, vienen dispersos o separados, con un grado acentuado de bloqueo afectivo. Otro grupo familiar es aquél en el cual vienen varios a la consulta y el técnico tiene la necesidad de preguntar quién es el entrevistado o por quién vienen; es el grupo epileptoide, con un alto grado de simbiosis o interdependencia. Otro tipo es el que viene acompañado por una persona, familiar o amigo, que es el caso del fóbico que necesita acompañante.

En los grupos que concurren a la consulta, el psicólogo no tiene por qué aceptar el criterio de la familia sobre quién es el enfermo, sino que debe actuar considerando a todos sus miembros implicados y al grupo como enfermo. En estos casos, el estudio del intercambio de roles y de la dinámica del grupo son los elementos que sirven de orientación para hacer tomar insight de la situación a todo el grupo.

✓ Entrevista, consulta y anamnesis

La consulta consiste en la solicitud de asistencia técnica o profesional, la que puede ser prestada o satisfecha de múltiples formas, una de las cuales puede ser la entrevista. Consulta no es sinónimo de entrevista, porque esta última es sólo uno de los procedimientos con los que el profesional puede atender la consulta.

La entrevista no es una anamnesis. La anamnesis implica recopilación de datos previstos, de tal extensión y detalle, que permita obtener una síntesis tanto de la situación presente como de la historia de un individuo, de su enfermedad y de su salud. La preocupación y la finalidad residen en la recopilación de datos y el paciente queda reducido a un mediador entre su enfermedad, su vida y sus datos por un lado y el médico por el otro.

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico de esta relación es que uno de los integrantes es un técnico de la psicología que debe actuar ese rol, y el otro necesita de su intervención técnica. Consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber qué es lo que está pasando en la misma y debe actuar según este conocimiento. La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino de su comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que se recogerá escuchando, vivenciando y observando, de tal manera que quedan incluidas las 3 áreas del comportamiento del entrevistado.

✓ La entrevista como proceso

La entrevista ha sugerido que esta es un proceso, o un sistema de procesos, y la palabra proceso supone, naturalmente, un cambio. Es decir una manera de considerarlo que ayudará al entrevistador a seguir la pista de todo cuanto está ocurriendo. Una clase de cambio que puede producirse en una situación-entrevista es un cambio en la actitud del entrevistado.

Así, es muy importante darse cuenta de que hay dos grupos de procesos dirigidos al entrevistador: uno es la actitud directa del entrevistado hacia él; y el otro es parte de las

actuaciones del entrevistado, que están fielmente relacionadas con la supuesta actitud del entrevistador.

Impresiones generales obtenidas en las etapas del recibimiento formal del paciente, el comienzo formal de la entrevista y el reconocimiento. Los cambios de esas impresiones generales iniciales que se observan durante el curso posterior de la entrevista son útiles como datos.

Después de haber obtenido esta impresión más general, empieza a analizarla desde distintos puntos de vista. Primeramente considera la entrevista en términos de su vigilancia general, es decir cuan alerta está y en cuantas aéreas, así como cuan claramente las implicaciones evocadas en su mente por las observaciones y preguntas de la otra persona, están relacionadas con lo que podría razonablemente esperarse. Simultáneamente el entrevistador desarrolla una impresión sobre la "inteligencia" del entrevistado.

La destreza verbal está íntimamente relacionada con la inteligencia, pero si solo hubo una oportunidad para el desarrollo de las capacidades verbales. Finalmente este grupo de características muy generales, es posible que el entrevistador advierta la correspondencia del entrevistado.

Es probable que sean suficientemente sensitivas tales como índices tonales menores, de tal modo que le es posible, como un mínimo de preguntas molestas, captar o comprender esas cosas que resultan embarazosas de comunicar para otras personas. La correspondencia incluye un grupo de complejos elementos de la personalidad que, a igual que otras cosas, contribuyen a facilitar el vivir y que en su manifestación más elevada, quizá componen lo que ordinariamente se le llama "tacto".

✓ El grupo en la entrevista

Entrevistador y entrevistado constituyen un grupo. Se diferencia de otros grupos más generales, en que uno de sus integrantes asume un rol específico y tiende a cumplir determinados objetivos.

La interdependencia e interrelación, el condicionamiento recíproco de sus respectivas conductas, se realiza a través del proceso de la comunicación, entendiéndose por tal, el hecho de que la conducta de uno (consciente o no) actúa (en forma intencionada o no) con estímulo para la conducta del otro, y a su vez, ésta re-actúa en calidad de estímulo para las manifestaciones del primero. En este proceso la palabra juega un rol de enorme gravitación, pero interviene también activamente la comunicación pre-verbal: gestos, actitudes, timbre, y tonalidad afectiva de la voz, entre otros.

El tipo de comunicación que se establece es altamente significativo de la personalidad del entrevistado, especialmente del carácter de sus relaciones interpersonales, es decir de su modalidad para relacionarse con sus semejantes.

✓ Transferencia y contra-transferencia.

La transferencia es la actualización de sentimientos actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado; que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso de su desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar. La observación de estos fenómenos se pone en contacto con aspectos de la conducta y de la personalidad del entrevistado que no entran entre los elementos que él puede referir o aportar voluntaria o conscientemente, pero agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y al carácter de sus conflictos.

En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se compone en función de las mismas. Con la transferencia el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él.

En la contra-transferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tiene sobre él. Dependen de alto grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un

momento dado en la entrevista es porque en ese momento hay factores que se operan para que ellos actúen así.

✓ Funcionamiento de la entrevista

Lo que ofrece el entrevistador debe ser lo suficientemente ambiguo como para permitir la mayor puesta en juego de la personalidad del entrevistado.

Existe un límite donde la ambigüedad no debe existir, éste cubre todos los factores que intervienen en el encuadre de la entrevista: tiempo, lugar y rol técnico del profesional. El tiempo se refiere a un horario y un límite en la extensión de la entrevista; el espacio abarca el marco o el terreno ambiental en el cual se realiza la entrevista. El rol técnico significa que en ningún caso el entrevistador debe permitir ser presentado como un amigo en un encuentro fortuito. Tampoco debe el entrevistador entrar con sus reacciones ni con el relato de su vida, tampoco entrar en relaciones comerciales o de amistad, ni pretender ningún beneficio de la entrevista que no sean sus honorarios y su interés científico o profesional.

La curiosidad debe limitarse a lo necesario para el beneficio del entrevistado. Todo lo que sienta como reacción contra-transferencial debe ser considerado como un dato de la entrevista, no debiendo responder ni actuar frente al rechazo, la rivalidad o la envidia del entrevistado. La petulancia o actitud arrogante o agresiva del entrevistado no debe ser ni cómoda ni sometida; no se trata ni de triunfar ni de imponerse al entrevistado. Lo que corresponde es averiguar a qué se deben, como funcionan y qué efectos acarrea al entrevistado.

La apertura de la entrevista tampoco debe ser ambigua, pronunciando frases generales o de doble sentido. El entrevistado debe ser recibido cortésmente pero no efusivamente, si se tiene datos del entrevistado proporcionada por otra persona, se le debe informar tanto como anticipar al informante, al comienzo de la entrevista que estos datos no serán mantenidos en reserva. La reserva del entrevistador para con los datos que proporciona el entrevistado se halla implícita en la entrevista, y si de la misma se eleva un informe a la institución, esto debe también conocerlo el entrevistado. La reserva y el secreto profesional rigen también para los enfermos psicóticos y para el material de las entrevistas con los niños; en este último caso, no debe sentirse autorizado para relatarle a los padres detalles de la entrevista con sus hijos.

El fin de la entrevista debe ser respetado como todo el encuadre, y la reacción a la separación es un dato de gran importancia, tanto como la evaluación de cómo se va el entrevistado y cómo queda el terapeuta contra-transferencialmente con él.

✓ La interpretación

Una interrogante frecuente e importante es el de si se debe interpretar en las entrevistas realizadas con fines diagnósticos. En este sentido hay posiciones muy variadas, entre las que se cuenta, por ejemplo, la de Rogers, quien no sólo no interpreta sino que tampoco pregunta, alentando al entrevistado a proseguir recurriendo a distintas técnicas.

En la entrevista diagnóstica se debe interpretar por sobre todo cada vez que la comunicación tienda a interrumpirse o distorsionarse. Otro caso muy frecuente en el que se tiene que intervenir es para relacionar lo que el mismo entrevistado ha estado comunicando. Para interpretar, el terapeuta debe guiar por el monto de ansiedad que está resolviendo y por el monto de ansiedad que crea, teniendo en cuenta también si se va a dar otras oportunidades para que el entrevistado pueda resolver ansiedades que va a movilizar. En todos los casos, se debe interpretar sólo sobre emergentes, sobre lo que realmente está operando en el aquí y ahora de la entrevista.

Además, siempre que se interprete, se debe saber que la interpretación es una hipótesis que debe ser verificada o rectificada en el mismo campo de trabajo por la respuesta que se moviliza o condiciona al poner en juego dicha hipótesis. El óptimo alcance de una entrevista es el de la entrevista operativa, en la cual se tiende a comprender y esclarecer un problema o una situación que el entrevistado aporta como centro o motivo de la entrevista.

✓ La terminación de la entrevista

Una parte importante de toda entrevista psicológica es su terminación o interrupción. Lo importante es consolidar todo el progreso que pueda haberse alcanzado durante la sesión o serie de sesiones.

Este progreso está representado, no por las interpretaciones que han sido hechas por el entrevistador, sino por el grado hasta el cual el propósito, la experiencia del entrevistado de obtener algún beneficio que sea duradero, como resultado de la experiencia. Los datos del entrevistador son valederos únicamente hasta donde el tenga un vivo interés en cuidar que el entrevistado logre algo útil, constructivo, de la entrevista realizada.

La consolidación del propósito de la entrevista es realizada, en términos generales, mediante las cuatro medidas que siguen:

- ❖ El entrevistador formula una declaración final al entrevistado; en la cual se resume todo cuanto ha sabido durante el curso de la entrevista.
- ❖ El entrevistador da al entrevistado una prescripción de acción, en la cual el entrevistado deberá empeñarse en adelante.
- ❖ El entrevistador hace una apreciación final de los probables efectos sobre el curso de la vida del entrevistado, que puede razonablemente esperarse de la declaración y la prescripción.
- ❖ Sigue después la despedida oficial, entre el entrevistador y el entrevistado.

La segunda medida que debe adoptarse para la consolidación de los resultados de una entrevista, consiste en una prescripción de acción, que deberá ser seguida en adelante por el entrevistado. El entrevistador deberá ofrecer tal prescripción y proyecte un acto siguiente con el entrevistado o considere que presumiblemente esa será su entrevista final con el mismo.

✓ La apreciación final

La tercera medida en la terminación de la entrevista es la apreciación final por el entrevistador, es cuestión de que el entrevistador proporcione algún pensamiento sobre la manera en que el entrevistado va a tomar lo que ha sido ofrecido en esa entrevista final.

✓ La despedida formal

Llega la medida que en realidad puede causar un notable daño si se realiza de mala manera, la despedida formal. De la misma manera que el comienzo formal de la situación entrevista es de suma

importancia, también es muy importante que el entrevistador encuentre, lo antes que le sea posible, alguna manera de desprenderse de la situación entrevista sin la menor torpeza y sin perjudicar la labor que ya ha realizado. En una situación en la que el psiquiatra no volverá a ver más al paciente.

2. Observación

La observación podría definirse como la percepción atenta sobre algún fenómeno de la realidad a través de los sentidos sensoriales con la finalidad de llegar a un conocimiento significativo de esta.

Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dando garantías suficientes a la hora de la recogida de datos. Ahora está muy sistematizada.

Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre).

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

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

✓ Fases de observación

- Se coge un Problema. Se especifica lo que ha de ser observado.
- Recogida de datos
- Definir las variables a observar.
- Costo, tiempo y económico.

- Decidir el muestreo de datos.
- Análisis e interpretación de los datos recogidos.
- Elaborar conclusiones o incluso replanteamientos.
- Comunicación de los resultados. Informe sobre si los hallazgos son o no relevantes.

✓ Características de un buen observador

- Poseer espíritu de observador.
- Que sus sentidos sensoriales funcionen adecuadamente.
- Atención poderosa y constante.
- Ser capaz de distinguir entre un hecho objetivo y una interpretación subjetiva.
- Ser curioso y preocuparse de los detalles.
- Ser imparcial y honesto.

✓ Ventajas

- No requiere gran infraestructura en su aplicación.
- Utilizado con aplicación entrega un gran caudal de información de un sujeto o de una gran cantidad de ellos.
- Es fácil determinar la validez de lo observado cotejándolo con la realidad.
- No es necesario de un marco estadístico matemático complejo para establecer ciertos conocimiento básicos que expliquen causalmente el comportamiento de o los sujetos.
- Permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad.
- Permite percibir formas de conducta que en ocasiones no son demasiado relevante para los sujetos observados.
- Existen situaciones en las que la evaluación solo pueda realizarse mediante observación.
- No se necesita la colaboración activa del sujeto implicado.

✓ Limitaciones

- No puede penetrar en las profundidades de la vida mental.
- Es posible que el sujeto falsee sus manifestaciones.
- Es posible que el observador se equivoque en sus observaciones.
- Los datos que se proporcionan son ambiguos, respecto a la relación causa – efecto.
- En ocasiones es difícil que una conducta se presente en el momento que se decide observar.
- La observación es difícil por la presencia de factores que no se han podido controlar.
- Las conductas a observar algunas veces están condicionadas a la duración de las mismas o porque existen acontecimientos que dificultan la observación.
- Existe la creencia de que lo que se observa no se puede cuantificar.

✓ Sistematización de la observación

Hay tres grados de sistematización de la observación:

a) No sistematizada, ocasional o no controlada

Escrutinio muy cuidadoso de situaciones de la vida real, previamente establecidas pero en las que no se intentan utilizar instrumentos de precisión, ni tampoco se quiere comprobar la exactitud de los fenómenos observados. Se presta gran atención a lo que se observa y se debe estar muy preparado para captar lo que ocurre. Es no estructurada, no sistematizada, pero muy abierta. Normalmente esto se utiliza cuando se conoce poco del hecho a observar; en situaciones poco conocidas, complejas o poco definidas.

b) Sistematizada o controlada

La más utilizada en ciencias humanas y psicología. Es preferible a la anterior. Su propósito es descubrir y precisar con exactitud determinados elementos de conducta que poseen un valor predictivo.

c) Observación muy sistematizada.

Caracterizada por cumplir:

- Las variables que van a ser observadas están aisladas y basadas en una teoría explícita.
- No se va a registrar nada que no caiga dentro de una categoría preestablecida.
- Las situaciones de partida están sometidas a riguroso control, para que se puedan comparar con situaciones similares o se puedan replicar.

✓ Auto-observación

Es cuando el observador es a su vez el sujeto observado. Tiene el mayor grado de participación. Para auto observarse correctamente se necesita de la introspección. (hacer objetivo lo subjetivo).

La auto observación se usa como técnica de evaluación y como método terapéutico. Requiere entrenamiento y determinadas características personales. Requiere también recogida de datos. El hecho de observar en sí mismo una conducta problema lleva a que el sujeto la auto dirija y la auto controle. Con conductas que están fuertemente consolidadas (ej.: fumar) hace que se rompa la cadena de conductas sucesivas y ayuda a modificarlas. (Reactividad de la conducta problema que hace que se modifique esta conducta por otra).

✓ Tipos de observación

Existen cuatro tipos principales de observación, los cuales se describen a continuación:

a) Observación casual

Consiste en la observación incidental, al azar, que se puede realizar en cualquier momento de la Jornada diaria, cuando un hecho llama la atención al observador.

b) Observación deliberada naturalista

Consiste en la observación planificada y organizada que ocurre en un lapso preciso y en un momento determinado, sin interferir en la actividad del individuo. Se llama naturalista porque se

trata de observar el fenómeno al natural respetando los procesos y observando todas las variables del sujeto observado.

c) Observación focalizada

Consiste en la observación de un niño o niña en relación a un aspecto determinado. Se llama focalizada porque existe en foco de interés.

d) Observación participativa

Se refiere a la modalidad según la cual no solo se observa pasivamente, sino que se genera interacción del docente para, comprender y apreciar aquellos aspectos difíciles de observar en forma natural.

3. Test

Los tests psicológicos son instrumentos experimentales y estandarizados que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo.

Debido a que las pruebas psicológicas son muy variadas en cuanto a su extensión, calificación, tiempo empleado en aplicarlas, entre otros aspectos, se hace necesario emplear más de un criterio para clasificarlas. En el presente trabajo las clasificamos según el aspecto que miden, según el método que utilizan y según la forma de aplicación y el material que utilizan.

✓ Propósitos

A. Predicción

- Los test psicológicos permiten evaluar el comportamiento, capacidades mentales y otras características, con el objeto de hacer predicciones sobre el comportamiento en una actividad futura.

- El énfasis se encuentra en las diferencias entre personas
- Ejemplos:
 1. Pruebas educativas (propósitos vocacionales)
 2. Pruebas de Selección de personal (aceptar, promover o cambiar a empleados en situaciones laborales).

B. Diagnóstico

- Permite identificar capacidades y potencialidades
- Asimismo, también permite reconocer carencias o dificultades (para corregirlas).
- Énfasis en diferencias intra individuales.
- Ejemplo: diagnosticar y prescribir tratamientos

C. Investigación

- Incluye los dos propósitos previos.
- Se debe determinar Validez del test
- Adaptaciones a otros contextos.
- Elaboración de técnicas novedosas
- Economía del test

✓ Factores que miden los test

a) Personalidad

Conjunto de características o patrón de sentimientos y pensamientos ligados al comportamiento, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que persiste a lo largo del tiempo frente a distintas situaciones distinguiendo a un individuo de cualquier otro haciéndolo diferente a los demás.

b) Actitudes

Es una disposición mental del individuo a actuar a favor o en contra de un objeto definido.

c) Intereses

Organización de motivos que predisponen a un sujeto a prestarle atención a ciertos hechos de su ambiente más que a otros y necesariamente incluyen predisposiciones heredadas y experiencias pasadas.

d) Habilidad

Capacidades del individuo para responder.

e) Eficiencia

Lo que el sujeto puede hacer en cada momento, sin preparación previa.

f) Potencialidad

Reacciones que un sujeto puede aprender a hacer, si se le da la experiencia y el entrenamiento necesario.

g) Capacidad

El más alto nivel de habilidad de un sujeto que se espera después de un amplio entrenamiento y experiencia.

h) Aptitudes

Término más amplio que potencialidad, incluye factores como eficiencia, personalidad, temperamento e intereses.

✓ Clasificación de las pruebas psicológicas

Según los factores que miden las pruebas psicológicas, se clasifican en test de personalidad, de actitudes, de intereses, de habilidades, de eficiencia, de potencialidad, de capacidad, entre otros.

Los test según el método que utilizan, pueden ser proyectivos y directos.

Otra forma de clasificar los test, es según la forma de aplicación, siendo estos, individuales y colectivos o grupales. Según el material que se usa para su aplicación, los test pueden clasificarse en verbales, de papel y lápiz y de ejecución.

✓ Forma de administración

a) Individual

Estos test tiene la ventaja de darle al psicólogo la posibilidad de observar de cerca al sujeto y a veces estas pruebas son más sensibles para evaluar las características especiales y se utilizan cuando la motivación del sujeto es dudosa.

Sin embargo, son más costosos, porque requieren a veces de mayor tiempo para recolectar datos en una gran cantidad de sujetos y de un administrador altamente entrenado. Usado principalmente en evaluaciones clínicas o infantiles. Se debe establecer *rapport* con el examinado. Ejemplo: Test de Rorschach.

b) Colectiva

Requiere condiciones especiales de aplicación. Un examinador por cada 25 evaluados. Se usan para recolectar rápidamente datos de una gran cantidad de personas, se aplican a un número alto de personas al mismo tiempo y en forma rápida, tienen la ventaja de permitir que gran cantidad de datos se recojan en forma rápida, son menos costosos y generalmente no requieren tanta habilidad para ser administrados. Estos tests funcionan bien, pero es difícil darse cuenta exacta del esfuerzo o motivación de cada sujeto. Estas pruebas se usan preferentemente en el área laboral.

✓ Tipo de estímulo

a) Verbales

Permite medir la capacidad de un individuo para expresarse ó razonar utilizando su capacidad de lenguaje. Suele ser utilizada cuando se desea evaluar a todos aquellos candidatos que tienen que hacer un gran uso verbal, en su profesión, bien para persuadir, como sería en los profesionales de las ventas ó bien para atender al público, tratar con equipos de trabajo, dirigir equipos, entre otros.

Generalmente, las categorías de preguntas por las que suelen preguntar a los candidatos, regularmente son pruebas sobre:

- ✓ Sinónimos
- ✓ Antónimos
- ✓ Palabra sobrante
- ✓ Serie numérica
- ✓ Pequeños problemas
- ✓ Explicación
- ✓ Preguntas y Proverbios
- ✓ Adivinanzas

Los estímulos (reactivos) que incluye el test sólo se expresan a través del lenguaje

b) No verbales

Son test que se han creado con figuras o símbolos para medir la inteligencia general o el razonamiento abstracto. Consisten en encontrar la ley que permita completar la serie lógica. Por lo general, las preguntas están clasificadas por orden y dificultad creciente.

Tienen como función medir la capacidad de razonar sobre problemas de lógica, entre los que destacan aquellos que utilizan el uso de las formas geométricas y la progresión lógica de determinadas figuras. Sus principales características son:

- Expresados mediante diagramas o gráficos
 - En otras palabras: El estímulo está dado a través de la vista, oído o tacto.
 - Llamados Test de Ejecución
- ✓ Clasificación de los test de acuerdo al aspecto conductual que miden

A. Tests de inteligencia

La inteligencia, según la definición del diccionario de la Real academia de la lengua, se puede entender como capacidad de entender, comprender y resolver problemas.

Un ejemplo de los múltiples Test de inteligencia que existen, es el coeficiente de inteligencia de la W.A.I.S.

A la hora de medir el coeficiente intelectual, esta escala mide a través de tres tipos de coeficientes: verbal, de resultados y general. Estos tres tipos de coeficientes, son evaluados con 11 pruebas destinadas para ello, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Test de información general
- Test de comprensión verbal
- Test de memoria de cifras
- Test de aritmética
- Test de semejanzas
- Test de vocabulario
- Test de cubos
- Test del código
- Test de ensamblaje de objetos

- Test de clasificación de imágenes
- Test de complementos de imágenes

B. Test de personalidad

Los Test de Personalidad, tienen un valor que da idea sobre el carácter y los rasgos de la personalidad.

✓ Test de personalidad proyectivos

Las técnicas proyectivas son aquéllas que permiten llegar fácilmente a lo psíquico inconsciente, debido a que el sujeto al desconocer qué aspecto de su producción están evaluando, está imposibilitado de controlarla conscientemente.

Este tipo de test es complejo de tratar, además son muy diferentes unos a otros. En muchas ocasiones, su validez ha sido puesta en duda.

Este tipo de Test, aportan información en cuanto al modo de operar mentalmente del sujeto, aspectos como la personalidad, emoción, pensamientos, la percepción del sujeto, la inteligencia, entre otros.

Existen muchísimos tipos de test Proyectivos: test de Coch o del árbol, test de los colores o de Lüscher, el test del dibujo, el de Rorschach, test de Zulliger, Test de Relaciones Objetales (TRO), entre otros.

C. Tests de intereses y aptitudes

Esta categoría de test es un poco diferente a las anteriores, en la medida en que apela a un saber particular, a una idea o noción de cualquier cosa.

Esta prueba se encarga de medir el pensamiento divergente. Se caracteriza por preguntas que evalúan al individuo a través de la categorización de palabras pertenecientes a una clase determinada. En este tipo de pruebas, se miden una serie de Factores:

- Fluidez: verbal, de ideas, de asociación, de expresión
- Flexibilidad espontánea
- Originalidad
- Sensibilidad a los problemas

✓ Clasificación de los tests según el método que utilizan

A. Los test proyectivos

Son un tipo de test dentro de los de la personalidad, que permiten llegar fácilmente a lo psíquico inconsciente, debido a que el sujeto al desconocer qué aspecto de su producción están evaluando, está imposibilitado de controlarla conscientemente. Este tipo de test es complejo de tratar, además son muy diferentes unos a otros. En muchas ocasiones, su validez ha sido puesta en duda.

Este tipo de Test, aportan información en cuanto al modo de operar mentalmente del sujeto, aspectos como la personalidad, emoción, pensamientos, la percepción del sujeto, la inteligencia, entre otros.

B. Los test psicométricos o directos

Son de aptitud o eficiencia, tratan de medir determinadas capacidades. Entre ellos están los tests de inteligencia, los tests de aptitudes, habilidades y destrezas, tests de creatividad, pruebas de lenguaje, entre otro.

4. Manuales de diagnóstico

A. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de Asociación Americana de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La

edición vigente es la cuarta, DSM-IV, en su versión revisada, DSM-IV-TR. Ya se ha publicado un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV, provoca controversia entre los profesionales en cuanto a su uso diagnóstico. Su publicación está prevista para mayo de 2013. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM se elaboró 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 patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

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

Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron 13 grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de un amplio abanico de perspectivas y experiencias). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros (muchos de los cuales también presidían algún equipo particular).

Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer que se generara la mayor compatibilidad posible entre ambos documentos.

4.1 Diagnóstico a través del DSM-IV TR

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

- Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, entre otros.).
- Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, entre otros).
- Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
- Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, entre otros).
- Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

✓ Objetivos

- Proporcionar una guía útil para la práctica.
- Facilitar la investigación.
- Mejorar la comunicación entre clínicos.
- Enseñar Psicopatología.
- Tener una nomenclatura oficial en la diversidad de contextos.
- Tener compatibilidad con la CIE-10
- Es una clasificación de los trastornos mentales.

B. Clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10)

A comienzos del siglo XIX la clasificación más corriente de enfermedades era la de William Cullen (1710–1790), de Edimburgo, publicada en 1785 con el título de *Synopsis Nosologiae Methodicae*. Pero el estudio estadístico de las enfermedades se había iniciado un siglo antes, con el tratado de John Graunt sobre las tablas de mortalidad de Londres.

Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, encontró en la persona de William Farr (1807–1883), su primer estadístico médico, un hombre que no solo aprovechó al máximo las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en ese tiempo, sino que se dedicó a mejorarlas y a lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional.

Farr encontró que los servicios públicos de su época usaban la clasificación de Cullen, la cual no se había actualizado en el sentido de incluir los avances de la ciencia médica, y no la consideró satisfactoria para usarla con fines estadísticos. En consecuencia, en el primer Informe Anual del Registrador General, Farr describió los principios que deben regir una clasificación estadística de enfermedades, e insistió en la adopción urgente de una clasificación uniforme, en los siguientes términos:

Cada enfermedad tiene con frecuencia tres o cuatro términos y cada término ha sido aplicado a varias enfermedades diferentes; se han usado nombres vagos e inconvenientes y en vez de las enfermedades primarias se han registrado las complicaciones. La nomenclatura es tan importante para este dominio de investigación, como lo son los pesos y medidas en las ciencias físicas, y debe establecerse de inmediato.

Tanto la nomenclatura como la clasificación estadística fueron objeto de estudio y observaciones constantes por parte de Farr. La utilidad de una clasificación uniforme de causas de defunción fue ampliamente reconocida por el primer Congreso Internacional de Estadística reunido en Bruselas en 1853, el cual encomendó a William Farr y a Marc d'Espine, de Ginebra, que prepararan una clasificación uniforme de causas de defunción aplicable a nivel internacional.

En el siguiente Congreso, realizado en París en 1885, Farr y D'Espine presentaron dos listas separadas, basadas en principios totalmente diferentes. La clasificación de Farr estaba dividida en cinco grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales (generales), enfermedades localizadas clasificadas conforme al sitio anatómico, enfermedades del desarrollo, y enfermedades que son consecuencia directa de un traumatismo. D'Espine, por su parte, clasificó las enfermedades según su naturaleza (gotosa, herpética, hemática). El Congreso adoptó, como una solución conciliatoria, una lista de 139 rúbricas. En 1864 esta clasificación fue revisada en París, siguiendo el modelo de la de W. Farr, y fue objeto de otras revisiones en 1874, 1880 y 1886.

B.1 Adopción de la lista internacional de causas de defunción

En una reunión celebrada en Viena en 1891, el Instituto Internacional de Estadística, encargó a un comité dirigido por Jacques Bertillon (1851–1922), Jefe de los Servicios de Estadística de la Ciudad de París, la preparación de una clasificación de causas de defunción. El informe de este comité fue presentado por Bertillon en la reunión del Instituto Internacional de Estadística celebrada en Chicago en 1893, donde se decidió adoptarlo. La clasificación preparada por Bertillon se basaba en la clasificación de causas de defunción utilizada por la ciudad de París, la cual, después de la revisión de 1885, representaba una síntesis de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza, y se regía por el principio adoptado por Farr de hacer una distinción entre las enfermedades generales y las que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico. Según las instrucciones del Congreso de Viena, Bertillon incluyó tres clasificaciones: la primera, una clasificación abreviada de 44 rúbricas, la segunda una clasificación de 99 rúbricas, y la tercera de 161 rúbricas.

La Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, recibió aprobación general y fue acogida por varios países y por numerosas ciudades. Encontró su primera aplicación en América del Norte por el Dr. Jesús E. Monjarás en las estadísticas de San Luis Potosí, México. En 1898, en una reunión celebrada en Ottawa, Canadá, la Asociación Estadounidense de Salud Pública (American Public Health Association, APHA) recomendó que los registros civiles de Canadá,

México y los Estados Unidos adoptaran la clasificación de Bertillon y sugirió además que fuera revisada cada 10 años.

En consecuencia, el Gobierno de Francia convocó en París, en agosto de 1900, la Primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista de Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. Asistieron a la Conferencia delegados de 26 países, y el 21 de agosto de 1900 se adoptó una clasificación detallada de las causas de defunción, que comprendía 179 grupos, y una clasificación abreviada, de 35 grupos. Se reconoció la ventaja de las revisiones decenales, y se encargó al Gobierno de Francia que convocara la siguiente reunión en 1910.

La Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones también había demostrado un activo interés en las estadísticas vitales y nombró una Comisión de Expertos Estadísticos para estudiar la clasificación de enfermedades y de causas de defunción. Este minucioso estudio fue publicado por la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones en 1928.

Con objeto de coordinar la labor de ambos organismos, se acordó la creación de una “Comisión Mixta”, compuesta en igual proporción por representantes del Instituto Internacional de Estadística y de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones; la Comisión preparó las propuestas para la Cuarta (1929) y la Quinta (1938) Revisiones de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

B.2 Lista internacional de enfermedades

En vista de la importancia que tiene la recopilación de listas internacionales de enfermedades que se correspondan con la lista internacional de causas de muerte: La Conferencia recomienda que el Comité conjunto nombrado por el Instituto Internacional de Estadísticas y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones asuma la preparación de listas internacionales de enfermedades, conjuntamente con expertos y representantes de las organizaciones especialmente competentes en la materia.

La Conferencia recomienda que mientras se esté en el proceso de recopilar las listas internacionales de enfermedades, las diversas listas nacionales en uso deberían, ajustarse a los mismos lineamientos de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción.

C. Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico GLADP

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico es un intento de optimizar el uso y la utilización del Capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; World Health Organization [WHO], 1992a), por tanto comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y formulación diagnóstica, particularmente pertinente para Latinoamérica y que incluya ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas. 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.

Importancia de la Clasificación y del Diagnóstico Sistemático en Psiquiatría Desde que Feighner y el grupo de la Universidad de Washington en San Luis Missouri (Feighner y Cols., 1972) publicaron sus criterios diagnósticos para uso en la investigación psiquiátrica y que culminaron con la publicación de la tercera edición del Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III) (*American Psychiatric Association*, 1980) grandes recursos se han dedicado al incremento de la fiabilidad del diagnóstico en psiquiatría. El éxito de este esfuerzo refleja la necesidad de la especialidad por incrementar su carácter científico y por impulsar la comunicación internacional entre sus especialistas, homogenizando considerablemente lo que parecía una práctica diagnóstica poco fiable a finales de los años.

La transición que se opera entre la segunda y la tercera edición de la clasificación norteamericana (American Psychiatric Association, 1968; 1980) es considerable y se caracteriza especialmente por la incorporación en el modelo diagnóstico de refinamientos importantes. Tales refinamientos incluyen, entre otros, el uso de pautas operativas como lineamientos para la descripción de cada trastorno, así como la formulación del diagnóstico respectivo a lo largo de dimensiones o ejes considerados críticos para una adecuada descripción de la condición clínica del paciente.

Nombrar y clasificar los fenómenos de la realidad circundante son tareas del hombre, tan antiguas, como la existencia de la humanidad misma. Esta función de nombrar, como comunicación de similitudes y diferencias en los fenómenos, subyace toda actividad humana incluyendo la capacidad misma de sobrevivir (Mezzich y Jorge, 1993). Confrontado con los hechos en la naturaleza, algunos de los cuales lucen amenazadores a su existencia, el hombre experimenta la necesidad de entenderlos, controlarlos y predecirlos, para lo cual requiere de la elaboración de explicaciones o conceptos interpretativos de tales fenómenos. Adicionalmente, la necesidad de comunicar eficientemente tales interpretaciones conduce a la construcción de términos con qué denominarlos y a la formulación de criterios definitorios de los mismos. Estos criterios definitorios buscan establecer límites entre lo que el fenómeno es y lo que no es, o, cuando menos, establecer gradaciones de membresía categorial.

La propiedad con que tales criterios tienen éxito en capturar los elementos fundamentales y delimitantes del fenómeno que intentan caracterizar conduce a los conceptos de validez, fiabilidad y aplicabilidad de tales criterios definitorios.

Fiabilidad se refiere al grado de acuerdo entre evaluadores o entre diferentes momentos evaluativos. Por ejemplo, si ante una persona con fobia a las alturas, es posible lograr un grado razonable de acuerdo entre varios clínicos de que la fobia a las alturas existe en esa persona en particular, se puede decir que el concepto fobia a las alturas alcanza un grado razonable de fiabilidad entre observadores. Validez, por otro lado, tiene que ver con la utilidad que un concepto determinado tiene para el entendimiento del fenómeno y para la atención clínica.

Por ejemplo, un diagnóstico de fobia será válido si ayuda a entender su etiología o a conectarlo con un tratamiento efectivo.

C.1 ¿Por qué una guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico?

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

En este sentido, y por la actualidad que conservan, se reproduce aquí las ideas expresadas en la introducción a la segunda edición del Glosario Cubano de Psiquiatría (Acosta Nodal y Cols., 1986) por el Presidente de su Comité de Dirección, Profesor Carlos Acosta Nodal:

"Un país subdesarrollado tiene incuestionablemente disminuidas sus capacidades en lo que se refiere a la utilización de recursos técnicos y metodología científica. Pero en manera alguna tiene menos creatividad y originalidad en el esfuerzo; antes bien, sus científicos poseen un material de observación sumamente rico en calidad de matices: desde los que proporcionan las organizaciones sociales más primitivas, con el cortejo sintomático que les es propio, hasta los correspondientes a los grupos humanos con un alto nivel de desarrollo, cuya patología psiquiátrica es diferente en ciertos aspectos a la de organizaciones sociales más atrasadas.

Esto sin desconocer las diferencias que la cultura de cada país impone a todas sus manifestaciones.

No pretendemos desdeñar lo que tiene de valiosa la colaboración proveniente de los países altamente desarrollados, capaces de transmitir sus habilidades e informar sobre teoría científica.

Pero hay que estar muy atentos para evitar el tutelaje sobreprotector, que esteriliza y deforma el crecimiento que debe discurrir por los caminos propios del contexto económico social correspondiente a cada nación.

Un glosario nacional sirve a dichos propósitos de formación y producción científicas orientadas por la cultura, pero, además, constituye una aportación a la comunidad internacional hecha por sus miembros activos que contribuyen por ese medio a enriquecer la clasificación internacional de enfermedades.

Las necesidades de América Latina en materia de nosología psiquiátrica son particulares ya sólo por el hecho innegable de que la manera de enfermar de su población está influida fuertemente por su cultura. También, las circunstancias socioeconómicas de amplios sectores de esta población obligan a enfatizar aspectos de prevención y promoción de la salud, que requieren un enfoque particular a la manera de organizar los trastornos que aquejan a estos pacientes. Finalmente, se hace necesario proponer una manera apropiada de evaluar a los pacientes y de describir sus condiciones clínicas, de modo que el diagnóstico sirva a sus verdaderos propósitos de informar efectivamente el tratamiento, orientar los programas de prevención y facilitar los esfuerzos de promover la salud mental.

C.2 Qué es y qué no es la guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) surge como respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina. Existe, por ejemplo, diferencias importantes en la fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos (Mezzich y Raab, 1980; Singer, 1984). Por otro lado, se necesita atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas.

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

El desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana debería incrementar la comunicación entre profesionales de la región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base de datos que permita entender mejor los problemas de esta población. En general, es previsible que esto traiga como consecuencia el desarrollo de una psiquiatría latinoamericana más científica. Finalmente, desde el punto de vista sociopolítico, la GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo consumidora de conocimientos generados en otras latitudes, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional. Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la creatividad científica. En este sentido, la creación del Glosario Cubano de Psiquiatría es un ejemplo fundamental a imitar.

La GLADP no es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular. Tiene la Guía, el propósito fundamental de mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región. Finalmente, de propiciar la competencia cultural en el sistema de salud mental, para atender y promover de manera efectiva la salud mental de la población de la región.

La elaboración de esta Guía es el resultado de un esfuerzo continuado a lo largo de ocho años, de un grupo extenso de investigadores y de clínicos en casi todos los países de América Latina. Se inició en 1994 con la conducción de una encuesta a más de 500 psiquiatras de siete países latinoamericanos destinada a investigar los patrones de utilización del diagnóstico parametrado

en la región. Los resultados de dicha encuesta revelaron que más del 90% de los psiquiatras latinoamericanos utilizaban en su práctica clínica diaria, en investigación, docencia o administración, algún sistema de diagnóstico parametrado. Por esa época, tanto la CIE-10, como el DSM-IV, que habían sido recién publicados, se presentaban como los sistemas en los que los clínicos deseaban obtener mayor información y entrenamiento para su efectiva utilización.

A partir de esa fecha, miembros del cuerpo directivo de la Guía recorrieron múltiples países de América Latina, aprovechando los diferentes congresos y actividades académicas de la zona, para explorar la opinión de los profesionales de la salud mental en la región, en relación con la organización, fiabilidad, validez y aplicabilidad del sistema de clasificación diagnóstica en psiquiatría propuesto por la OMS. Varias conferencias internacionales fueron realizadas, con el fin de integrar una propuesta que sirviera de base para el desarrollo ulterior de un auténtico sistema latinoamericano de diagnóstico psiquiátrico. Las más importantes de estas fueron: La Habana, octubre de 1998, Margarita, noviembre de 1999, Panamá, marzo de 2000, Chicago, mayo de 2000, Guadalajara, agosto de 2000 y Guatemala, julio de 2002. En estas conferencias se elaboró y se terminó por aprobar un documento que representa una anotación a la CIE-10 y que encierra lo más atinente del pensamiento latinoamericano respecto del diagnóstico en la especialidad.

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

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

Parte II. Proceso y formulación diagnóstica integral.

Parte III. Nosología psiquiátrica:

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

Parte IV. Apéndices:

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

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

Una parte estandarizada, conteniendo:

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

Una parte idiográfica:

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

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

Un formato para la codificación y formulación práctica del diagnóstico.

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

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

El trabajo ha culminado con la elaboración de este documento que deberá ahora servir de base para que los usuarios analicen su utilidad y exploren la necesidad de hacer ajustes adicionales, tanto sobre la base de la experiencia clínica de todos los días, como sobre la base de estudios empíricos y sistemáticos que orienten eficientemente los esfuerzos venideros por elaborar un instrumento de diagnóstico cada vez más refinado, y por contribuir de modo más competente, al desarrollo del campo del diagnóstico y la nosología psiquiátrica en el mundo entero. La meta parece ambiciosa, pero hasta ahora, ha probado ser alcanzable.

2.4 Psicoterapia

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.

La psicoterapia es un proceso de descubrimiento en el que la meta es llegar a controlar o eliminar síntomas problemáticos o molestos, deshacer estas afecciones da lugar a una salud mental plena en donde la persona llega a tener la capacidad de manejar distintas situaciones que podrían considerarse problemáticas y así tener un estado de funcionalidad, en todas las áreas de su vida, adecuado.

Es importante mencionar que la psicoterapia no es un proceso mágico en el que se busca “curar a un paciente” más bien es un trabajo en conjunto entre el terapeuta y la persona en busca de las soluciones más adecuadas para cada individuo, así, la psicoterapia debe de ser realizada únicamente por profesionales de la salud mental ya que en nada se asemeja a solo “buscar consejos” o a “platicar sobre problemas”, el proceso psicoterapéutico involucra al terapeuta como alguien que puede brindar de herramientas específicas a la persona que las necesite.

Son muchos los problemas que pueden ser tratados con psicoterapia incluyendo aquellos del estado del ánimo (depresión, bipolaridad), ansiedad (fobias, obsesiones, ataques de pánico, estrés post-traumático), desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad), problemas de dependencia (alcohol, drogas, entre otros). Problemas familiares, de pareja, laborales, estrés, pérdida de un ser querido, mal comportamiento en niños, adolescentes y cualquier afección que limite al ser humano.

2.4.1 Antecedentes

Daniel Hack Tuke creó en 1872 el término “psicoterapia” como el método de tratamiento de las enfermedades llamadas “psíquicas” el cual se popularizó en Francia gracias a Bernheim y se expandió en occidente, sobre todo en Estados Unidos.

Es difícil enlistar una totalidad de psicoterapias pues existe un desierto por parte de la mayoría para encasillarlas o definirlas, por ejemplo Jean Cottraux proporciona una lista de 209 formas de psicoterapias en la cual su mayoría son verdaderas psicoterapias mientras otras como la acupuntura, la meditación tibetana y trascendental, el culturalismo, kleinismo, freudismo,

lacanismo, etc. entran en otra lista más bien de medicina alternativa, del mundo de las sectas o de las escuelas cónicas.

En cuanto a la creación de la psicoterapia institucional, Pichot y Allillaire la atribuyen a Pinel cuando en realidad es de Georges Daumézon, quien instituyó el término en 1953, para designar una terapéutica de la locura que aspiraba a reformar la institución del asilo.

La psicoterapia se desarrolló paralelamente al psicoanálisis en todas partes del mundo y se implantó en Francia antes de la Primera Guerra Mundial.

Tobie Nathan califica al psicoanálisis de “falsa ciencia” basándose en que no sería “evaluable”, así como de una ciencia “occidental” o inoperante aplicado a las tres cuartas partes del mundo.

Así mismo le atribuye a las psicoterapias un carácter místico, siendo esta regida por rituales, sacrificios de animales, fabricación de amuletos, plegarias o extracción de objetos-sortilegios.

Más de 600 escuelas de psicoterapia han florecido en el mundo desde 1950. Todas estas psicoterapias se basan en el principio según el cual el proceso de la cura se vincula a la influencia que puede ejercer el terapeuta sobre el paciente, y a la creencia de éste en el poder de curar.

Históricamente, la psicoterapia surgió de la cura magnética inventada a finales del siglo XVII por Franz Anton Mesmer, quien explicaba los trastornos psíquicos sobre la base de la existencia de un “fluido magnético”. En 1784 Puységur fue el primero en demostrar la naturaleza psicológica de la relación terapéutica, reemplazando la cura magnética por un estado de sueño despierto que James Braid en 1843, llamará “hipnosis”. Bernheim lo reemplazará por la sugestión, abriendo así el camino a la idea de una terapia basada fundamentalmente en una pura relación de transferencia.

Al abandonar el hipnotismo, la sugestión y la catarsis, llamando después “transferencia” a la relación entre el terapeuta y el paciente, Freud inventó el único método moderno de psicoterapia

fundamentado en la exploración del inconsciente y la sexualidad. Así el psicoanálisis sostuvo desde el comienzo, en todos los países del mundo, una relación conflictiva con las otras formas de psicoterapia.

Con el correr del tiempo y debido a las relaciones “transgresivas” (de tipo sexual) entre pacientes y terapeutas, así como la consideración de que las psicoterapias eran peligrosas, sospechosas, sectarias, desviacionistas o satánicas fueron creados medios de protección de los pacientes, reglamentación, códigos, entre otros.

Se pueden clasificar las escuelas de psicoterapia estructuralmente en tres categorías y, desde el punto de vista histórico en tres generaciones sucesivas:

La primera y más antigua de ellas nace de las prácticas surgidas de la hipnosis y la sugestión. La segunda proviene de las diferentes corrientes consideradas disidentes del psicoanálisis implantadas en las grandes clínicas norteamericanas especializadas en el tratamiento de las psicosis o patologías llamadas “culturales”. La tercera deriva de las demandas de higiene psíquica de los años sesenta, concretizada a partir de la invención de nuevas terapias como la terapia familiar, transaccional, Gestalt, psicodrama, entre otras.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

a) Intercambio de pago por servicio

Arnold Lazarus (1985) explica el servicio proporcionado por los terapeutas como una suma de recursos entre el terapeuta y el cliente para buscar solución a los problemas del cliente. Es por lo tanto adecuado que este servicio sea negociado y que el cliente sepa lo que puede y no puede esperar.

b) Ampliar la visión del mundo del cliente

Un proceso importante en la terapia es ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde

una nueva perspectiva y ser conscientes de respuestas de afrontamiento que o bien no han considerado o que nunca imaginaron que fueran posibles.

Paul Watzlawick aborda la cuestión de explicar la visión del mundo de los clientes mediante la definición de las diferencias existentes entre la realidad de primer orden y la realidad de segundo orden. La realidad de primer orden hace referencia al mundo objetivo. La realidad del segundo orden hace referencia a las percepciones que tiene la persona acerca del mundo, y que son decididamente subjetivas. Las personas están influidas no por el mundo objetivo, sino por sus percepciones e interpretaciones del mismo, producto de su mundo de creencias, o realidad de segundo orden.

c) Ayudar a los clientes a recapitular conflictos genéricos

Una de las contribuciones de Freud a la psicoterapia fue su reconocimiento de la tendencia de los clientes de transferir conflictos no resueltos en la infancia al terapeuta. Este proceso fue denominado transferencia y contemplado con un elemento crucial en la terapia. La tarea del terapeuta era permitir una neurosis de transferencia con el fin de desarrollar y proporcionar “insights” e interpretaciones adecuadas. Al revivir el pasado reprimido a través del proceso de la neurosis de transferencia se pensaba que se proporcionaba al cliente una oportunidad de superar defensas y resistencias neuróticas.

d) Establecer una experiencia emocional correctiva

El concepto fue introducido por Alexander y French para explicar un objetivo central de la terapia: “exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado”. Ellos pensaban que en el “*insight*” por sí solo no era suficiente para ayudar a los clientes a realizar cambios sustanciales en sus vidas. Es, por lo contrario, la oportunidad de experimentar la interacción con otra persona, sin las secuencias temidas o sin resultados contradictorios a los anticipados, lo que produce el cambio. El proceso de la experiencia colectiva implica los siguientes aspectos:

- ✓ Una relación terapéutica segura: el cliente debe confiar y sentirse seguro con el terapeuta.

- ✓ Empatía del terapeuta: La empatía es el componente principal de la experiencia emocional correctiva.
- ✓ Re-experimentar en el aquí y ahora: a los clientes se les enseña a examinar sus reacciones ante el terapeuta, a identificar componentes autoderrotistas de estas pautas, y a desarrollar una interacción gradualmente más flexible y madura con el terapeuta. El terapeuta consigue esto “parando la acción” en los lugares apropiados y observando “que acaba de ocurrir”
- ✓ Responder de una manera diferente de lo que espera el cliente: la tarea del terapeuta es no confirmar las expectativas del cliente al proporcionar una respuesta nueva y diferente, es decir, correctiva.

e) Promoción de expectativas positivas

Métodos utilizados por los terapeutas para generar expectativas positivas en sus clientes

- ✓ Reforzar la demanda de terapia del cliente: reforzar las acciones del cliente, el haber buscado ayuda, haber llamado al terapeuta y haber llegado a la terapia.
- ✓ Preparar al cliente para la terapia: es muy importante hablar el mismo lenguaje del cliente. El proceso de enseñar al cliente el proceso terapéutico se llama estructura. La estructura hace referencia a la comunicación que debe existir entre terapeuta y cliente con el fin de llegar a percepciones y expectativas similares respecto a los roles del cliente y el terapeuta, el tipo de actividades que tendrán lugar durante la terapia, los objetivos en los que se van a comprometer terapeuta cliente. El terapeuta debe destinar tiempo y esfuerzo para explicar el proceso terapéutico en un lenguaje que el cliente pueda entender.
- ✓ Inculcar expectativas realistas: ejemplificar con una metáfora que la terapia va a ser como una carretera con curvas, subidas, bajadas, huecos, semáforos, señales, que no siempre va a ser un camino recto o asfaltado.
- ✓ Acentuar la responsabilidad al cliente: el éxito depende más de los propios esfuerzos del paciente que de cualquier conocimiento experto.

- ✓ Proporcionar alivio a los síntomas: los terapeutas a veces encuentran beneficioso pasar algún tiempo considerando fórmulas para aminorar los dolores y preocupaciones inmediatas del cliente.
- ✓ Desarrollar una relación terapéutica positiva: esto es crucial para inculcar a los clientes la creencia de que la terapia puede ayudarles.

f) Ejercer una influencia social

Es inevitable que los terapeutas tengan creencias, valores y formas de comprender el mundo que influyan su forma de trabajar con las personas. Ser consciente de los propios valores y creencias, al igual que las necesidades personales de uno mismo, es una responsabilidad ética de los psicoterapeutas.

g) Promover la práctica de nuevas competencias

Idear tareas en casa: Ideadas con la participación y colaboración del cliente. Los objetivos deben ser realistas y el cliente debe de estar de acuerdo en que la asignación vale la pena. Diseñadas para garantizar que los clientes atribuyan una mejoría a sus esfuerzos.

2.4.3 Competencias de la psicoterapia

a) Proximidad

Los terapeutas próximos pueden comunicar que comprenden y están en contacto con lo que el cliente está diciendo. Cuando se trata con un terapeuta de este tipo, los clientes se sienten reasegurados respecto a que el terapeuta está con ellos.

Un terapeuta próximo es aquel capaz de ejercitar los siguientes competencias.

- ✓ Responder activamente a lo que el cliente está diciendo.
- ✓ Responder de una manera que sea congruente tanto con el mensaje como con los sentimientos que el cliente está comunicando.

a).1 Proximidad no verbal

La comunicación tiene lugar no sólo mediante palabras sino también a través de del lenguaje corporal. Algunos comportamientos no verbales son mirar fijamente, las expresiones faciales y la postura corporal. Hablar, mantener el contacto visual, sonreír, inclinarse hacia delante y una postura corporal abierta comunica sentimientos de interés y entrega hacia la otra persona.

b) Competencias verbales

✓ Tanteo

Pregunta que formula el terapeuta para obtener mayor información. Deben utilizarse juiciosamente dado que los terapeutas desean evitar convertir la terapia en una sesión de preguntas y respuestas.

✓ Paráfrasis

Reformular las frases del cliente de una manera que comunique a éste que el terapeuta comprende lo que ha dicho. Se utiliza para enfocar la comunicación hacia aquellos aspectos que parecen más relevantes y apropiados.

✓ Reflejo

Reformulación de la emoción o afecto presente en una frase del cliente. Los terapeutas utilizan los reflejos para comunicar a sus clientes que comprenden cómo se están sintiendo en ese momento.

✓ Confrontación

Se utiliza para obtener mensajes confusos en el cliente y para explorar formas alternativas de percibir o interpretar situaciones problemáticas.

✓ Interpretación

Se utiliza para ayudar a los clientes a buscar significado y comprender los sentimientos, pensamientos y comportamientos. Son beneficiosas en la medida en que ayudan a los clientes a contemplar sus problemas desde una perspectiva para realizar cambios en sus vidas.

✓ Recapitulación

Se utiliza para ofrecer un encuadre y estructurar la sesión de terapia. Los terapeutas utilizan la recapitulación para identificar temas comunes, revisar el progreso, y proporcionar un encuadre cuando las proposiciones del cliente parecen estar inconexas.

2.4.4 Metas de la psicoterapia

Las metas de la psicoterapia 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 psicoterapia señala metas distintas, las principales son:

- ✓ Ayudar al paciente a ganar esperanza
- ✓ Promover la sensación de dominio y auto confianza del paciente
- ✓ Animar al cliente a enfrentar sus ansiedades en lugar de evitarlas
- ✓ Ayudarlos a ser más conscientes de sus concepciones erróneas
- ✓ 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.

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

Con el paso de los años, han ido apareciendo distintos modelos de psicoterapia, enfocados en aspectos distintos de la “psique” humana. Con cada uno de estos modelos, ha aparecido una terapia psicológica diferente y, a su vez, algunos psicólogos dentro de cada modelo han ido aumentando y perfeccionando sus teorías.

a) Modelo psicodinámico

Los Modelos psicodinámicos están basados en los trabajos de Freud. Se les llama psicodinámico por que la teoría que lo fundamenta sostiene que la conducta es el resultado de una serie de movimientos e interacciones que se produce en la mente de las personas. La mente estimula la conducta, pues tanto la mente como la conducta influyen y son influidas por el medio ambiente del sujeto.

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo XIX. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales:

- ✓ La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente.
- ✓ Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean problemáticas o no. Así como la ansiedad que incapacita o los delirios de persecución de un paciente se adjudicarían a conflictos no resueltos o a necesidades no satisfechas.
- ✓ Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades o impulsos básicos. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad en la edad temprana.
- ✓ La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica la cual, a

pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si se ha de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

b) Modelo humanista

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia gúestáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente".

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

Según Beristaín y Nitela (1980) los modelos humanistas se caracterizan por:

- ✓ La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.

- ✓ La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.
- ✓ La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.
- ✓ Solo se puede comprender a una persona cuando se puede situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando se coloca en el punto de vista de la persona afectada (este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales).
- ✓ La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

c) Modelo conductista

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

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

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

Algunos autores destacan como su último desarrollo las llamadas terapias cognitivas. Para otros autores (p.e Beck) las terapias cognitivas se basan en un modelo del hombre y la terapia distinto al mantenido en la terapia de conducta más tradicional. Sin embargo en la terapia cognitiva se utiliza con profusión las técnicas conductuales como procedimiento de cambio de significados cognitivos.

Los postulados básicos del modelo conductual (Kazdin, 1975; Skinner, 1975) son:

- ✓ La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma "superficial" de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.
- ✓ La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.
- ✓ La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta.

- ✓ La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.
- ✓ El estudio del "sujeto conductual" consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.
- ✓ El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como se suele malinterpretar, sino mas bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta (Skinner, 1974).
- ✓ La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingencia les actuales.
- ✓ El terapeuta de conducta siente un profundo respeto por la persona de su paciente, y le informa de sus intervenciones, de las que suele pedir consentimiento. La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta. Los terapeutas de conducta están profundamente interesados en mantener una adecuada relación terapéutica con sus clientes.

d) Modelo sistémico

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950/1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento.

Los desarrollos más actuales de los modelos sistémicos se centran más en los modelos epistemológicos y cognitivos, en concreto en los llamados modelos constructivistas (que son también una fuerza emergente en la terapia cognitiva). Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (Premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema (Cecchin, 1987; Anderson, 1988; Procter,

1985). Se trata en suma de "reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa (Anderson y Goolishian, 1988).

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

El modelo sistémico es un enfoque psicoterapéutico que se aplica a trastornos y enfermedades de tipo psíquico debidos a una alteración en la interacción, estilos relacionales y patrones comunicacionales de la familia vista como un todo.

El modelo Sistémico comprende al individuo en su contexto y expresa que la relación entre las personas y su entorno está sujeta a una dinámica circular de influencias recíprocas.

El contexto más significativo es la familia, la cual se entiende como un sistema. Así, las disfunciones de los individuos se consideran en conexión con los comportamientos y las expectativas de otros miembros del sistema en el cual evolucionan y se mantienen.

Este enfoque terapéutico es una modalidad de Intervención que tiene en cuenta e interviene en el contexto donde aparecen los conflictos.

Su práctica abarca la Psicopatología y los conflictos de relación tanto en el individuo, pareja y familia, como en las organizaciones, instituciones, empresas, en los procesos de separación y divorcio y en las dificultades propias del medio escolar, sanitario y social.

Está basado en conceptos y aplicaciones de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética, la Pragmática de la Comunicación Humana y los modelos construccionistas.

A diferencia de otras orientaciones terapéuticas, el tratamiento suele ser de corta duración por lo que también se le llama Terapia Breve.

El número total de sesiones depende de los avances obtenidos en el proceso psicoterapéutico, por lo general suelen estar alrededor de las 10 sesiones - excepto en el caso de los trastornos de alimentación que se puede prolongar hasta más del doble.

2.4.6 Formas de psicoterapia

Generalmente, cuando se acude a un terapeuta es porque la persona busca ayuda ante una situación emocional que la hace vulnerable. De ahí que sea de rigurosa importancia la elección del modelo de psicoterapia y del profesional.

Cada tratamiento aplicado en psicoterapia es distinto aunque sea llevado por una misma persona, ya que el proceso de curación depende del propio paciente.

Existen diferentes tipos de psicoterapia, todas buscan la resolución del problema. Son terapias de la conciencia que dan recursos a los pacientes para que puedan enfrentar o manejar sus síntomas pero apuntan a un cambio profundo en la manera de afrontamiento extendidas a otros ámbitos de su vida. A continuación se describen las más importantes.

2.4.6.1 Psicoterapia psicodinámica

La mayoría de psicoterapias que actualmente se encuentran en vigencia están influenciadas por el psicoanálisis postulado por el conocido vienés Sigmund Freud entre finales del siglo XIX y principios del XX, y que ha ido reactualizándose.

De una forma quizá demasiado sintética, concibe el psiquismo como algo dinámico. Esta teoría postula que, muchas veces, lo que no permite el vivir tranquilamente son traumas del pasado "escondidos" en el inconsciente, y que se deben hacer conscientes para ser superados. Considera que la conducta humana se determina principalmente mediante hechos, impulsos, deseos y conflictos que se encuentran dentro de la mente. Considera que los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la frustración de necesidades o impulsos básicos.

Entre las técnicas que utiliza esta forma de psicoterapia se tiene la asociación libre. Se le pide al paciente que diga todo lo que piensa sin omitir el más mínimo detalle, por muy insignificante o ridículo que parezca, porque todo tiene un sentido, incluso los sueños (Interpretación de sueños). Este tipo de terapia se basa en la suposición de que los sentimientos que se mantienen en la mente inconsciente con frecuencia son demasiado dolorosos o incómodos para reconocerse. Por esa razón, las personas desarrollan mecanismos de defensa para protegerse a sí mismos de conocer, sobrellevar o confrontar realmente estos sentimientos.

Los mecanismos de defensa son patrones de sentimientos, pensamientos o conductas que son inconscientes. Estos mecanismos puede ser saludables o poco saludables, dependiendo de lo cuáles sean y cómo se utilicen. Son destinados a disminuir el estrés, ansiedad y el conflicto interno: una forma de sobrellevar el mundo.

Los mecanismos comunes de defensa incluyen:

- ✓ Negación: rechazar el enfrentar o percibir de una realidad desagradable
- ✓ Proyección: atribuir características inaceptables o motivos de una persona hacia otras personas
- ✓ Desplazamiento: cambiar del objetivo de las emociones o sentimientos acumulados, con frecuencia enojo, hacia (generalmente personas o animales) quienes son menos amenazantes.
- ✓ Racionalización: inventar de "explicaciones lógicas" para ocultar los motivos reales de los pensamientos o comportamiento de una persona
- ✓ Formación de reacción: transferir un impulso o emoción inaceptable en una que es socialmente aceptable o positiva. La transferencia y la contratransferencias son puntos de suma importancia que se presenta en esta forma de psicoterapia.

a) Psicoanálisis

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.

A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influenciado a muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

El psicoanálisis es una teoría sobre los procesos psíquicos inconscientes, que presenta una concepción ampliada de la sexualidad, de sus relaciones con el acontecer psíquico y su reflejo en lo sociocultural. El supuesto de que existen los procesos, fenómenos y mecanismos psíquicos inconscientes junto al papel de la sexualidad y del llamado complejo de Edipo, que resulta en una diferenciación entre instinto y pulsión; así como la aceptación de la teoría de la represión y el papel de la resistencia en el análisis constituyen para Freud los pilares fundamentales de su edificio teórico, al punto que sostiene que «quien no pueda admitirlos todos no debería contarse entre los psicoanalistas.

En el sentido estricto, el psicoanálisis puede ser definido como un método y técnica de tratamiento psicoterapéutico basada en la exploración del inconsciente a través de la asociación libre. A diferencia de los métodos que se basan en ejercicios, entrenamiento o aprendizaje (como las técnicas conductuales) o de las explicaciones en el plano cognitivo, el psicoanálisis se cuenta entre las técnicas de descubrimiento o develación que intentan que el paciente logre una comprensión profunda de las circunstancias (generalmente inconscientes) que han dado origen a sus afecciones, o son la causa de sus sufrimientos o malestares psíquicos.

El objetivo de la terapia es vencer las resistencias para que el analizado acceda a las determinaciones inconscientes de sus sentimientos, actitud o conducta. Freud, en una de las

oportunidades en las que describe la operación que lleva a cabo la terapia analítica, lo hace en estos términos: "la rectificación con posterioridad del proceso represivo originario".

En esta terapia es de suma importancia considerar la tres partes fundamentales de la psiquis como lo son el Ello, el Yo y el Superyó. El Ello es la instancia más antigua y original de la personalidad y la base de las otras dos. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos o pulsiones más primitivos. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad.

El Superyó es la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura. Consta de dos subsistemas: la "conciencia moral" y el ideal del yo. La "conciencia moral" se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche. El ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas.

El Yo es una parte del ello modificada por su proximidad con la realidad y surge a fin de cumplir de manera realista los deseos y demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior, a la vez que trata de conciliarse con las exigencias del superyó. El yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre este y el mundo externo. El yo sigue al principio de realidad, satisfaciendo los impulsos del ello de una manera apropiada en el mundo externo. Utiliza el pensamiento realista característico de los procesos secundarios.

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.

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.

b) Psicoterapia breve y de emergencia

La terapia breve y de emergencia es el procedimiento de admisión a elegir, se basa en una historia clínica exhaustiva, trabaja a partir de una comprensión del paciente en términos de su historia, su situación vital actual, su medio étnico y cultural, su experiencia humana y lo que se pueda saber a partir de sus fundamentos y predisposiciones”, debe incluir una anamnesis completa, una evaluación psicodinámica y estructural tan amplia como sea posible; después con base en esta máxima comprensión y conocimiento acerca del paciente, se debe planificar en forma activa las áreas y métodos de intervención; es necesario darse cuenta que el paciente en esta circunstancia con frecuencia sufre de una especie de visión de túnel o percibir solamente dos alternativas, sin embargo esta terapia no solo se limita a la eliminación del síntoma, más bien su tarea es convertir una crisis o situación de urgencia en una situación manejable, pues a pesar del poco tiempo que se tiene puede haber oportunidad de reconstruir al paciente a un mayor nivel y tener una visión más amplia que solo su visión de túnel.

Consiste básicamente en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje este aprendizaje y reaprendizaje que provee usualmente se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de permiso para verter el súper yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos una actuación. Estas terapias proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración. La psicoterapia breve considera desde la perspectiva psicoanalítica, en todo caso, tiene un mérito genuino. Puede de hecho, brindar algunos cambios dinámicos y estructurales, por lo general en unas pocas cinco o seis sesiones. Para hacer esto, debe ser conceptualizada de un

modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben cuidadosamente planificadas para obtener resultados óptimos.

La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional, del modo que una corta historia relata una novela. El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de hipótesis, lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia o el rol que juega cada factor, por ejemplo en la depresión. Esto determina el orden de jerarquía con el que se presentará atención terapéutica a cada variable.

Es de esperar que un psicoterapeuta frente a una depresión, sepa que hay seis u ocho factores que pueden jugar un rol dominante: 1) problemas de autoestima; 2) agresión frente a la presencia de; 3) un super yo severo, 4) un sentimiento de pérdida de amor, del amor de un objeto, o de parte de si mismo; 5) un sentimiento de desilusión, o de haber sido engañado; 6) en relación al concepto de oralidad, (hambre de estímulos) y del hecho que las personalidad es depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos de otra persona; 7) la personalidad depresiva en más dependiente, específicamente de nutrientes narcisistas; 8) el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación.

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

Una historia pasada que contenga violencia será crucial, así como también lo será la estructura de personalidad específica. Un nuevo evento será interpretado en términos de la experiencia preexistente e de la estructura de la personalidad. Aquellos que ya un gran miedo por la pasividad van a responder de modo diferente a aquellos que tienen poco. En un sentido amplio se podría decir que la psicoterapia breve permite seguir adelante en el trabajo de un antiguo problema y da

paso potencial a una mejor forma de lidiar con el que exista anterior a la enfermedad, en ese sentido la psicoterapia breve no solo resulta efectiva para un problema existente, sino puede dar paso también a una mejor integridad general.

c) Psicoterapia Junguiana

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

La psicoterapia junguiana utiliza el análisis de los sueños producidos en el inconsciente durante el dormir, y explica aspectos, elementos y actitudes que ahora han florecido a la consciencia y que pueden informar de rasgos de su personalidad y, de la energía psíquica que se está moviendo en el sujeto. Por otro lado, se nutre de la simbología que aportan los sueños, la imaginación activa o la escritura espontánea.

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

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

- ✓ La Sombra: Son los aspectos ocultos o inconscientes de uno mismo, tanto negativos como positivos, que el yo ha reprimido o nunca ha reconocido. Son todos aquellos rasgos indeseables, de los cuales uno no se siente orgulloso. Estos rasgos personales, sin un trabajo interno, no son reconocidos y a menudo se perciben en los demás, a través del mecanismo de la proyección.

- ✓ Complejo parental. Es el grupo de imágenes, conflictos y emociones intensas ligadas con los padres. La influencia más o menos mágica de los padres sobre los hijos, sin importar la edad, se debe en gran parte a una imagen arquetípica de los padres primordiales que existe en toda *psiquis*. El crecimiento espiritual puede quedar abortado, cuando no se han resuelto o elaborado los lazos que nos atan a nuestros padres.
- ✓ La Persona: Son los aspectos ideales y sociales, que presentamos frente al mundo externo. Es como su nombre lo indica, sólo una máscara, que finge individualidad, cuando en realidad sólo estamos representando un rol, a través del cual habla la *psiquis* colectiva.
- ✓ Es necesario ver en la Terapia, hasta dónde estamos representando roles que nos han impuesto, también en relación con el grupo familiar. Así el hombre de fuerte personalidad social puede ser un niño en su casa, cuando expresa sus reacciones emocionales. Aquí hay que trabajar en la capacidad de dirigir la propia vida, tomar las propias decisiones, y cultivarse basándose en las tendencias y talentos personales.
- ✓ Complejos sexuales: Anima-Animus: Aspecto femenino interno del hombre-aspecto masculino interno de la mujer. Tanto el ánima del hombre, como el animus de la mujer, son tanto un complejo personal, como una imagen arquetípica. A lo largo de la vida, van pasando por distintas fases de desarrollo y se proyectan en un hombre o mujer concretos. Como en el caso de persona, también entran a jugar determinados condicionamientos sociales y familiares; que deberán ser concientizados en el proceso terapéutico.

d) Psicoterapia de apoyo

La terapia de apoyo tiene como meta fundamental la atenuación de ansiedades y el aumento de las defensas con el fin de mejorar el funcionamiento individual o retornar al funcionamiento previo, evitando el desentrenamiento en habilidades adquiridas, fomentando la autonomía y el contacto con la realidad. No es necesaria la motivación previa para el cambio como en el resto de las psicoterapias. El período de tiempo puede ser limitado o no según el tipo de paciente. La visita periódica cada 2-3 meses, o incluso a demanda del propio paciente, puede cubrir los objetivos. La inclusión de psicofármacos serviría para reforzar el trabajo de soporte, permitir la

continuación del vínculo durante los intervalos de las visitas y como evaluador de la mejoría del paciente.

e) Psicoterapia de tiempo limitado

La Psicoterapia de Tiempo Limitado es una intervención psicológica que se comunica con las estructuras subcorticales, lugar donde se localizan las memorias que inciden en el aquí y ahora. Y eso cambiará posteriormente las memorias incapacitantes por otras más adaptadas, de tal forma que las bases de homeostasis integral del ser humano generan nuevas formas de comunicación con el mismo y su entorno.

La psicoterapia de tiempo limitado se define por:

- ✓ Conseguir eficacia terapéutica en un tiempo limitado.
- ✓ Trabajar la raíz del conflicto intrapsíquico. Diferenciándonos de los modelos que acortan el tiempo de tratamiento por focalizar en puntos concretos del ecosistema del paciente (Psicoterapias Breves).
- ✓ Establecer un cambio en las memorias emocionales del paciente, para que de esta forma, tenga opción no sólo a dejar de tener sufrimiento por el trastorno que padece, sino que además pueda vivir su vida con satisfacción.

Integra conceptos clínicos de distintas perspectivas psicodinámicas. El objetivo de ella no es tanto la modificación de los síntomas sino la estructura del carácter del paciente que se expresa a través de sus relaciones interpersonales inadaptadas crónicas. Las dificultades tempranas con otras personas significativas han dado lugar a patrones interpersonales inadaptados y auto derrotistas. Cuando el paciente se relaciona con una persona significativa, incluyendo al terapeuta, entra en juego su estructura de personalidad a través de la relación que ahí se establece entre ambos protagonistas. La PTL trata de buscar los modelos interpersonales que aparecen en la relación paciente-terapeuta y a través de ellos producir cambios relevantes tanto a nivel subjetivo (cogniciones y sentimientos) como en sus relaciones interpersonales.

El enfoque de la psicoterapia de tiempo limitado (PTL) pone énfasis en dos aspectos: las transacciones actuales entre paciente y terapeuta; y el aumento de la comprensión del paciente de su papel en el funcionamiento en su vida. Para ello el terapeuta hace uso de la diada relacional donde usa como principales herramientas la escucha empática, la comprensión psicodinámica de las dificultades relacionales en el contexto de su historia personal y la clarificación de su carácter auto derrotista. Para lograr esto además el terapeuta tendrá en cuenta las resistencias del paciente encaminadas a hacer fracasar los esfuerzos del terapeuta.

Los fundamentos teóricos de la P.T.L parten de los principios psicoanalíticos referidos a la transferencia, la contratransferencia, la resistencia y las funciones defensivas del ego. Además incorpora los conceptos de los teóricos psicodinámicos interpersonales como H.S.Sullivan; la teoría de las relaciones objétales de Cerner; las aplicaciones de la teoría del cambio sistémico de Watzlawick, Weakland y Fish; y las ideas de una psicoterapia psicoanalítica más activa en la línea de Alexander y French.

2.4.6.2 Terapias conductistas

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

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

- ✓ Modificar la conducta actual.
- ✓ Proporcionar al cliente las habilidades que necesita o eliminar los patrones aprendidos de conducta que le están causando malestar.

- ✓ Ofrecer al individuo la capacidad del autocuidado guiado, es decir, que la persona use estrategias que pueda aplicar para superar sus problemas cuando no se encuentra con el terapeuta.

Este tipo de terapias se caracteriza por ser activa, directiva y en la que el terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. Es la terapia psicológica más avalada en la actualidad y la más eficiente logrando los mejores resultados terapéuticos en el menor tiempo posible en la que los tratamientos cognitivos representan una orientación nueva en la modificación de la conducta.

Las teorías y técnicas de esta línea psicológica comienzan a desarrollarse con el Conductismo o Psicología conductista, de Watson, en América del Norte y la investigación sobre los reflejos condicionados de Pavlov, en Rusia.

El término "cognitivo" se refiere a las "cogniciones", que son los pensamientos racionales, los pensamientos automáticos, las creencias y esquemas cognitivos (inconscientes). Los términos "conductual" o "comportamental" se refirieren a las conductas que derivan de las emociones y cogniciones.

Esta terapia se basa en la teoría de aprendizaje para comprender y tratar algunos problemas psicológicos como fobias, bulimia, adicciones. La terapia conductista cognitiva o TCC es cada vez más recomendada para tratar algunos comportamientos perjudiciales del día a día. Ya que dentro de la Terapia de conducta se ha adoptado un nivel de análisis y tratamiento donde se analiza la conducta observable, pensamientos verbales y respuestas fisiológicas, así como las relaciones entre sí y la "conducta problema". Las terapias conductistas son un tratamiento de corta duración que consta de entre 8 y 20 sesiones individuales (una a la semana). El número de sesiones dependerá del tipo de problema. De problema y de la dedicación del paciente. Cada sesión dura entre 50 y 60 minutos.

El objetivo del tratamiento es que el paciente y el terapeuta colaboren para identificar los

patrones de pensamiento y de conducta que están causando problemas, y para planificar un método estructurado de antemano con los objetivos prácticos acordados.

El éxito de la TCC dependerá de la participación activa del paciente en todo el proceso, por lo que se realizará una entrevista inicial que le permita decidir si desea continuar con la terapia.

1) Psicoterapia racional emotiva

Explica como el conocimiento adquirido esta influido por las interpretaciones que se imponen a las percepciones. La TRE es una terapia activa en la que se persigue el cambio emocional y conductual mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales alterados. Uno de los objetivos que tiene este modelo es modificar percepciones y cogniciones irracionales y procurar en sustituirlos por racionales.

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

Esta terapia formula las dificultades del cliente en base a un modelo ABC, donde hay eventos (A) activadores que son mediados por creencias (B) del cliente, mismas que hacen surgir (C) consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Es pues la aparición irracional de eventos activadores, lo que produce los problemas del cliente. La terapia involucra el entrenamiento de este para identificar y modificar estas suposiciones y se apoya en diversas estrategias que incluyen la auto-observación, el cambio directo de las creencias irracionales por el terapeuta, el cambio de algunas cogniciones por pronunciamientos más racionales, así como la realización de diferentes ejercicios, como tarea.

a) Técnicas del modelo racional-emotivo

- ✓ **Insight racional emotivo:** La meta principal de está técnica es ayudar a los pacientes a ver con claridad y reconocer en forma abierta los procesos irracionales importantes.

- ✓ **Método socrático:** Se caracteriza por usar una serie de preguntas sistemáticas, que guían el continuo de la línea de razonamiento inductivo en las sesiones terapéuticas.
- ✓ **El debate filosófico:** El método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional es del debate filosófico que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana.
- ✓ **Imaginación racional emotiva:** Consiste en que cada persona se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere hacerlo, es así como están empleando imágenes racionales emotivas, es la forma más eficaz de práctica emocional.
- ✓ **Autoanálisis racional:** Es una forma estructurada en la cual los pacientes descubren las relaciones, causa–efecto entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de sus problemas y también los cambios racionales que deben hacerse y pueden hacer para empezar a ayudarse a ser felices de inmediato.
- ✓ **Imágenes racionales emotivas:** Su base descansa en el hecho neuropsicológico, las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida real.
- ✓ **Reestructuración racional sistemática:** El objetivo terapéutico consiste en proporcionar a los individuos, habilidades de enfrentamiento, de modo que en último término, aprendan a funcionar como sus propios terapeutas.
- ✓ **Debatir creencias irracionales:** Consiste en cuestionar y desafiar la validez de las ideas o hipótesis que los pacientes sostienen acerca de ellos mismos, de otros y del mundo.
- ✓ **Autoexamen racional:** Es el análisis racional con el cual el paciente dirige su pensamiento con el fin de controlar sus reacciones emocionales ante los hechos o eventos.

b) Aplicaciones

- ✓ Terapia individual: Esta indicada para personas que tienen dificultad al hablar enfrente de personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su prejuicio. Es indispensable para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras personas dentro de la terapia, se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma”, más que con los demás.
- ✓ Terapia de pareja: Afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. El objetivo de la terapia de pareja es capacitarlos a ambos para que desarrollen y apliquen sus habilidades.
- ✓ Terapia familiar: Es efectiva cuando ayuda a los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas.
- ✓ Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos, no son la causa directa de ellas. Cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.
- ✓ Terapia de grupo: Enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros. Aprenden a aceptarse a si mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

2) Psicoterapia de grupo

Es un tratamiento terapéutico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Además, el grupo

psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, evitando la cronificación y la disminución sintomatología en las áreas afectadas por el trastorno.

También se podría definir como el conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y paciente. La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en dicha dinámica puede pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

a) Propiedades de los grupos

- ✓ Voluntad y beneplácito: La eficacia de un grupo se basa en la voluntad y en el consentimiento de sus miembros de pertenecer a él.
- ✓ Identificación: Esta puede ser positiva o negativa, dependiendo de las características emocionales de sus miembros.
- ✓ Cohesión: Cantidad de presión ejercida sobre los miembros del grupo para que estos permanezcan en él.
- ✓ Meta común: Es necesaria la existencia de una meta en común, para que el grupo se reúna.

Puede ayudar a mejorar en lo siguiente:

- ✓ Dificultades en las relaciones con otras personas
- ✓ El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad
- ✓ Depresión y ansiedad
- ✓ Las pérdidas
- ✓ Los traumas
- ✓ Trastornos de la personalidad

- ✓ Dificultades en las relaciones con otras personas
- ✓ Las dificultades de los niños/niñas o adolescentes (tales como el impacto de un divorcio, problemas con los amigos, en la escuela o con la conducta en general)
- ✓ La vejez
- ✓ El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad
- ✓ La depresión y la ansiedad
- ✓ Las pérdidas
- ✓ Los traumas
- ✓ Problemas de transición cultural
- ✓ Problemas de adicción

El terapeuta selecciona personas (usualmente de 5 a 10) quienes se pueden beneficiar con su participación en una terapia de grupo. El propósito de las reuniones es conversar con los demás de manera espontánea y honesta. El terapeuta profesional sirve como guía, para que la conversación se trate de los temas más significativos para los participantes. No todos los grupos se parecen. Varía el énfasis de uno a otro.

La sesión de terapia de grupo es una tarea en colaboración, en la que el terapeuta asume la responsabilidad clínica del grupo y sus miembros. Dentro de la reunión típica, de 75 a 90 minutos, los miembros se ocupan de expresar de la manera más libre y honesta posible sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Esta exploración da a los miembros del grupo la materia prima para comprenderse y ayudarse. Los miembros no sólo aprenden de sí mismos y sus propios problemas, pero actúan también como "ayudantes terapéuticos" de los demás.

3) Terapia cognitiva

La terapia cognitiva es una terapia psicológica (no debe confundirse con la psicología cognitiva). Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente, denominados por la Terapia Conductista "caja negra". Si bien puede parecer un punto de vista extremo, la versión más radical es actualmente rechazada,

sin embargo a partir de esos primeros intentos ha surgido un cuerpo importante de conocimiento científico; por ejemplo en torno al proceso cognitivo del estrés, el razonamiento y psicobiología. Surgió en los 50 a partir de diversos cambios sociales y científicos, entre ellos la concepción de la mente como un procesador de información, a raíz de la teoría de la comunicación y la informática. De hecho, una parte importante de la psicología cognitiva estudia el proceso mental mediante simulaciones informáticas e investigación centrada en la inteligencia artificial. Incluye un gran conjunto de técnicas conocidas como reestructuración cognitiva.

La terapia conductual o terapia del comportamiento. Inspirada en los métodos y conceptos fundamentales del conductismo, intenta describir, explicar y modificar los trastornos del comportamiento. Esta terapia considera que los trastornos psicológicos hay que interpretarlos como trastornos conductuales, y que éstos son consecuencia del aprendizaje de hábitos perjudiciales o desajustados. La terapia consistirá en enseñar al paciente a emitir respuestas adaptativas ante los estímulos que les provocan respuestas inadaptadas, bien sea con un desaprendizaje o extinción de la conducta inadecuada, bien sea aprendiendo un comportamiento más adecuado. La terapia conductual ha desarrollado múltiples técnicas terapéuticas, entre las que destacan la desensibilización sistemática, las técnicas aversivas, la terapia implosiva y las técnicas operantes.

a) Pensamientos disfuncionales

La funcionalidad es un concepto más bien cognitivo-conductual, ya que refiere al análisis funcional de la conducta. El análisis funcional cuenta con antecedentes en otras ciencias; por ejemplo, en la física y matemáticas para evadir discursos filosóficos de causalidad o desde la biología y economía para entender la utilidad o función dentro de un sistema. Ambos de estos antecedentes acontecen cuando se habla de funcionalidad en psicología. Por ejemplo, enmarcado en cada marco teórico, estas disfunciones cognitivas pueden entenderse como pensamientos disfuncional, pensamiento negativos automáticos o como creencia irracional.

La terapia de conducta, sin embargo, no se centra en el proceso mental, sino en la conducta (entendida esta como una acción de ajuste interdependiente con el medio y no tan sólo una respuesta motora). Por esta razón la terapia de conducta no encaja con interpretaciones intrapsíquicas que sí tiene la terapia cognitiva, ya que desde este modelo tan sólo el ambiente determina la conducta; de modo que los conceptos cognitivos ayudarían a entender la conducta, pero no podrían explicarla.

En realidad, resulta complejo diferenciar cuando una técnica cognitiva es independiente a la terapia de conducta, ya que comparten un método científico por parte de la psicología. De hecho, las intervenciones cognitivas suelen tener consecuencias conductuales y a la inversa, como opinan prestigiosos autores de ambos enfoques; por lo que la principal diferencia de ambas escuelas radica en la concepción teórica de la mente, aunque puedan realizar técnicas similares (por ejemplo Albert Bandura con su teoría del aprendizaje social o Aaron T. Beck con su famosa Terapia Cognitiva). Incluso la reestructuración cognitiva ha sido investigada desde la terapia de conducta con importantes aportaciones teóricas y prácticas, entendiéndola como el moldeamiento de la conducta verbal.

2.4.6.3 Terapias humanistas

El término humanismo se relaciona con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano como centro de su interés. El humanismo filosófico resalta la dignidad del ser humano, aunque interpretada de distinto modo en las diferentes formas de humanismo (cristiano, socialista, existencialista, científico, entre otros.). El humanismo puede ser entendido como una determinada concepción del ser humano, y también como un método.

La psicoterapia humanista trabaja con las experiencias presentes, el sentimiento proveniente de la complejidad de las situaciones y sus dificultades. La terapia tiene como objetivo, la conceptualización del proceso de tratamiento en curso. Se toman las sensaciones del presente inmediato de naturaleza orgánica, y se guía la conceptualización. Este conjunto de sensaciones es fuente de significados y permite al paciente, formar conceptos y referirse a ella. 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; hay que aclarar que contrario al conductismo (de pensamiento reduccionista y limitado) el psicoanálisis se fundamenta en la filosofía humanista y desde siempre ha pretendido que la persona sea responsable de sí misma y de su devenir, por tanto ésta última ha dado muchos aportes al desarrollo de la psicología humanista que hoy se conoce. 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 (conductismo), o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas (la enfermedad humana).

Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow, quien incursionó en el psicoanálisis, 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).

1. Terapia centrada en el cliente

La Terapia Centrada en la Persona, conocida también como relación de ayuda ó terapia no directiva. El modelo de Carl Rogers pertenece a la corriente de la psicología humanista. La psicología humanista promueve los aspectos más humanos de la persona, como son: la libertad, creatividad, trascendencia, responsabilidad, autonomía. La psicoterapia centrada en el cliente suele ser la base de la formación profesional de los *counselors*. También forma parte de la

formación curricular básica de los psicólogos, ya que es una forma de psicoterapia, permite establecer una relación psicoterapéutica y enmarca conceptos fundamentales como el sí-mismo.

a) Cliente en oposición a paciente

El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la connotación del vocablo, relacionado con la patología, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta o sanador. La contrapropuesta es que no existe tal cosa como la enfermedad mental, sino formas disfuncionales de vivir.

b) Características principales

- ✓ La aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Se acepta sin condición alguna la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
- ✓ La empatía centrada en la persona sufre. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.
- ✓ La autenticidad del terapeuta permite a menudo un dialogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufre.
- ✓ La relación centrada en el cliente se define además por un mínimo de contacto establecido entre el cliente y el terapeuta.
- ✓ El cliente debe estar en un estado de incongruencia
- ✓ Y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida.

c) Aplicabilidad de la terapia centrada en el cliente del enfoque rogeriano

Las experiencias terapéuticas, de consejería y orientación, desde la perspectiva rogeriana, abarcan una amplia gama que va del trato de personas normales, en condiciones pedagógicas o vocacionales, hasta la psicoterapia en psicóticos esquizofrénicos.

Hay aplicaciones de esta concepción en diversas áreas como la clínica, la educación, las relaciones de pareja, la ludo terapia, la dinámica de grupos (los famosos grupos de encuentro), etc. Cubre un amplio espectro de edades, desde niños de dos años hasta ancianos. Y esto es posible, porque el enfoque no directivo o centrado en el cliente constituye además de una técnica, aplicable a tal o cual problema, una concepción del ser humano y de las relaciones interpersonales. Por ello trasciende los linderos del consultorio para conformar una teoría sobre el "buen vivir", esto es, sobre el vivir plenamente, en constante superación, abiertos a todas las experiencias, sin miedo, con capacidad de elección y de responsabilizarnos por lo elegido. También se puede mencionar: depresión, ansiedad y tensión emocional, estrés y agotamiento psíquico, dificultades de comunicación y/o relación, crisis personal o de pareja, conflicto padres-hijos, angustia existencial, deseos de cambio y crecimiento personal.

2. Terapia gestáltica

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

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

Utiliza el método del darse cuenta ("*awareness*") predominando el percibir, sentir y actuar. El cliente aprende a hacerse más consciente de lo que hace. De este modo, va desarrollando su

habilidad para aceptarse y para experimentar el "aquí y ahora" sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado.

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

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

- ✓ 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?

a) Técnicas de la terapia gestalt

- ✓ Técnicas supresivas: Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta.

- Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
 - Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
 - Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.
 - Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se de cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.
- ✓ **Técnicas expresivas:** Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía.
- Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que aflores temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
 - Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
 - Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.
- ✓ **Técnicas integrativas:** Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y

expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos sub-yos intrapsíquicos.
- Asimilación de proyecciones: Se busca que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya.

3. Análisis transaccional

El análisis transaccional es un sistema de psicoterapia individual y social que se engloba dentro de la psicología humanista propuesto por el psiquiatra Eric Berne en los años 1950 en Estados Unidos, quien lo divulgó con su libro *Juegos en que participamos*.

Busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí, mediante transacciones psicológicas, con sus estados del yo Padre, Adulto y Niño, aprendiendo a utilizar el primero para dar cuidados, el segundo para individuarnos y el tercero para buscar y recibir cuidados, tanto en nuestra interacción con los demás, como también en nosotros mismos, creciendo en el logro de una personalidad integradora. Además de psicoterapia, el Análisis Transaccional es aplicable en crecimiento personal, educación, enfermería, trabajo social, desarrollo organizacional y en otras actividades en las cuales las personas interactúan entre sí.

Es una teoría de la personalidad neofreudiana que retoma por los conceptos de ello, yo y superyó y se concentraba en las interacciones de unas personas con otras y el cambio de estas interacciones para la resolución de problemas emocionales. Berne creía en el compromiso de "curar" a sus pacientes en lugar de solamente entenderlos. Para este fin, el introdujo uno de los aspectos más importantes del Análisis Transaccional: el contrato, un acuerdo entre el terapeuta y el cliente para buscar el cambio específico que el cliente deseara.

El objetivo es avanzar hacia la autonomía, la espontaneidad, la intimidad, la resolución de problemas en lugar de evasión o pasividad, la curación como un ideal, no limitarse a hacer el progreso, el aprendizaje de nuevas opciones. Berne afirma que todos los seres humanos manifiestan tres estados del yo, definidos como sistemas coherentes de pensamientos y sentimientos manifestados por los correspondientes patrones de conducta.

Asegura que estos tres estados se refieren a fenómenos basados en realidades verdaderas.

a) Los tres estados del yo

El estado 'Padre del yo'. Derivado de los padres y madres que han tenido y de las personas mayores que han intervenido de manera directa en la educación de cada persona. Se siente, se piensa, se actúa y se habla de una manera muy semejante a como lo hacían nuestros padres y madres cuando se era niño, ya que ellos fueron modelos básicos en la formación de la personalidad.

Sus valores e ideas acerca de la vida, sus pautas de comportamiento, sus normas, reglas y leyes de convivencia, se van a ir grabando en el hijo o hija, e influyen de forma poderosa en la configuración futura de su personalidad. Y todo eso sucede sin que la persona sea consciente de ello, por lo que se terminan reproduciendo pautas aprendidas en la infancia sin darse casi cuenta.

El estado 'Niño del yo'. En él aparecen los impulsos naturales, las primeras experiencias que se graban en la infancia y cómo se responde ante ellas. Es la parte de la persona que siente, piensa, actúa, habla y responde igual que cuando se era niño. Tiene un tipo de pensamiento mágico e irracional, las relaciones las concibe como algo eminentemente emocional.

El estado 'Adulto del yo'. En él percibimos la realidad presente de forma objetiva, de forma organizada, calculamos las circunstancias y consecuencias de nuestros actos con la base de la experiencia y los conocimientos.

Es la dimensión interior del individuo, que se caracteriza por el análisis racional de las situaciones, la formulación sensata de juicios y la puesta en marcha del propio sentido de la responsabilidad.

Este estado hace posible la supervivencia y, cuando está suficientemente desarrollado, debe analizar si en nuestra conducta hay exceso de influencias inconscientes e irracionales de nuestro padre o de nuestro niño.

b) Áreas se aplica el análisis transaccional

El Análisis Transaccional se usa en el área de psicología clínica, en la educación, empresas u organizaciones. También se puede usar en el campo de la orientación, en el político, religioso y otros. Es fácil integrar otros modelos y técnicas en la terapia de Análisis Transaccional, tales como gestalt, multimodal y neurolingüismo.

Cuando entramos a una organización o a un grupo de trabajo, nuestra interacción va a provenir de nuestra posición o tipo de adaptación que decidimos en nuestra infancia, predominantemente, en el nivel emocional. Ya adultos, tenemos mecanismos adicionales para generar otras conductas, pero la posición que decidimos en la niñez se quedó grabada como el programa que correrá nuestra computadora. Es por esto que repetimos conductas que a veces no nos gustan e, intelectualmente, decimos que vamos a cambiarlas, pero luego de un tiempo volvemos a repetirlas.

Para que el cambio sea efectivo puede trabajarse con redecisión: hacer un plan de modificación de conducta en términos medibles y observables e implantarlo. Si esto no se da, podemos estar relacionándonos con otros y entrar en la dinámica de grupos desde una posición de inferioridad, de superioridad, o de autodescalificación y descalificación de la otra persona. La posición sana para una dinámica de grupo adecuada es la de " Yo valgo y Tú (el otro) vales". Es desde una posición de autorespeto y valía, así como de respeto a la otra persona y a su valía, que puede generarse una dinámica de grupos adecuada. Es entonces que se da el trabajo en equipo y se generan conductas productivas.

4. Logoterapia

La logoterapia es un tipo de psicoterapia que ha sido diseñada por un psiquiatra vienés llamado Viktor Frankl, que explica que elige este término porque logos es una palabra griega que equivale a "sentido", "significado" o "propósito". La logoterapia centra su atención en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre. En la logoterapia se busca una visión integral de la persona, en la que se le ve como a un ser único e irrepetible, en el que hay que tener en consideración su dimensión espiritual. Según la logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida. Por eso habla Frankl de voluntad de sentido, en contraste con el principio de placer (o, como también podríamos denominarlo, la voluntad de placer) en que se centra el psicoanálisis freudiano, y en contraste con la voluntad de poder que enfatiza la psicología individual de Adler.

Para Frankl: "la búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una "racionalización secundaria" de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido." (Viktor e. Frankl. 'el hombre en busca de sentido')

El hombre que se halla en crisis ha de tener un enfrentamiento al sentido de su vida actual para buscar una reorientación del mismo a través de la búsqueda de un sentido potencial junto a la conciencia de la voluntad del mismo. Esto sirve para ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida; le hace consciente de lo que anhela en lo más profundo de su ser y de sus responsabilidades, que consisten en decidir por qué. Se atreve a penetrar en la dimensión espiritual en el sentido de aspirar por una existencia más significativa.

Mira más hacia el futuro que el psicoanálisis porque busca cometidos y sentidos que se pueden realizar. El logoterapeuta tiene la función de ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de

forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de significados y principios. Nunca debe imponer juicios sino dejar que el paciente busque por sí mismo.

Por ejemplo el neurótico trata de huir de conocer el cometido de su vida, pero el darle a conocer esta posibilidad y guiarle a una mayor comprensión de ello puede ayudarle mucho. Es una alternativa a seguir pensando reiteradamente en sus dificultades y síntomas.

a) Los temas fundamentales de la logoterapia

✓ Sentido de la vida

Es único y específico para cada ser humano y concreto en cada momento de su existencia. Es cambiante pero nunca cesa.

Cada uno ha de buscarlo por sí mismo en consonancia con su propia voluntad y sus valores. La tarea es única al igual que su modo de llevarla a cabo. Puede ser un reto en cualquier situación vital.

El sentido de la vida no sólo nace de la propia existencia sino que también hace frente a la existencia. No se inventa si no que se descubre. En dicha búsqueda la vida inquiere al hombre y el hombre a la vida. Para Frankl, la vida podría adquirir sentido mediante la realización de valores que según él es de tres tipos:

- Creativos: acción
- Vivenciales: experimentar o sentir algo por algo o alguien. Ejemplo: el amor.
- De actitud: por ejemplo hacia el sufrimiento.

Para otros la vida cobra sentido a través de la realización de valores orientados hacia más allá de uno mismo (valores morales), hacia otras personas queridas, hacia el trabajo, hacia la autorrealización, factores estéticos, entre otros.

Excepcionalmente se puede uno refugiarse en valores morales para ocultar conflictos internos. Pero hay que ver que en realidad son principios (que conducen por ejemplo al fanatismo) que hay que desenmascarar (por ejemplo buscando cuáles son las razones que las sustentan y las incoherencias). También a veces dichos valores pueden ser espejismos, pero su fuerza para motivar suele durar poco.

Respecto a los valores existen algunos comunes (relación con idea de Jung de inconsciente colectivo) y otros individuales.

También se puede encontrar sentido a diferentes aspectos de la vida: AMOR (única manera de aprehender a otro ser humano en lo más profundo de la personalidad. Nadie puede conocer la verdadera esencia del otro si no le ama. Amor como método de conocimiento), SUFRIMIENTO (encontrarle sentido hace que disminuya, posibilidad de sufrir con valentía, presión de la sociedad por ser felices aumenta el sufrimiento cuando no se consigue).

La capacidad de autotranscendencia es una fuente de sentido, lo que quiere decir que el hombre se realiza en el mundo y no dentro de sí mismo lo que le da la posibilidad de estar abierto y no cerrado a la existencia. Niega que la meta esté en la autorrealización, es decir que se realiza no al centrarse en sí mismo sino al cumplir el sentido de su vida, lo que puede ser un efecto secundario de la autotranscendencia (hacia otros, hacia lo que sucede, hacia Dios, entre otros). Frankl también considera que las ideas religiosas pueden ofrecer una posibilidad de sentido para algunas personas; define la religión como: "la búsqueda del hombre del significado último"

b) El hombre necesita algo por lo que vivir

Nietzsche dijo: "Quién tiene un por qué para vivir puede soportar casi cualquier cómo". Esto se pudo ver en los campos de concentración en donde sobrevivían mejor los que esperaban algo por realizar en sus vidas.

Frankl encuentra que la muerte puede enriquecer el sentido de la vida y afirma que "el sentido de la existencia humana, se basa en su carácter irreversible", pues, "si el hombre fuese inmortal,

podría demorar cada uno de sus actos hasta el infinito". "No es la duración de una vida humana en el tiempo lo que determina la plenitud de su sentido". "Lo que carece de sentido de por sí, no lo adquiere por el hecho de que se eternice". Al tomar conciencia de que su tiempo puede terminar es más posible que reaccione para aprovechar su tiempo y hacer más plena su vida. La transitoriedad de la vida sería por ello un incentivo para emprender una acción responsable.

c) Libertad

Destaca la importancia de la libertad del hombre y su relación con la responsabilidad. Afirma que hay un espacio para ella más allá de los condicionamientos.

Metáfora de la Estatua de la Libertad: Frakl afirmaba que en la costa que estaba enfrente de la Estatua de la Libertad hubiera sido necesario poner la "Estatua de la Responsabilidad", ya que libertad y responsabilidad no se pueden separar.

La libertad se puede usar para aceptar o no un sentido potencial (no tendría sentido actuar impulsado involuntariamente), de manera que se tome una decisión consciente en relación con lo que uno se identifica que tiene que ver con la dirección hacia la que uno va (Se puede hallar un paralelismo entre esta idea y la de intencionalidad).

No elegimos existir o no existir; el ejercicio de la libertad sólo determina la forma de la existencia.

También destaca que no habría realmente un sentido o moralidad si se ejecuta un valor para tranquilizar la conciencia (fariseísmo).

d) Valor de la crisis y el conflicto

En la logoterapia se ve como algo positivo que haya una cierta dosis de conflictividad. La búsqueda del sentido puede surgir de una tensión interna y no de un equilibrio. E incluso considera que dicha tensión es necesaria para una buena Salud Mental. La búsqueda de sentido o

la duda de que exista no tiene por qué ser consecuencia de una enfermedad (separación de la psicoterapia del concepto salud-enfermedad).

La salud se basa en cierto grado de tensión. La tensión se produce entre lo que ya se ha logrado y lo que aún no se ha conseguido y puede estimular al desafío. El objetivo no sería vivir sin tensiones sino luchar por una meta que merezca la pena. Y por eso la Logoterapia a veces puedes intentar estimular la tensión del individuo para favorecer su evolución.

Incluso un momento de crisis vital puede ser una gran oportunidad para revisar los propios valores y encontrar un sentido de la vida más en consonancia con uno mismo.

e) Visión del hombre

El hombre es un ser cuyo principal interés consiste en un cumplir un sentido a través de la realización de valores. Y no en la mera gratificación de impulsos e instintos, adaptación al medio, entre otros.

✓ Ontología dimensional

Visión de unidad del hombre a través de la integración de verdades parciales. Para Frankl esta visión unitaria daría lugar a una nueva dimensión como consecuencia de la unión de las diferentes dimensiones y de la vida exterior e interior, sería una unidad en la multiplicidad o bien unidad múltiple que definiría la existencia humana (hay unidad antropológica aunque haya diferencias ontológicas entre las modalidades diferenciales del ser) para hacerlo más claro Frankl propone lo que llama "ontología dimensional". Y supondría ir más allá de las psicologías que sólo ven un lado del ser del hombre. Y siempre teniendo en cuenta que las diferentes dimensiones siempre están estrechamente entrelazadas en la realidad y no separadas.

f) Problemas existenciales

- **Frustración existencial:** Cuando se frustra la voluntad de sentido. Puede llegar a provocar una neurosis.
- **Vacío existencial:** Cada vez es más frecuente. Pérdida del sentimiento de que la vida es significativa lo que lleva al TEDIO y a veces genera TENSIÓN. No saber qué hacer, aburrimiento, "neurosis dominical". La persona puede llegar incluso a: suicidio, adicciones, diferentes síntomas psíquicos. Cuando esto sucede es conveniente complementar cualquier tipo de tratamiento con la Logoterapia para prevenir recaídas.
- **Encubrimiento:** voluntad de poder, dinero, búsqueda compulsiva del placer (libido agresiva).
- **Neurosis noógena:** Por conflicto de valores distintos dentro de uno mismo, se genera un conflicto interno que bloquea. Psicoterapia ideal: Logoterapia.

✓ Límites y riesgos

- Riesgo de caer en el voluntarismo.
- Omitir dimensiones más primarias como posible origen del conflicto.
- Masoquismo
- No adaptar el discurso al nivel del interlocutor.
- Huida hacia el futuro potencial sin asumir conciencia de la responsabilidad en el presente.
- Culpar al paciente de no encontrar un sentido a su vida.
- Huida hacia el mundo sin tomar conciencia de uno mismo.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En este capítulo se presenta la planificación que ayudó a los alumnos practicantes a tener un control establecido sobre las actividades esperadas en su centro de práctica.

3.1 Programa de práctica profesional dirigida

a) Propósito del curso

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.

b) 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

c) 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.

d) Contenido temático del curso

- ✓ Planificación de programas de aplicación de la Psicología
- ✓ 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

e) 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.

f) Formas / técnicas / procedimientos de evaluación

Actividades	Punteo
I FASE	
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de Referente metodológico	5 puntos
Elaboración de Marco de Referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos
II FASE	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de Psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
III FASE	
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del Informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del Informe	5 puntos
Presentación completa del Informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

3.2 Cronograma de actividades

I FASE Del 21 de enero al 28 de abril

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad (día sábado 6/02) 	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica.</p> <p>Diagnóstico de Conocimientos</p> <p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo</p>	<p>Entrega de resumen del libro</p> <p>La Entrevista psiquiátrica Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos</p>
La entrevista	<p>Panel foro</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p>	<p>Guía de lectura Valor 5 puntos</p>
Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico	<p>Laboratorio</p> <p>Inicio de práctica lunes 1 de Marzo</p> <p>En centro de práctica: Investigación marco de referencia.</p> <p>Observación de actividades</p> <p>Integración en actividades del centro de práctica</p> <p>Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica</p>	<p>Entrega y revisión Valor 5 puntos</p>
Referente metodológico	<p>Elaboración de Referente metodológico</p> <p>En centro de práctica:</p> <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos.</p> <p>Registro de casos/ formularios, entre otros.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, entre otros.</p> <p>Discusión de casos.</p>	<p>Entrega y revisión del Marco de referencia. Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).</p>
Detección y atención de casos en centro de práctica		
Marco de referencia	<p>Elaboración de Marco de Referencia</p>	<p>Entrega y revisión Valor 5 puntos</p>
<p>Análisis y discusión de formas de Psicoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psicoterapias psicoanalíticas -Psicoterapias Humanistas --Psicoterapias Conductistas 	<p>Exposiciones y aplicaciones prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos.</p> <p>Entrega de Informes Mensuales / cada mes</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes.</p>

II FASE Del 6 de mayo al 26 de agosto

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

III FASE Del 2 de septiembre al 18 de noviembre

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
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 informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Valor 5 puntos Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)
Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos
Primera revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe Valor 5 puntos
Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del Informe Valor 5 puntos
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos
Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Mes: enero -febrero

Lugar: Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM)

Alumna Practicante: Jessica Haydeé Mota Rosales

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Encontrar la institución adecuado para realizar la práctica profesional dirigida.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de planificación de actividades generales de la práctica de campo ✓ Visitar el centro de práctica. ✓ Hacer acuerdos con autoridades del centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita el centro de práctica - Comunicación verbal y escrita con las autoridades del centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos 	- Establece en conjunto con las autoridades educativas una forma de trabajo que permita la convivencia y colaboración con el personal y pacientes de la institución.

Mes: marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Establecer en conjunto una forma de trabajo que permita la reflexión, el análisis y la síntesis de la práctica.</p> <p>Conocer el movimiento que se realiza en el departamento de psicología para integrarse adecuadamente a él.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado ✓ Diagnóstico institucional. ✓ observación de actividades ✓ Integración en actividades del centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -observación -Comunicación oral y escrita. <p>Investigaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos -Hojas de papel -Lapiceros -computadora 	<p>Establece en conjunto una forma de trabajo que permita la reflexión, el análisis y la síntesis de la práctica.</p> <p>Conoce el movimiento que se realiza en el departamento de psicología para integrarse adecuadamente a él.</p>

Mes: abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Analizar detalladamente cual es la problemática principal que se da en el centro de práctica.</p> <p>Desarrollar un ambiente propicio de trabajo a través de diversas actividades.</p>	<p>✓ Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica</p> <p>✓ Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas.</p> <p>✓ Registro de casos, formularios.</p>	<p>- Actividades vivenciales</p> <p>- Dinámicas</p>	<p>-Institucionales</p> <p>-Humanos</p> <p>-Hojas de papel</p> <p>-Lapiceros</p> <p>-Internet</p>	<p>Analiza detalladamente cual es la problemática principal que se da en el centro de práctica.</p> <p>Desarrolla un ambiente propicio de trabajo a través de diversas actividades.</p>

Mes: mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Desarrollar habilidades y destrezas en la aplicación de cuestionarios y pruebas proyectivas.</p> <p>Aclarar dudas sobre la aplicación e interpretación de pruebas proyectivas y cuestionarios.</p>	<p>✓ Registro de casos, formularios.</p> <p>✓ Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas.</p>	<p>-Actividades vivenciales.</p> <p>-Entrevistas</p>	<p>-Institucionales</p> <p>-Humanos</p> <p>-Hojas de papel</p> <p>-Lapiceros</p> <p>-computadora</p> <p>-test</p> <p>-cronómetro</p>	<p>Desarrolla habilidades y destrezas en la aplicación de cuestionarios y pruebas proyectivas.</p> <p>Aclara dudas sobre la aplicación e interpretación de pruebas proyectivas y cuestionarios</p>

Mes: junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Incrementar los conocimientos sobre la entrevista para la elaboración adecuada de la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discusión de casos. ✓ Elaboración de historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Observación - Comunicación verbal y escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos -Hojas de papel -Lapiceros 	Incrementa los conocimientos sobre la entrevista para la elaboración adecuada de la historia clínica.

Mes: julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Integrar todos los datos internos que han sido descubiertos para presentarlos de forma estadística.</p> <p>Definir el tema de investigación de psicodiagnóstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos ✓ Investigación del tema de psicodiagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Observación - Comunicación verbal y escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos -Hojas de papel -Lapiceros -Laptop 	<p>Integra todos los datos internos que han sido descubiertos y los presenta de forma estadística.</p> <p>Define el tema de investigación de psicodiagnóstico.</p>

Mes: agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Ofrecer capacitaciones a diversos grupos sobre temas de interés e importancia para cada grupo.</p> <p>Agradecer al centro de práctica el tiempo y espacio que se le brindó a la alumna practicante.</p>	<p>✓ Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores</p> <p>✓ Elaboración de Proyecto de Salud Mental</p> <p>✓ Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad.</p> <p>✓ Clausura en centro de Práctica</p>	<p>- Exposiciones</p> <p>- Audio visuales</p> <p>- Actividades vivenciales</p> <p>- Dinámicas</p>	<p>-Institucionales</p> <p>-Humanos</p> <p>- Hojas</p> <p>-Lapiceros</p>	<p>Ofrece capacitaciones a diversos grupos sobre temas de interés e importancia para cada grupo.</p> <p>Agradece al centro de práctica el tiempo y espacio que se le brindó a la alumna practicante.</p>



Vo. Bo. Catedrática encargada de práctica V
Licda. Sonia Pappa

Jessica Haydeé Mota Rosales
Alumna - practicante

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En el presente capítulo se encuentran todos aquellos resultados obtenidos a lo largo del proceso de la Práctica Profesional Supervisada, específicamente del área clínica; en el cual se detallan los logros, las limitaciones que la alumna practicante fue encontrando durante este recorrido.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Elaborar de forma correcta las historias clínicas de los pacientes, para poder llevar un control y registro adecuado, sobre cada uno de manera individual.
- ✓ Poder madurar y crecer como persona, durante el desarrollo de la práctica profesional supervisada.
- ✓ El poder visitar distintas aldeas del departamento de Chimaltenango, con el propósito de impartir charlas, han sido de gran ayuda para sensibilizar y volver más humana a la alumna practicante.
- ✓ Ayudar de forma desinteresada a los habitantes de Chimaltenango que visitan la clínica de APROFAM, brindándoles ayuda con orientación psicológica y asesorías en planificación familiar.
- ✓ Enriquecer y fortalecer todos los conocimientos adquiridos en la formación académica, durante el desarrollo de la práctica, para ser una profesional con excelente base académica, principios morales y éticos.
- ✓ Vencer la timidez, la inseguridad, que por varios años, estuvieron impidiendo un buen desenvolvimiento de la alumna practicante.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ El espacio físico destinado a la atención psicológica es muy reducido, especialmente a la hora de trabajar con niños.
- ✓ No se cuenta con el material suficiente para poder atender de manera adecuada a los niños que llegan a terapia a la clínica de APROFAM
- ✓ Se dan muchas interrupciones por parte de la administradora, a la hora de estar en terapia con los pacientes.
- ✓ En ocasiones no se respeta la privacidad del paciente, debido a que personas ajenas a la terapia ingresan la clínica sin previo aviso, principalmente la administradora.
- ✓ No se cuenta con la libertad necesaria para poder hacer mejoras físicas a la clínica destinada a la orientación psicológica.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ La psicología en el área clínica es de suma importancia, debido a que actualmente, se observa que, la población no solamente de Chimaltenango si no que de Guatemala en general, está atravesando por situaciones muy difíciles que necesitan de una orientación psicológica adecuada; y es ahí donde entra en juego el psicólogo o psicóloga para poder ayudar a las personas más necesitadas del país y su comunidad.
- ✓ Se ha podido observar durante el desarrollo de la práctica que muchas personas consideran el tratamiento psicológico como una pérdida de tiempo y dinero; motivo por el cual no le dan la importancia necesaria al bienestar emocional y psicológico de su persona.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Que la clínica destinada para la atención psicológica, pueda ser ampliada para obtener mejores resultados en los tratamientos brindados a los y las usuarias de la clínica de APROFAM

- ✓ Se recomienda fomentar y concientizar a los usuarios que visitan la clínica sobre la importancia que posee la atención psicológica en la vida para poder superar los conflictos que muchas veces se llevan en secreto, causando un daño devastador.
- ✓ Es recomendable que en la Institución tome con más seriedad el área psicológica y no se interrumpa a la psicóloga cuando está en terapia, debido a que esto trasciende de una forma negativa en la percepción del paciente y hace que se pierda la concentración y la confianza en la efectividad del tratamiento.

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

Historia Clínica No. 1

a. Datos generales

Nombre: L.R.M.

Sexo: femenino

Edad: 63 años

Religión: católica

Escolaridad: enfermería

Ocupación: jubilada

Estado civil: divorciada

b. Motivo de consulta

La paciente refiere que desde hace como 7 meses empezó a mostrarse diferente a como era antes. Se ve muy desganada. No se siente motivada para realizar ninguna actividad. Sólo quiere estar en su habitación y no desea salir con sus amigas. Se mantiene aislada y sola en su habitación, lo cual ya es preocupante porque ha perjudicado la relación familiar, la relación con sus inquilinos y con sus vecinos.

c. Historia del problema actual

Es una señora de 63 años de edad, enfermera jubilada, decidió venir a consulta debido a que últimamente se ha sentido muy desganada, sin deseos de hacer nada, siente angustia al estar en su cama, se ha deteriorado la relación que existe entre ella y sus inquilinos, no le gusta estar en su casa debido a que se siente sola, a pesar de la presencia de los inquilinos; todo esto debido a que ella refiere que ha visitado una gran cantidad de médicos debido a los malestares físicos que presenta, tales como náuseas constantes, falta de sueño, falta de apetito, alteración de nervios, y todas las visitas han sido en vano, ya que no le han podido dar un diagnóstico asertivo sobre sus padecimientos físicos.

L. no cuenta con el apoyo moral ni económico de sus dos hijos, lo único que recibe por parte de ellos son regaños y desprecios, principalmente del hijo menor, y eso la hace sentirse más deprimida aún, tanto que ha perdido el gusto por escribir poemas y hacer todas las cosas que le gustan.

d. Factores precipitantes

L. Refiere que todos estos malestares tanto físicos como emocionales surgieron a raíz de lo que ella cree es padecimiento de colon espástico y la falta de comprensión del mismo por parte de sus hijos.

f. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación de L. ha perjudicado la relación social con sus inquilinos, vecinos, amigos, su relación familiar, e incluso el cuidado de ella misma, de su persona.

g. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente refiere que nunca antes había presentado estos síntomas y malestares, y no fue hasta el incidente de un sobrino que vivía con ella, que de pronto se casó y se fue a vivir a San Martín Jilotepeque, que ella presentó síntomas de colon espástico

h. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez, no ha sido hospitalizada, recientemente el médico le diagnóstico intolerancia al gluten.

i. Historia familiar

La paciente proviene de una familia desintegrada, son tres hermanos, de 70, 63, 58 siendo ella la segunda, el papá los abandonó cuando eran niños, la comunicación con su madre y con sus hermanos no ha sido del todo buena. La paciente se casó a los 16 años de edad y se divorció a los dos años de casada, teniendo ya un bebé de 4 meses; se casó nuevamente a los 22 años y se divorció a los 25. Tuvo un segundo hijo, fruto del segundo matrimonio, la relación con sus dos hijos fue estable durante la infancia y adolescencia.

j. Examen mental

La paciente se presenta a la clínica sola, mostrando ansiedad y un sentimiento de profunda tristeza a la hora de hablar; cuando habla de sus hijos y sus malestares se le quiebra la voz; su lenguaje es adecuado.

Se viste de manera adecuada, sin embargo en la postura corporal manifiesta nerviosismo e inseguridad, muestra ser inteligente y muy culta.

k. Criterios diagnósticos

Signos	Síntomas
✓ Desgano	✓ Soledad
✓ Debilidad	✓ Tristeza
✓ Nerviosismo	✓ Angustia

1. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno
Eje I	Trastorno de somatización
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Conflictos con hermanos e hijos
Eje V	60-51

m. Pronóstico

El caso es favorable, si la paciente se somete a tratamiento psicológico

n. Plan terapéutico

El tratamiento con mayor eficacia en el tratamiento específico del trastorno de somatización es basado en procedimientos cognitivos conductuales, utilizando las siguientes técnicas.

- ✓ Relajación progresiva
- ✓ Técnicas de respiración
- ✓ Desensibilización sistemática
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales
- ✓ Técnica de inundación
- ✓ Técnica de exposición en la imaginación

Historia Clínica No. 2

a. Datos generales

Nombre: M.E.L.R.

Sexo: femenino

Edad: 16 años

Religión: católica

Escolaridad: tercero básico

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

b. Motivo de consulta

La paciente refiere que llega a consulta porque presenta bajo rendimiento escolar y cambio de actitudes desde el momento que se enteró que era hija adoptada

c. Historia del problema actual

M. es una señorita de 16 años, estudiante de tercero básico, decidió juntamente con su mamá venir a consulta, debido a que su rendimiento escolar ha bajado notablemente, eso a consecuencia de que hace 5 meses una tercera persona le reveló que ella era hija adoptada, y lo hizo de forma mal intencionada.

La paciente refiere sentirse dolida, no tanto por el hecho de ser adoptada si no por no enterarse por boca de la propia madre de ese acontecimiento; al saberlo ella, automáticamente cambió sus actitudes hacia la madre, decayó considerablemente en sus estudios y sus relaciones interpersonales se deterioraron.

En el colegio se distrae muy fácilmente, molesta demasiado con sus compañeros, no presta atención a sus cursos, no entrega trabajos ni tareas, le contesta a sus maestros. Descontroló su alimentación, a veces come a veces no, y si come no es lo necesario.

d. Factores precipitantes

M. Refiere que todos estos problemas se originaron a raíz de que se enteró que era hija adoptada, por una persona ajena a su familia, quién se lo dijo con malas intenciones

e. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación de M. ha perjudicado la relación con su mamá, se siente muy dolida por el hecho de que ella le haya ocultado la verdad, no siente deseos de estudiar, solo le interesa molestar con amigos y amigas.

f. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente refiere que no había presentado este tipo de actitudes, hasta que se enteró de su origen, antes de saber todo, ella era buena estudiante, poseía excelentes notas, la relación con su madre era buena, muy cercana y cariñosa.

Refiere que como a todo estudiante le gustaba molestar moderadamente y respetaba a sus maestros; actualmente sucede todo lo contrario.

g. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez, no ha sido hospitalizada, recientemente visitó al médico por gastritis, debido al descontrol existente en su alimentación.

h. Historia familiar

La paciente es hija única, pero es adoptada, solo vive con la mamá por que el papá que era policía falleció cuando ella tenía 5 años aproximadamente, la mamá trabaja todo el día, descansa solamente un día entre semana, debido a que tiene que trabajar los fines de semana completos.

La paciente almuerza, hace tareas, se baña en casa de su tía, a su casa solo llega a cenar y dormir.

No le tiene confianza a su mamá por el mismo motivo de que trabaja todo el día y casi no le dedica tiempo, la relación con ella se deterioró poco tiempo después de haber fallecido su papá, y empeoró cuando ella se enteró que era hija adoptada.

Lo que más le molesta y le duele es que haya sido su tía quién le dijera la verdad, luego de ella enterarse por boca de una persona mal intencionada.

i. Examen mental

La paciente se presenta a la clínica acompañada de su mamá, mostrando un poco de indiferencia a la hora de explicar el por qué había llegado; cuando habla lo hace en tono sarcástico y su postura es desafiante o retadora.

Cuando habla de su mamá se puede notar en la voz rastros de rencor, amargura y resentimiento, algunas de burla.

j. Criterios diagnósticos

Signos	Síntomas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indiferencia ✓ Sarcasmo ✓ Rencor ✓ Amargura 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedad ✓ Falta de apetito ✓ Tristeza

k. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno
Eje I	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Perturbación familiar por adopción
Eje V	60-70

l. Pronóstico

El caso es favorable, si la paciente se somete a tratamiento psicológico.

m. Plan terapéutico

El tratamiento con mayor eficacia en el tratamiento específico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es basado en procedimientos cognitivos conductuales, utilizando las siguientes técnicas.

- ✓ Desensibilización sistemática
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales

- ✓ Técnicas de autocontrol
- ✓ Reestructuración cognitiva
- ✓ Técnica de economía de fichas
- ✓ Técnica de reforzamiento social

Historia Clínica No. 3

a. Datos generales

Nombre: J.L.J.DL.L.

Sexo: masculino

Edad: 15 años

Religión: evangélica

Escolaridad: tercero básico

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

b. Motivo de consulta

La paciente refiere que llega a consulta porque presenta bajo rendimiento escolar porque se siente triste y decepcionado debido a las falsas promesas de su mamá.

c. Historia del problema actual

J. es un jovencito de 15 años, cursante del tercer grado de educación básica, se presentó a consulta debido a que fue referido por la orientadora del instituto donde estudia, por el bajo rendimiento escolar que presenta desde hace más de un año.

El joven refiere que no le dan ganas de estudiar, solo quiere jugar videojuegos o navegar por internet, debido a que se siente defraudado por parte de la mamá, porque ella le promete una gran cantidad de cosas materiales, de las cuales no les cumple ninguna.

Además explica que hay cursos que son muy difíciles, como física fundamental y electricidad, que no entiende por más que le expliquen, entonces opta por darle más importancia a salir con sus amigos o dormir.

d. Factores precipitantes

J. refiere que todos estos problemas se originaron a raíz de que se él no le perdona a la mamá el hecho de haberlo abandonado, sin nadie que se hiciera cargo de él, en la ciudad capital y la cantidad de promesas que le ha hecho, de las cuales ninguna ha cumplido hasta el momento.

e. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación de J. ha perjudicado la relación con ambos padres, con la abuela materna y con su tía más cercana; se siente muy dolido por el hecho de que la mamá lo haya abandonado sin motivo aparente.

f. Historia clínica y antecedentes personales

El paciente refiere que años atrás era buen estudiante, pero a mediados del año pasado cuando cursaba segundo básico, su rendimiento escolar se vio afectado, le dedica menos tiempo a estudiar y hacer tareas, e incrementó su horario para jugar videojuegos.

La abuela refiere que últimamente estaba agarrando la costumbre de salir diciendo que era por trabajos o tareas, cuando realmente salía solamente a pasar tiempo con amigos que ella no conoce.

g. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez, no ha sido hospitalizado.

h. Historia familiar

Los padres no viven con él, ellos se encuentran en E.E.U.U. ambos con otras familias, el paciente vive solo con la abuela paterna; no tiene una buena relación con la madre, no le gusta hablar con

ella debido a que no perdona que le ocultara que iba a tener otro hijo y que lo abandonara a los 7 años en casa de unos primos, sin ningún adulto responsable a cargo.

Con el padre habla de 1 a 3 veces por año vía telefónica, con la madre habla una vez cada mes o cada 20 días, cada vez que ella le habla el se enoja demasiado porque solo le promete cosas que nunca le cumple, él le cuelga o le habla de manera muy grosera, debido a su enojo.

El padre vino a verlo el año pasado, el paciente refiere que no disfrutó su presencia, debido a que estaba en compañía de sus otros hijos y estaba muy enojado por eso, porque el papá solamente lo comparaba con sus otros dos hermanos.

i. Examen mental

El paciente se presenta en la clínica acompañado de su abuela paterna, mostrando nerviosismo y titubeando al hablar; cuando se refiere a su mamá se puede notar en la voz el enojo, resentimiento que siente hacia ella.

Es muy tímido, su postura muestra inseguridad, ansiedad, cuando se le hacen algún tipo de preguntas se muestra resistente, la mirada se observa perdida, como si solamente estuviera presente el cuerpo más no su mente.

j. Criterios diagnósticos

Signos	Síntomas
✓ Indiferencia	✓ Ansiedad
✓ Enojo	✓ Tristeza
✓ Rencor	✓ inseguridad
✓ Mirada ausente	

k. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno
Eje I	Trastorno depresivo mayor
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Abandono de la madre
Eje V	50-40

l. Pronóstico

El caso es favorable, si el paciente se somete a tratamiento psicológico

m. Plan terapéutico

El tratamiento con mayor eficacia en el tratamiento específico del trastorno depresivo mayor es basado en procedimientos cognitivos conductuales, utilizando las siguientes técnicas.

- ✓ Relajación progresiva
- ✓ Técnicas de respiración
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales
- ✓ Reestructuración cognitiva
- ✓ Programación de actividades
- ✓ Técnicas de dominio y agrado

Historia Clínica No. 4

a. Datos generales

Nombre: A.R.A.G.

Sexo: masculino

Edad: 11 años

Religión: católica

Escolaridad: 6to. Primaria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

b. Motivo de consulta

La mamá del paciente refiere que es muy agresivo, tanto en su casa como en el colegio, es rebelde y le responde constantemente a ella.

c. Historia del problema actual

A. es un niño de 11 años, estudiante de 6to. Primaria, se presentó a consulta porque la madre refiere que es un niño muy agresivo, en el colegio y en su hogar; recientemente fue suspendido 3 días del colegio debido a que se vio involucrado en un pelea dentro de las instalaciones del colegio.

Su comportamiento con los compañeros del colegio no es adecuado, se altera muy fácilmente ante cualquier estímulo y los agrede física y verbalmente; con respecto a los maestros le es muy difícil seguir instrucciones y no hace caso cuando ellos le indican que no debe agredir a sus compañeros.

d. Factores precipitantes

A. refiere que todos estos problemas se originaron a raíz de que su papá es muy agresivo con él, lo corrige con patadas y manadas en diversas partes del cuerpo.

e. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación de A. ha perjudicado la relación con su mamá, con sus dos hermanas y con los compañeros del colegio.

f. Historia clínica y antecedentes personales

La mamá del paciente refiere que no había presentado este tipo de actitudes, hasta que el papá lo empezó a golpear con patadas y manadas, argumentando que así es como se debía corregir a los niños para hacerlos hombres.

g. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez, no ha sido hospitalizado.

h. Historia familiar

El paciente proviene de una familia integrada por papá, mamá, él es el mayor de 3 hijos, tiene dos hermanas de 9 años una y otra de 11 meses.

La mamá se hace cargo de una tienda que le quedó como herencia por parte de la mamá, la tienda se encuentra en su casa.

El papá es guardaespaldas, llega a su casa solamente fines de semana es muy agresivo con el paciente, le pega en varias partes del cuerpo para corregirlo y lo hace con patadas o manadas, jalones de pelo y agresiones verbales.

i. Examen mental

El paciente se presenta a la clínica acompañado de su mamá, se muestra tímido, ansioso, nervioso, su postura corporal es relajada.

Cuando habla el tono de voz es regularmente normal, aunque en varias oportunidades se ha mostrado muy impaciente e inquieto. Cuando se le indica que se siente, no puede estar tranquilo, y realiza muchos movimientos con las piernas, pies y brazos.

El vestuario es adecuado a su edad.

j. Criterios diagnósticos

Signos	Síntomas
✓ Inquietud	✓ Ansiedad
✓ Impaciencia	✓ Agresividad
✓ Enojo	✓ Ira

k. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno
Eje I	Sin diagnóstico
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo. (rebeldía y agresión a causa de violencia intrafamiliar).
Eje V	60-70

l. Pronóstico

El caso es favorable, si el paciente se somete a tratamiento psicológico

m. Plan terapéutico

El tratamiento con mayor eficacia en el tratamiento específico de la rebeldía y agresividad es basado en procedimientos cognitivos conductuales, utilizando las siguientes técnicas.

- ✓ Relajación progresiva
- ✓ Técnicas de respiración
- ✓ Aprendizaje observacional
- ✓ Reestructuración cognitiva
- ✓ Técnica de la extinción
- ✓ Técnica de economía de fichas
- ✓ Técnica de reforzamiento social

Historia Clínica No. 5

a. Datos generales

Nombre: Y.E.E.F.

Sexo: femenino

Edad: 13 años

Religión: evangélica

Escolaridad: 1ro. Básico

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

b. Motivo de consulta

La mamá de la paciente refiere que presenta bajas calificaciones en el colegio e ideas suicidas, debido a las malas amistades que posee tanto dentro del colegio como fuera del mismo.

c. Historia del problema actual

Y. es una señorita de 13 años, cursa primero básico, refiere que se comporta así porque en su casa no la entienden, nada de lo que ella hace les gusta, en su casa se aburre, no hay nada que hacer y en el colegio si se divierte, refiere que actualmente la tienen castigada, no la dejan salir a pasear con sus amigos porque sus padres descubrieron que se corta, la paciente refiere que lo quiere dejar de hacer.

d. Factores precipitantes

Y. refiere que todos estos problemas se originaron a raíz de que se sus papás se divorciaron, y meses después se volvieron a unir, argumentando que lo hacían por el bien de ella y su hermana menor.

e. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación de Y. ha perjudicado la relación con sus padres, con su hermana.

f. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente ha presentado tendencia suicida, cada vez que se enoja, se siente sola o está triste, se corta las piernas, presenta múltiples cicatrices, tiene pequeños rayones en los costados del

vientre, en tobillos y en el brazo derecho. La paciente refiere que se siente bien cuando se corta y ve brotar la sangre, es una forma de desahogarse.

Así mismo explica que tiene amigos “normales” y amigos “roqueros”; y ninguna de las dos clases de amistades son de agrado para sus papás.

Cuando la paciente no se agrede así misma se siente demasiado ansiosa y cuando ha estado enojada y no tiene nada punzocortante para agredirse, en una ocasión, llegó al extremo de intentar cortarse con ganchos que llevaba en el pelo y como no fue de ayuda, utilizó sus propias uñas para lastimarse y sentirse bien.

Al mismo tiempo comenta que le gusta tomar sangre, en ocasiones se pincha los dedos de las manos con el único propósito de tomarse la sangre; y cuando ve sangrar a otras personas se siente muy ansiosa y le dan ganas de tomar la sangre que ve brotar.

g. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez, no ha sido hospitalizada.

h. Historia familiar

La paciente viene de una familia integrada por papá, mamá y una hermana de 9 años. Hace dos años los papás estaban separados, durante la separación la paciente vivió con el papá. Actualmente los padres viven nuevamente juntos, argumentando que fue por el bien de sus hijas que decidieron darse una nueva oportunidad.

El padre lleva más de año y medio de estar sin trabajo, la madre es auxiliar de enfermería, él es muy grosero en la forma de tratar a la señorita, la agrede verbalmente, no la deja hablar ni con amistades de la iglesia.

La paciente no se lleva bien con sus papás, no la entienden, no la comprenden; la paciente explica que le molesta que cuando la madre llega de trabajar, no le presta nada de atención, solo pasa

tiempo con su esposo, si ella les habla no le prestan la menor atención y les da igual todo lo que ella haga.

i. Examen mental

La paciente se presenta a la clínica acompañado de su mamá, ansiosa, insegura, muestra resistencia a la hora de hablar, el tono de voz deja un rastro de resentimiento y tristeza.

La paciente anda a la defensiva, se siente desprotegida, muestra desconfianza, se ve preocupada por la situación que está viviendo.

El vestuario es adecuado a su edad, aunque opta por utilizar colores oscuros.

j. Criterios diagnósticos

Signos	Síntomas
✓ Inquietud	✓ Ansiedad
✓ resistencia	✓ tristeza
✓ falta de protección	✓ soledad
✓ desconfianza	✓ resentimiento

k. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno
Eje I	Trastorno depresivo mayor
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas relativos al ambiente social (tendencia emo)
Eje V	50-40

l. Pronóstico

El caso es favorable, si la paciente se somete a tratamiento psicológico

m. Plan terapéutico

El tratamiento con mayor eficacia en este caso, es basado en procedimientos cognitivos conductuales y gestálticos utilizando las siguientes técnicas.

- ✓ Relajación progresiva
- ✓ Técnicas de respiración
- ✓ Desensibilización sistemática
- ✓ Aprendizaje observacional
- ✓ Técnicas de autocontrol
- ✓ Técnica de inundación
- ✓ Reestructuración cognitiva
- ✓ Técnica extinción
- ✓ Técnica “yo asumo la responsabilidad”
- ✓ Técnica del diálogo
- ✓ Técnica de invertir roles

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Poder dirigirse a personas de escasos recursos e impartirles temas de interés para beneficio tanto propio como de sus familias.
- ✓ Tener la satisfacción de saber que como futura psicóloga está aportando su granito de arena, para poder brindar orientación sobre diversos temas a diferentes grupos de personas, desde niños hasta madres de familia.
- ✓ Concientizar a la alumna practicante sobre el estilo de vida de las personas, con esta experiencia, se logra ser más humilde, más humano y se aprende a valorar las cosas que se poseen; es una experiencia muy bonita y gratificante si se realiza conscientemente.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ La falta de accesibilidad para algunas comunidades se volvía en una de las mayores limitantes de esta experiencia.
- ✓ El machismo presente aun en algunos lugares de Chimaltenango fue otra limitante, y debido a eso no se gozaba de absoluta libertad a la hora de impartir la charla establecida.

- ✓ La falta de conocimiento de idiomas indígenas a la hora de impartir determinada charla, debido a que en ciertas comunidades se comunican solamente en los idiomas maternos, y fue necesario buscar la ayuda de un traductor para poder lograr una comunicación con el grupo de personas.
- ✓ La falta de recursos económicos para poder viajar a los lugares donde estaban programadas las charlas se convertía en otro obstáculo, debido a que la institución con mucha dificultad se hacía cargo de los gastos de transporte.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Se puede concluir en general que, el salir de la institución a impartir charlas a distintos lugares del departamento de Chimaltenango, ha sido una experiencia muy buena y gratificante, que ayuda a crecer como persona y a valorar todas las posesiones, tanto materiales como no materiales.
- ✓ Las capacitaciones han sido de gran beneficio para la alumna practicante, ha adquirido nuevos conocimientos, técnicas y dinámicas, así como ha mejorado y reforzado los conocimientos ya existentes.
- ✓ Cada charla impartida ha sido una experiencia totalmente nueva para la alumna practicante.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Conocer previamente los lugares a donde se van a impartir las charlas para poder preparar el medio transporte, el material necesario, adecuándolo a las necesidades de la población solicitante.
- ✓ Negociar con las personas que solicitan las charlas sobre viáticos de la psicóloga, debido a que la Institución no cuenta con los recursos para solventar dicho gasto.
- ✓ Capacitar constantemente a la psicóloga con técnicas y dinámicas nuevas para trabajar con grupos.

- ✓ Averiguar previamente si la población, a la cual va dirigida la charla maneja el idioma español o no, para tomar las medidas necesarias en este aspecto, y así buscar una persona que sea traductor o intérprete.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Charla de autoestima

Dirigida a madres de familia de la Escuela Oficial Mixta Aldea Chuaquenum, municipio de Patzún, Chimaltenango.

Fecha: viernes 11 de mayo de 2012

1. Objetivos

- ✓ Identificar el valor que cada uno de ellas tiene como persona, reconociendo los factores que debilitan la estima personal para ser capaces de evitarlos.
- ✓ Favorecer el conocimiento personal y su valoración, profundizando en los componentes que determinan la imagen que se tiene de sí mismo y proporcionando habilidades y estrategias que repercutan en la mejora del autoconcepto y autoestima.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica introductoria
- ✓ Disertación del tema central “autoestima” a través de exposición
- ✓ Preguntas orales

3. Recursos

- ✓ Computadora
- ✓ Cañonera
- ✓ Equipo de sonido
- ✓ Hojas en blanco

- ✓ Material escrito (trifoliales)
- ✓ Sillas

4. Cronograma de actividades (ver anexos)

5. Contenido

- Autoestima

Autoestima se le conoce como un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia uno mismo, hacia la manera de ser y de comportarse, y hacia los rasgos del propio cuerpo y el carácter.

- Autoestima baja

Aquellas personas que tienen una baja autoestima suelen ser personas que aunque no se creen inferiores al resto si consideran a los demás en una posición más elevada a la suya. Esto supone que, inconscientemente, se sientan en una posición retrasada en relación a los que le rodean a la hora de iniciar o realizar alguna acción.

- Características de una persona con baja autoestima

- ✓ Desprecia sus dones
- ✓ Se deja influir por los demás
- ✓ No es amable consigo misma
- ✓ Se siente impotente
- ✓ Actúa a la defensiva
- ✓ Culpa a los demás por sus faltas y debilidades

Autoestima media

Este tipo de personas tienen una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones esta puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo.

- Autoestima alta

Las personas de gran autoestima han nacido para triunfar en todos los aspectos de su vida. Se creen seres poderosos y en posesión de la verdad en todo momento. Son personas a las que resulta muy difícil hacerlas venir en razón.

Charla 2

Charla de cuando iniciar tu vida sexual

Dirigida a alumnos de 5to. y 6to. Primaria del Colegio Camino al Cielo, San Lucas Sacatepéquez.

Fecha: viernes 01 de junio de 2012

1. Objetivos

- ✓ Prevenir los embarazos no deseados en adolescentes.
- ✓ Retardar las relaciones sexuales en las parejas jóvenes.
- ✓ Concientizar a los niños a través de un proceso educativo que se inicia con la vivencia de ser madre/padre.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica introductoria
- ✓ Disertación del tema central “Cuando iniciar tu vida sexual” a través de exposición.
- ✓ Activación de bebés electrónicos
- ✓ Preguntas orales

3. Recursos

- ✓ Computadora
- ✓ Cañonera
- ✓ Bebés electrónicos
- ✓ Brazaletes de identificación
- ✓ Programador
- ✓ Material escrito (trifoliales)
- ✓ Escritorios

4. Cronograma de actividades (ver anexos)

5. Contenido

- ¿Cómo saber si estoy listo o lista para iniciar mi vida sexual?

El iniciar o no las relaciones sexuales en la adolescencia es una decisión muy importante, que implica una gran responsabilidad con el cuerpo y salud, como con el cuerpo y la salud de la pareja. Si se está considerando iniciar una vida sexual activa, se debe de informar y pedir consejo preferiblemente con los padres o con un adulto a quien se le tenga confianza.

Antes de tomar cualquier decisión a la ligera se deben contestar a sí mismos las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Estoy tranquilo/a con la idea de hacerlo?
- ✓ ¿Creo que me sentiré tranquilo después de hacerlo?
- ✓ ¿Tengo confianza en mi pareja?
- ✓ ¿Tengo una relación estable con mi pareja?
- ✓ ¿Tengo buena comunicación con mi pareja?
- ✓ ¿Mi pareja respetará mi derecho a decir “sí” o “no” cada vez que tenemos una relación sexual?

- ✓ ¿Me siento cómodo/a hablando del tema con mi pareja?
- ✓ ¿He hablado con mi pareja sobre métodos anticonceptivos?
- ✓ ¿Se dónde puedo adquirir métodos anticonceptivos?
- ✓ ¿Se usar correctamente un condón y mi pareja está de acuerdo en utilizarlo en cada relación que tengamos?
- ✓ ¿Conozco las consecuencias de un embarazo no deseado?

Si la mayoría de respuestas dicen que no, significa que aun se tienen dudas y no se está preparado/a para iniciar una vida sexual.

- ¿Qué necesito tener?
 - ✓ Madurez física
 - ✓ Madurez sexual
 - ✓ Madurez emocional
 - ✓ Estabilidad económica
 - ✓ Respeto por mi mismo (a)
 - ✓ Haber cumplido mis metas y sueños

Charla 3

Charla de bullying

Dirigida a madres estudiantes de 1ro., 2do. y 3ro. Básico del Instituto por Cooperativa Bola de Oro, aldea Bola de Oro, Chimaltenango.

Fecha: martes 17 de julio de 2012

2. Objetivos

- ✓ Ofrecer información que oriente a los estudiantes de manera concreta, dinámica y sencilla acerca de la problemática que involucra el acoso entre estudiantes (*bullying*).

- ✓ Crear un espacio de reflexión, análisis y resolución de problemas acerca del bullying a través de imágenes, testimonios y dinámicas entre otros, para poder aplicar lo aprendido en sus experiencias personales.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica introductoria
- ✓ Lluvia de ideas
- ✓ Disertación del tema central “*bullying*” a través de exposición
- ✓ Participación de estudiantes
- ✓ Preguntas orales

3. Recursos

- ✓ Pizarrón
- ✓ Marcadores
- ✓ Hojas en blanco
- ✓ Material escrito (trifoliales)
- ✓ Escritorios

4. Cronograma de actividades (ver anexos)

5. Contenido

- Bullying

El *bullying* es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. Estadísticamente, el tipo de violencia dominante es el emocional y se da mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares. Los protagonistas de los casos de acoso escolar suelen ser niños y niñas en proceso de entrada en la adolescencia(12-13 años), siendo ligeramente mayor el porcentaje de niñas en el perfil de víctimas.

El objetivo de la práctica del acoso escolar es intimidar, apocar, reducir, para quienes acosan o satisfacer una necesidad imperiosa de dominar, someter, agredir, y destruir a los demás que pueden presentar los acosadores como un patrón predominante de relación social con los demás.

En ocasiones, el niño que desarrolla conductas de hostigamiento hacia otros, busca mediante el método de ensayo-error, obtener el reconocimiento y la atención de los demás, de los que carece, llegando a aprender un modelo de relación basado en la exclusión y el menosprecio de otros.

- Tipos de Bullying

- ✓ Físico: Intimidación física o amenazas, golpes, empujones y agresión con objetos.
- ✓ Verbal: Insultos, humillación, burlas hacia el aspecto físico.
- ✓ Directa: Agresión hacia una persona en su presencia.
- ✓ Indirecta: Agresión a espaldas de la víctima.

Los padres pueden estar atentos a su hijo para detectar si sufren de *bullying* e identificarlo por medio de lo siguiente:

- ✓ Cambios de humor.
- ✓ Si su hijo no exterioriza su sentir y se aísla de todos o algunos de sus compañeros.
- ✓ Si no desea ir al colegio.
- ✓ Presenta bajo rendimiento escolar.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Golpes regulares que explica como caídas o accidentes.
- ✓ Sus pertenencias están maltratadas o las pierde.

Charla 4

Charla de maternidad y paternidad responsable

Dirigida a alumnos de 3ro. Básico del colegio Bless, Chimaltenango.

Fecha: viernes, 03 de agosto de 2012

2. Objetivos

- ✓ Prevenir los embarazos no deseados en adolescentes.
- ✓ Retardar las relaciones sexuales en las parejas jóvenes.
- ✓ Enseñar a los adolescentes que un bebé es un ser humano que necesita cuidados y no puede desenvolverse solo, y ser padres es una responsabilidad para toda la vida.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica introductoria
- ✓ Disertación del tema central “maternidad y paternidad responsable” a través de exposición.
- ✓ Activación de bebés electrónicos
- ✓ Preguntas orales

3. Recursos

- ✓ Computadora
- ✓ Cañonera
- ✓ Bebés electrónicos
- ✓ Brazaletes de identificación
- ✓ Programador
- ✓ Material escrito (trifoliales)
- ✓ Escritorios
- ✓ Convenios y hojas de compromisos
- ✓ Certificados de nacimiento de bebés

4. Cronograma de actividades (ver anexos)

5. Contenido

La paternidad y maternidad responsable es el vínculo permanente de sangre o relación, entre el padre y la madre con sus hijos e hijas, con reconocimiento social, que entraña sentimientos, derechos y obligaciones, ejercidos con responsabilidad para el desarrollo integral de la familia.

La paternidad y maternidad, ejercidas de una manera responsable, es una experiencia que deberá estar presente a lo largo de la vida del individuo y que inicia en el momento en que se toma la decisión de tener un hijo, que implica preparación y madurez. La responsabilidad en la paternidad y maternidad requiere de la aceptación y cumplimiento del compromiso de formar una familia saludable, tanto física como socialmente, que le permita tener todas las posibilidades de desarrollo y bienestar, con todo lo que implica a nivel económico, social, ético, educativo y en salud.

La decisión de tener un hijo o hija es un asunto muy serio. Debe tenerse en cuenta que:

- ✓ La responsabilidad de tenerlo debe ser tomada en pareja y ambos deben asumir las consecuencias de su decisión.
- ✓ Concebir un hijo o hija es responsabilidad del padre y la madre, criarlo debe ser también una experiencia compartida.
- ✓ Un hijo o hija debe ser deseado. También debe ser concebido cuando la pareja lo decida.
- ✓ Los hijos/as tienen el derecho de nacer y desarrollarse en el seno de una familia.
- ✓ La planificación familiar permite a la pareja regular su fecundidad y asumirla

El tema de maternidad y paternidad responsable se acompaña con el programa de bebés electrónicos de APROFAM, el cual permite que los jóvenes guatemaltecos vivan la experiencia de ser padres por algunos días y conozcan las responsabilidades que esto implica, sin que haya un embarazo real de por medio.

Esta forma de educar y sensibilizar a los adolescentes, con respecto a una paternidad responsable y planificada, surge de la preocupación de evitar que los adolescentes tengan que enfrentarse a un embarazo no deseado.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Mejorar y fortalecer la comunicación, la convivencia y la unidad del grupo de estudiantes de quinto año de psicología.
- ✓ Fortalecer la salud mental del psicólogo por medio de la realización de diversas actividades y talleres que promueven el autocuidado.
- ✓ Alcanzar un alto nivel de relajamiento, tanto corporal como mental, el cual ha sido de ayuda para aclarar los pensamientos y poder ser más eficiente en el desempeño de la profesión.
- ✓ Desechar las cargas y malestares, emocionales, que impiden el máximo desenvolvimiento del psicólogo.

4.3.2 Limitaciones

- ✓ El poco tiempo destinado a cada actividad, así como al proyecto en general.
- ✓ Mal manejo de la inteligencia emocional, para afrontar el pasado de la estudiante, en actividades específicas y concretas.

4.3.3 Conclusiones

- ✓ Los retiros son de vital importancia para fortalecer la salud mental del psicólogo, así como la física e intelectual; mejorando así su desempeño en el área laboral.
- ✓ Todas las actividades que se programan en este tipo de retiros, se hacen con el propósito de trabajar el autocuidado, debido a que es de suma importancia que un psicólogo mantenga un excelente equilibrio emocional a la hora de ejercer su profesión en el área clínica.
- ✓ Se concluye que cada actividad programada ha contribuido a mejorar el trabajo en equipo entre compañeros, así como fortalecer la unión y la amistad existente entre los mismos.

4.3.4 Recomendaciones

- ✓ Se recomienda realizar este tipo de retiros por lo menos una vez al año, con el fin de mantener un equilibrio emocional, a través de la realización de actividades que promuevan el autocuidado.
- ✓ Es recomendable que se vele por la calidad de la alimentación que se dará durante el retiro, para prevenir y evitar malestares físicos.
- ✓ Se recomienda que todos los participantes comenten antes de iniciar el retiro, si son alérgicos a determinada medicina o alimento para estar prevenidos ante cualquier percance.
- ✓ Velar por la salud física de todos los participantes del retiro, proveyendo un botiquín, para que sea usado en el caso de cualquier emergencia, o malestar.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud

Proyecto de Salud Mental

Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

Introducción

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

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

a. Datos generales

El proyecto se llevará a cabo en el Hotel, Restaurante de Don Carlos Beach, ubicado en la Curvina (Monterrico) de Guazacapán del municipio de Taxisco, en el departamento de Escuintla. Dicho proyecto se realizará los días sábado 6 y domingo 7 de octubre del año 2012. Su propósito principal es perpetuar los avances obtenidos hasta el momento en la salud mental de los psicólogos.

b. Descripción del proyecto

El proyecto "Fortaleciendo la salud mental del psicólogo" se realiza con el fin de que los alumnos graduandos puedan tener una salud mental adecuada al momento de egresar de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Dicho proyecto consta de una serie de actividades, incluyendo talleres, dinámicas, juegos recreativos, momentos de reflexión, entre otros; en donde los estudiantes podrán compartir con los demás integrantes del grupo y realizar diversas acciones que ayudaran a fortalecer su salud mental.

c. Justificación

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

Cada estudiante tendrá la oportunidad de autoconocerse, de poner en práctica algunas técnicas de relajación, de fortalecer relaciones interpersonales, intercambiar ideas, reflexionar acerca del estilo de vida que lleva y compartir momentos de distracción que lo alejen de la vida cotidiana;

creemos que todos estos aspectos, de manera integrada, son fundamentales para la salud mental y el correcto auto cuidado que debe poseer un psicólogo.

d. Objetivos

d.1 Objetivo general

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

d.2 Objetivos específicos

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

e. Cronograma de actividades (ver anexos)

f. Metodología

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

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

g. Recursos

✓ Humanos

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

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

✓ Didácticos

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

✓ Financieros

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

✓ Transporte

Para este proyecto se contrato un vehículo expreso.

h. Lecciones aprendidas

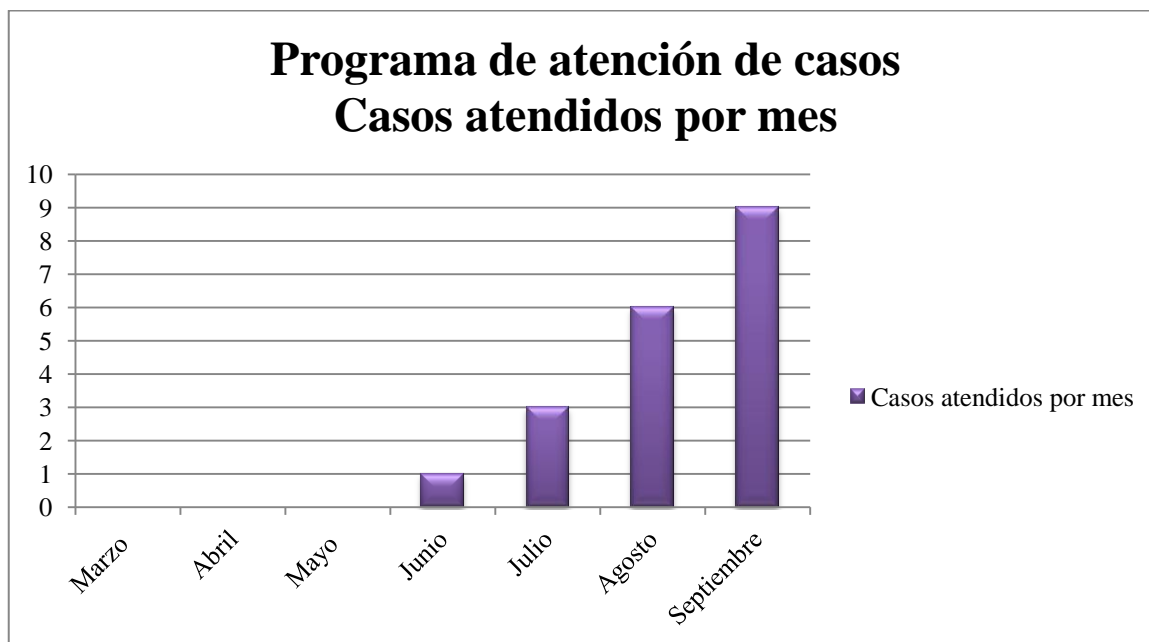
1. Los participantes llegaron a la conclusión de que el proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.
2. Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.
3. Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.

4. Hubo un aprendizaje para trabajar en equipo, partiendo de la teoría de que ya se sabía hacerlo, sin embargo experimentarlo durante dos días seguidos y sobre todo, tomando en cuenta las condiciones (cansancio, calor), se reforzó el hecho de que sí nos apoyamos y somos responsables de lo que corresponde el objetivo será exitoso.
5. La obtención de conciencia sobre que nuestro cuerpo es muy importante para el buen funcionamiento emocional, debido a ello debemos cuidarlo, alimentarlo, relajarlo, hacer ejercicio, para mantenerlo dinámico.
6. Que cada persona es especial y tiene diferentes habilidades y mientras más las explore y las concientice mejor se desempeñará en las diferentes actividades que desempeñe.
7. El área espiritual es necesario cultivarla y mantener un espíritu saludable y libre de problemas, por lo que se requiere que cada uno busque según su idea de Dios como satisfacer esta necesidad.
8. Esta actividad marca el inicio de un nuevo reto, el reto de crecer como persona y como profesional.

4.4 Presentación de resultados con gráficas

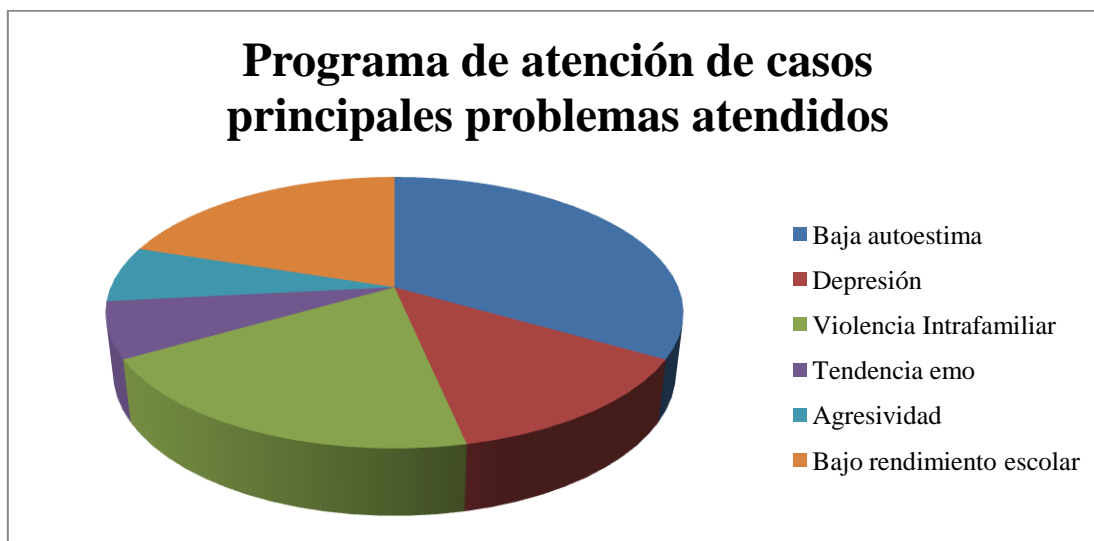
4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1



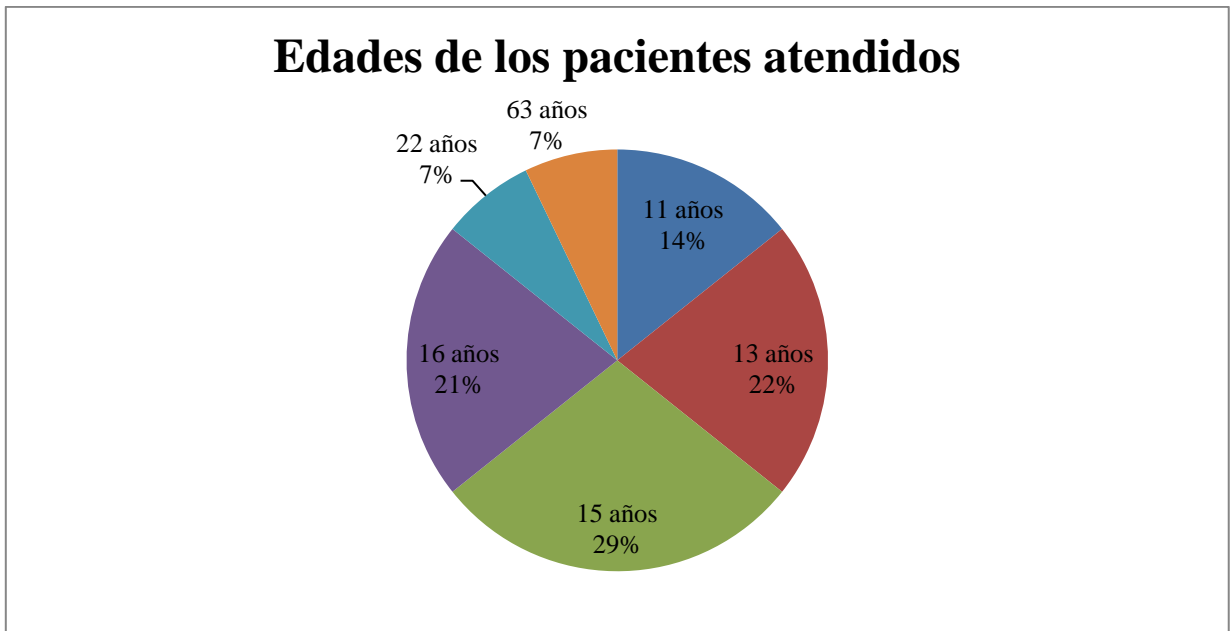
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 2



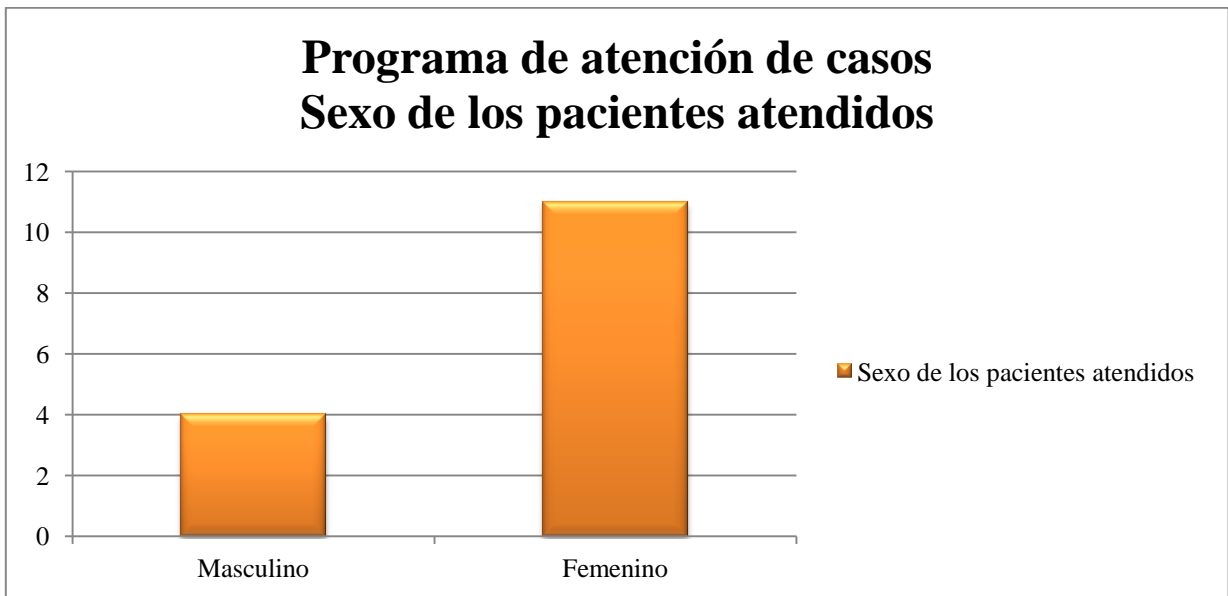
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3



Fuente: Elaboración propia

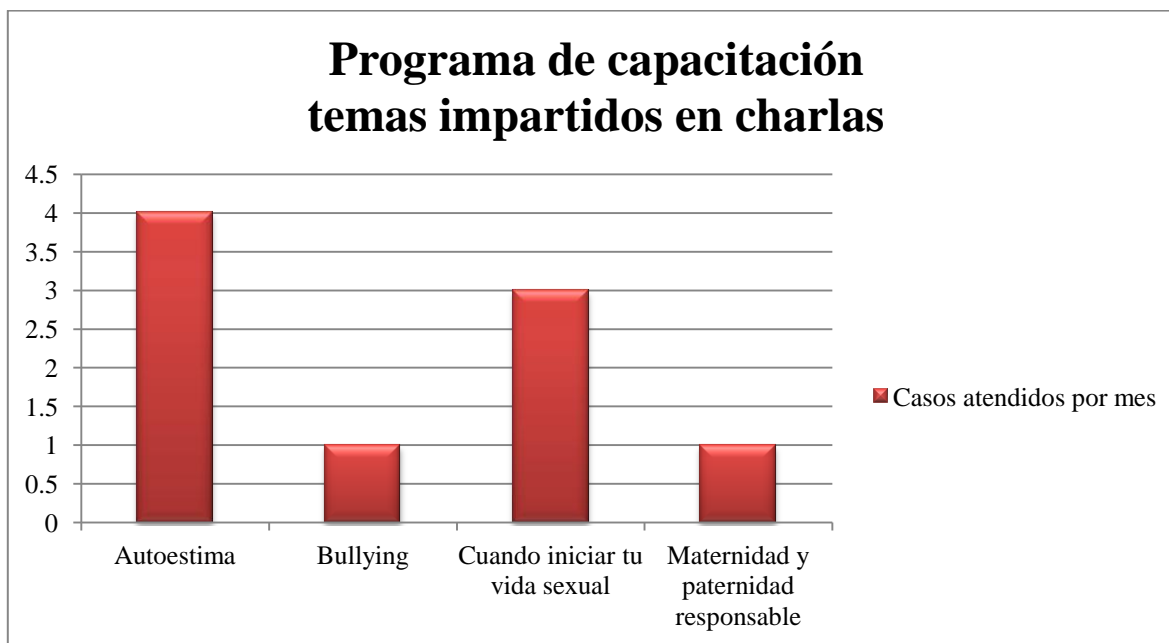
Gráfica 4



Fuente: Elaboración propia

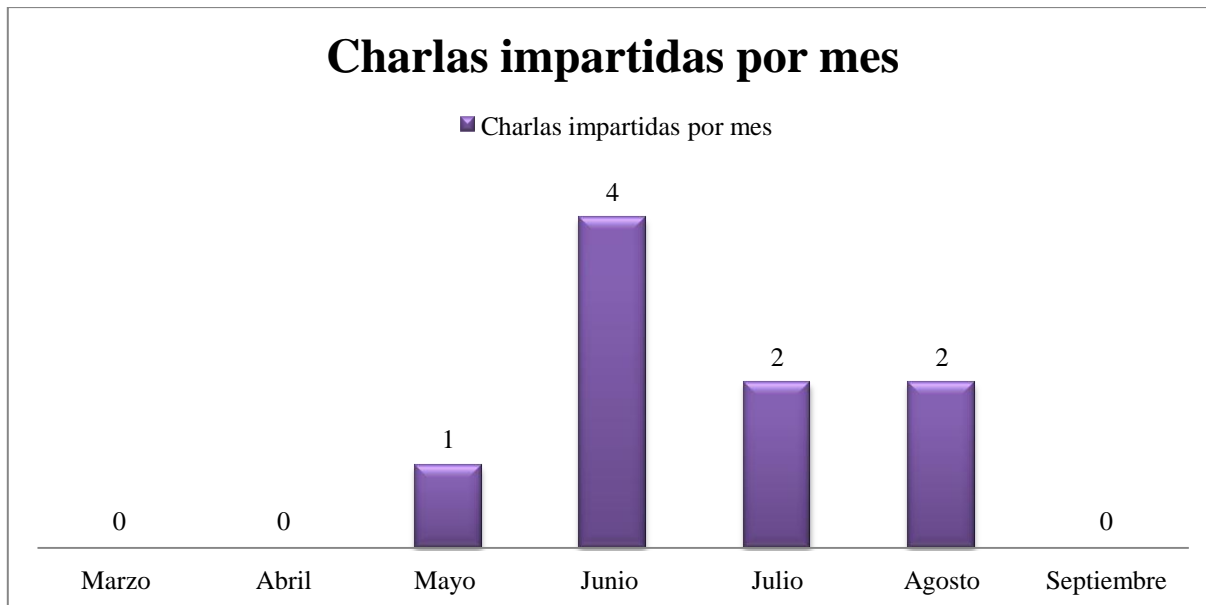
4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica 5



Fuente: Elaboración propia

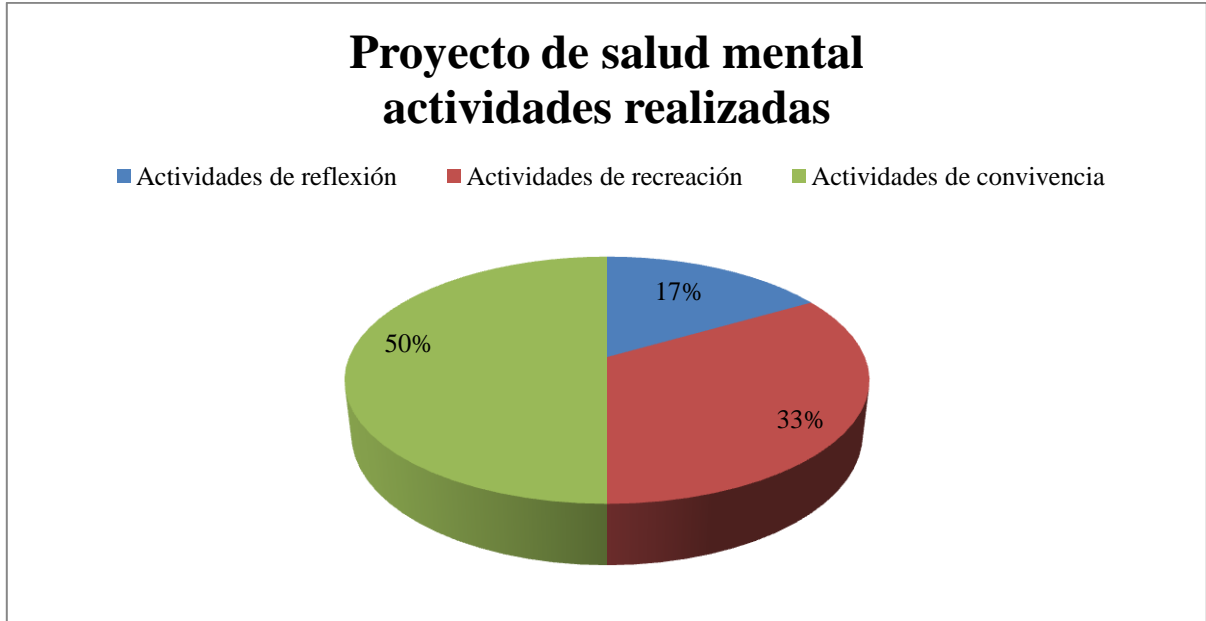
Gráfica 6



Fuente: Elaboración propia

4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 7



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 8



Fuente: Elaboración propia

4.4.4 Análisis de datos

1. En la gráfica 1 se observa que en los primeros 3 meses de práctica no se atendió ningún caso clínico, la atención de casos se inició directamente hasta el mes de junio; esto debido a que los meses de marzo a mayo, se estuvo orientando y capacitando, en la institución, a la alumna practicante para poder llevar los casos de una manera ética y profesional; así como estuvo aprendiendo todo el movimiento que se realiza, aparte de llevar casos clínicos, en el área de psicología.
2. En la gráfica 2 se puede observar que el problema predominante es la baja autoestima, la cual se deriva por varias circunstancias como lo es el abuso sexual; seguido por la violencia intrafamiliar, el bajo rendimiento escolar y la depresión, seguido por tendencia emo, para culminar con agresividad.
3. En la gráfica 3 se observa las edades de los pacientes que se estuvieron atendiendo durante la práctica y se nota que la población predominante es netamente población adolescente; comprendida en las edades de 13 a 16 años; también se puede visualizar que hay pacientes comprendidos en las edades de 22 y 63 años, que a pesar de no ser predominantes no significa que sus casos no sean importantes
4. En la gráfica 4 se puede visualizar el sexo de los pacientes que fueron atendidos durante el desarrollo de la práctica profesional dirigida, se observa claramente, que el sexo promedio o predominante que acude a la clínica por tratamiento psicológico es el sexo femenino; comprobando así que al sexo masculino tiene un poco más de dificultad en reconocer que necesitan ayuda profesional.
5. En la gráfica 5 se puede observar los temas principales que se desarrollaron en las charlas impartidas en diferentes instituciones educativas ubicadas en los alrededores de Chimaltenango; el tema predominante es la autoestima, seguido del tema “Cuándo iniciar tu vida sexual”, tema solicitado debido a que actualmente los adolescentes se vuelven

sexualmente activos a muy temprana edad; y por último los temas de “Bullying” y “Maternidad y paternidad responsable”.

6. En la gráfica 6 se puede observar que el mes de junio es el predominante en cuanto a charlas impartidas, con 4 charlas, seguido por julio y agosto con dos charlas cada uno y quedando en tercer lugar el mes de mayo con una charla impartida.
7. La gráfica 7 muestra que el proyecto de salud mental se dividió en actividades de reflexión, actividades de recreación y actividades de convivencia, tomando en cuenta que las últimas fueron predominantes durante el desarrollo del proyecto.
8. La gráfica 8 presenta los temas que se trataron durante el proyecto de salud mental; los temas abordados fueron “La confianza”, “La comunicación”, “El perdón”, “La autoestima”, “El trabajo en equipo y liderazgo”.

Conclusiones

1. La práctica superficial dirigida es de vital importancia para que la licenciada in fieri se pueda encaminar y obtener la experiencia necesaria en el campo de la Psicología Clínica; para que más adelante pueda desempeñarse con facilidad y de manera profesional, en el área clínica.
2. La preparación académica recibida durante los cinco años de educación superior, es muy importante; debido a que todos los conocimientos adquiridos deben ser aplicados a la hora de llevar a cabo la práctica profesional dirigida en el campo de la psicología clínica.
3. Para que un estudiante universitario sea eficaz debe aprender a la par de la práctica, que es lo que hará de él un excelente profesional.
4. Un buen aprendizaje es aquel que se tiene por medio de la enseñanza de un experto catedrático, que enseña dando el ejemplo con una actitud positiva y motivando a sus alumnos en clase.
5. El conocimiento que se adquiere en la práctica es en realidad un reto y una gran ayuda para no cometer errores en el futuro en su desempeño como profesionales.
6. Para finalizar, el período de esta práctica que se ha experimentado con satisfacción, ha sido gracias a la dedicación y responsabilidad que han tenido los catedráticos, impartiendo sus cursos respectivos con entera disposición, quienes han dejado una huella imborrable en la preparación de cada estudiante universitario

Recomendaciones

1. En base a la práctica realizada durante el transcurso del presente año, se recomienda informar a las personas de la misión y del propósito que tiene la psicología clínica; debido a que existe mucha ignorancia sobre el tema y se piensa que la psicología es solamente para personas “locas”.
2. Hacerles ver a las personas que el buscar ayuda de tipo psicológica no es malo, si no todo lo contrario, puesto que se han dado cuenta que atraviesan por una situación conflictiva y necesitan la orientación y el apoyo necesario de un profesional.
3. Se recomienda que los psicólogos asistan regularmente a terapia, esto con el propósito de mantener una excelente salud mental; la cual, como se sabe es de suma importancia para que el profesional pueda desempeñarse de manera efectiva en el campo psicológico clínico.
4. Es recomendable que el profesional, asista, frecuentemente, a actividades, recreativas, de convivencia y reflexión, con el fin de practicar técnicas de autocuidado para sí mismo; así como para continuar cultivando la amistad, la unidad, la solidaridad y el trabajo en equipo.
5. Se recomienda que el psicólogo aplique las terapias y protocolos que mejor le funcionan a él para el tratamiento de sus pacientes, y seguimiento de los mismos, esto en base a que no todas las personas trabajan de la misma forma, ni les es funcional el mismo método.

Referencias

Bibliográficas

Anderson, C. y Stewart, S. *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.

Beck, A.. *Terapia cognitiva de los desórdenes de personalidad*. New York: Guilford.

Belloch, A y Sandín B.(1997) *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.

Barlow, D. y Durand, M. T, (2001); *Psicología anormal*. Thomson Learning. Edición México.

Bruce E. Compas. *Introducción a la psicología clínica*. Mc Graw Hill. México D.F.

Monedero, Carmelo. *Psicopatología anormal*. Biblioteca Nueva Madrid

Miranda Narea, Gustavo. *Resolución de conflictos*. Editorial Codecal.

Sullivan, Harry Stack, (1964) *La entrevista psiquiátrica*. Editorial Psique.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. (2002) México: Editorial Masson.

De la Fuente, Ramón. *La Patología Mental y su Terapéutica*. Fondo de Cultura Económico

González Nuñez, J. J. (1999) *Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno

Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G., Recinos. *Conductas problema en el niño anormal*. Editorial Trillas

Rogers, Carl. *Terapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica

Anexos

Anexo 1

Carta de solicitud al centro de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Escuela de Ciencias Psicológicas
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, marzo de 2012

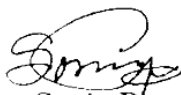
Licenciada Mariela Herrarte
Administradora APROFAM
Chimaltenango

Respetable Licenciada:


La 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 Licenciatura en Psicología y Consejería Social, **Jessica Haydeé Mota Rosales** pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

Dicha práctica dura de marzo a agosto cubriendo un total de 300 horas; 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 el proporcione beneficie de alguna manera a su institución.


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica




Dra. Thelma Sanchez
Coordinadora Sede Chimaltenango

Anexo 2

Carta de aceptación al centro de práctica



Chimaltenango, 12 de marzo de 2012.

Licda. Sonia Pappa
Supervisora Practica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana.

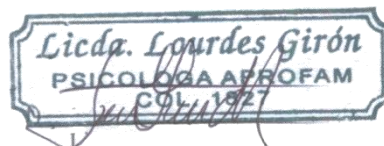
Distinguida Licenciada:

De manera atenta y respetuosa me dirijo a usted, saludándole y deseándole éxitos en sus actividades administrativas.

El motivo de la presente es para informarle que **fue aceptada** la solicitud presentada por la estudiante de Quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, Jessica Haydeé Mota Rosales para realizar el ejercicio de práctica profesional dirigida en la Clínica de APROFAM, Chimaltenango asistiendo los días miércoles, jueves y viernes de 7 de la mañana a 3 de la tarde.

Sin otro particular, me despido de usted como su atenta y deferente servidora.

Respetuosamente,



Licda. Lourdes Mariela Girón Montes
Psicóloga APROFAM
No. Colegiada 1827

Anexo 3

Horas de práctica



Chimaltenango, 09 de octubre de 2012.

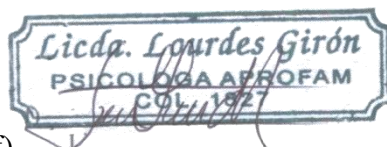
Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica
PTE.

Estimada Licda. Pappa:

Por medio de la presente me permito saludarla y a la vez desearle bendiciones abundantes y éxitos en las actividades que realiza, seguidamente le informo que la señorita Jessica Haydeé Mota Rosales, practicante del 5to. Año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Panamericana, con sede en esta localidad ha cumplido con las 687 horas requeridas de práctica, realizadas en APROFAM, por lo que hago constar que la señorita Mota ha finalizado dicho proceso satisfactoriamente.

Sin otro particular y a solicitud de la interesada y para los usos legales que a ella convengan firmo y sello la presente constancia.

Atentamente



f)

Licda. Lourdes Girón
Psicóloga

Anexo 4
Constancia de talleres



Chimaltenango, 09 de octubre de 2012.

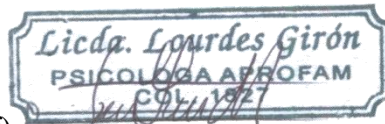
Licda. Sonia Pappa
Catedrática
PTE.

Estimada Licda. Pappa:

Por medio de la presente me permito saludarla y a la vez desearle bendiciones abundantes y éxitos en lo que realiza, seguidamente me permito informarle que la señorita Jessica Haydeé Mota Rosales, estudiante de 5to. Año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Panamericana, impartió 8 charlas en total durante el período de práctica, siendo las fechas, lugares y temas siguientes:

- 11/05/2012 en Aldea Chuaquenum, tema “El Autoestima” a 35 mujeres.
- 01/06/2012 en San Lucas, Sacatepequez , tema “Cuando iniciar tu vida sexual” a 30 niños.
- 06/06/2012 en Zaragoza, tema “El Autoestima” a 45 adolescentes.
- 08/06/2012 en San Lucas, Sacatepequez,, tema “Cuando iniciar tu vida sexual” a 30 niños.
- 21/06/2012 en Zaragoza, tema “El Autoestima” a 50 adolescentes.
- 05/07/2012 en Aldea Puerta Abajo tema “El Autoestima” a 30 niños.
- 17/07/2012 en Aldea Bola de Oro, tema “Bullying” a 300 adolescentes.
- 03/08/2012 en Colegio Bless, Chimaltenango, tema “Maternidad y paternidad responsable a 90 adolescentes.

Sin otro particular y en espera de los usos legales que a la interesada convengan firmo y sello la presente constancia.



f)
Licda. Lourdes Girón
Psicóloga

Anexo 5
Formatos utilizados

Examen mental

1.1 Apariencia general

- Complexión física: Delgada De acuerdo a su altura y edad Gordo
- Vestimenta De acuerdo a edad y ocasión Descuidada Extravagante No adecuada
- Higiene: Limpia poca higiene
- Estado de nutrición: Sobre peso Obeso Desnutrida Saludable

1.2 Comportamiento

- Expresión Facial: Alerta Preocupación Tristeza Alegre
- Relación con el psicólogo
 Amable Dependiente Desconfiado Comunicativo Sumiso Hostil Altanero
 Agresivo Indiferente Colaborador Respetuoso Sarcástico

2. Atención y orientación

2.1. Atención

- Selectiva Hiperatención (poner constantemente nuestra atención en algo.)
- Confusa Distraibilidad

2.2 Orientación

- 2.2.1. Tiempo fecha día mes Hora aproximadamente
- 2.2.2 Ubicación: Lugar ubicado ciudad Dirección domiciliar
- 2.2.3. Persona: Nombre Edad Profesión.

3. Lenguaje

- 3.1. Calidad: Claro Comprensible Entrecortado Confuso Tartamudeo
- 3.2. Tono de voz: Elevado Bajo Moderado
- 3.3. Velocidad: Lento Rápido
- 3.4. Cantidad: Verbosidad Mutismo Normal Escasa comunicación
- 3.5. Curso: Coherencia Incoherente Repetitivo

4. Estado afectivo

4.1. Estado de Ánimo:

- Alegre Triste Decaído Irritable Lábil Pleno Estable

4.2. Congruencia Afectiva con lo que dice y manifiesta: Si No

5. Estructuración del pensamiento y percepciones.

5.1 Pensamiento: Confuso Delirios Alucinaciones

6. Control de impulso: Poco manejo de impulsos adecuado control de impulsos.

7. Memoria: Hechos pasados Retiene información. hechos recientes

8. Curso y contenido: Hilado y coherente incongruente y difuso

9. Inshigt: poca capacidad de inshigt elabora inshigt de forma adecuada.

Historia clínica

Caso No.

Datos generales

Nombre:

Sexo:

Edad:

Religión:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil

- I. Motivo de consulta
- II. Historia del problema actual
- III. Factores precipitantes\
- IV. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia
- V. Historia clínica y antecedentes personales
- VI. Historia médica
- VII. Historia familiar
- VIII. Criterios diagnósticos
- IX. Diagnóstico multiaxial
- X. Pronóstico
- XI. Plan terapéutico

Anexo 6
Fotografías











Anexo 7
Subprogramas

Subprogramas

Programa de atención de casos

I. Descripción

Durante la práctica profesional dirigida se estuvieron atendiendo casos de diversas índoles, durante los meses comprendidos de marzo a agosto del año en curso; esto con el fin de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el campo de la psicología clínica.

II. Objetivo

Brindar ayuda profesional de tipo psicológica a la población chimalteca que forma parte de los usuarios que visitan la clínica de APROFAM Chimaltenango.

III. Cronograma de actividades

No. de caso	Principal problema	Actividades	Sexo	Edad
1	Maltrato infantil	-Entrevista -Observación -Narraciones -Test	masculino	10 años
2	Baja autoestima	-Entrevista -Ejercicios de relajación -Confrontación	femenino	22 años
3	Depresión	-Entrevista -Confrontación -Narraciones -Ejercicios para trabajar el perdón	femenino	63 años
4	Bajo rendimiento escolar	-Entrevista -Narraciones -Test -Confrontaciones -Tareas	femenino	16 años
5	Depresión	-Entrevista -Ejercicios para trabajar el perdón -Narraciones -Test -Tareas	masculino	15 años

No. de caso	Principal problema	Actividades	Sexo	Edad
6	Agresividad	-Entrevista -Observación -Narraciones -Test -Tareas -Refuerzo positivo	masculino	11 años
7	Tendencia emo	-Entrevista -Ejercicios de relajación -Confrontación -Refuerzo positivo -Test -Tareas	femenino	13 años
8	Bajo rendimiento escolar	-Entrevista -Confrontación -Narraciones -Tareas -Test	femenino	13 años

Programa de Capacitación

I. Descripción

Durante la práctica profesional dirigida se llevaron a cabo una serie de capacitaciones y charlas de vital importancia para la población de Chimaltenango y sus alrededores; con el propósito de mantener informada a las personas.

II. Objetivo

Capacitar y orientar a los habitantes de Chimaltenango, principalmente a los jóvenes, dándoles a conocer temas de mucho interés para cada uno de ellos.

III. Cronograma de actividades

Fecha	Tema	Población	Lugar
11/05/2012	Autoestima	Madres de familia	Aldea Chuaquenun
01/06/2012	Cuando iniciar tu vida sexual	Alumnos de 5to. Primaria	San Lucas Sacatepéquez
06/06/2012	Autoestima	Alumnos de 3ro. básico	Zaragoza
08/06/2012	Cuando iniciar tu vida sexual	Alumnos de 6to. Primaria	San Lucas Sacatepéquez
21/06/2012	Autoestima	Alumnos de 1ro., 2do., y 3ro. básico	Zaragoza
05/07/2012	Autoestima	Alumnos de 4to., 5to., y sexto primaria	Aldea Puerta Abajo
17/07/2012	Bullying	Alumnos de 1ro., 2do., y 3ro. básico	Aldea Bola de Oro
03/08/2012	Maternidad y Paternidad Responsables	Alumnos de 1 3ro. Básico	Chimaltenango, Colegio Bless.

Cronograma de actividades de las charlas y talleres dados

Charla 1 Autoestima

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	3 minutos
Dinámica rompe hielo	El círculo	5 minutos
Dinámica introductoria	Hoja en blanco	10 minutos
Desarrollo del tema	Autoestima	25 minutos
Participación especial por parte del director de la escuela	Refuerzo autoestima	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca de la autoestima	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 2 Cuándo iniciar tu vida sexual

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Cuando iniciar tu vida sexual	2 minutos
Dinámica rompe hielo	Gestos y ademanes	2 minutos
Dinámica introductoria	Los bebés	5 minutos
Desarrollo del tema	Cuando iniciar tu vida sexual	15 minutos
Activación de bebés	Bebés electrónicos	20 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del cuidado de los bebés	14 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 3 Bullying

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	3 minutos
Dinámica rompe hielo	Teléfono descompuesto	5 minutos
Dinámica introductoria	Gestos y ademanes	5 minutos
Desarrollo del tema	Bullying	30 minutos
Participación de los estudiantes	Experiencia anteriores	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del bullying	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 4 Maternidad y paternidad responsable

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Maternidad y paternidad responsables	2 minutos
Dinámica rompe hielo	La telaraña	2 minutos
Dinámica introductoria	Gente con gente	5 minutos
Desarrollo del tema	Maternidad y paternidad responsable	15 minutos
Activación de bebés	Bebés electrónicos	20 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del cuidado de los bebés	14 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Anexo 8

Cronograma de actividades del proyecto de salud

Cronograma de actividades del proyecto de salud

Sábado 06 de octubre

Hora	Actividad	Encargados
7:00	Salida para Monte Rico	Todo el grupo
12:00	Llegada a Hotel Restaurante Don Carlos Beach	
12:00 – 1:00	Instalación y ubicación de habitaciones	Nadia Awadallah
1:00 – 2:00	Almuerzo	Verónica Inay y Yessica Archila
2:00 – 3:00	Descanso	
3:00 – 5:00	I Actividad “Programados para triunfar”	Aracely Martinez, Doris Martínez, Glenda Solando e Ingrid Sitán
5:00 – 6:00	Tiempo libre (playa)	
6:00 – 8:00	Cena	Sara Mux, Angélica Juchuña
8:00 – 10:00	II Actividad “Fogata”	Janine Callejas, Nadia Awadallah, Camila Mendoza, Felipe Yool
10:00 – 11:30	Película	Isaí López, Jesica Mota
11:30	Dulces Sueños	

Domingo 07 de octubre de 2012

Hora	Actividad	Encargado
6:00 - 7:00	Aeróbicos – gimnasia	Elmer Lara, Amílcar Lima
7:00 – 8:00	Aseo Personal	
8:00 – 9:30	Desayuno	Verónica Inay, Yessica Archila
9:30 – 11:00	III Actividad “Rally”	Willy Texaj, Heidy Galvez, Olga Andrade
11:00 - 12:00	Preparación de equipaje	
12:00 – 1:00	Almuerzo	Verónica Inay, Yessica Archila
1:00 – 3:00	Paseo por Monte Rico	
3:00 – 6:00	Regreso a Chimaltenango	