

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



**Consecuencias emocionales causadas por la violencia intrafamiliar
detectada en señoras atendidas en el Centro de Salud
Distrito No. 1 en el Departamento de Chimaltenango**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Andrés Samuel Martínez Azurdia

Chimaltenango, noviembre 2014

**Consecuencias emocionales causadas por la violencia intrafamiliar
detectada en señoras atendidas en el Centro de Salud
Distrito No. 1 en el Departamento de Chimaltenango**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Andrés Samuel Martínez Azurdia

Licda. Sonia Pappa (**Asesora**)

Licda. Karen Dubón (**Revisora**)

Chimaltenango, noviembre 2014

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana	M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Coordinadora de Licenciaturas	Licda. Ana Muñoz
Coordinadora de Egresos	Licda. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Andrés Samuel Martínez Azurdia**
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación.

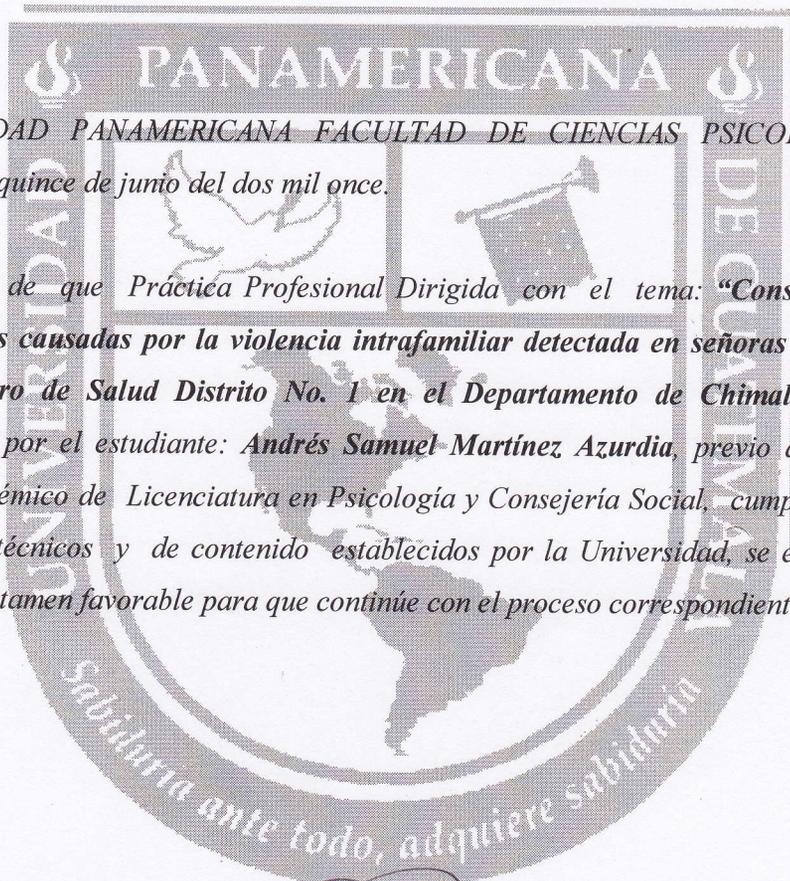
DICTAMEN: 14 de junio 2,013

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 **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** está 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 **Andrés Samuel Martínez Azurdia** recibe la aprobación para realizar su Sistematización de Práctica Dirigida.


M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan.
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas.

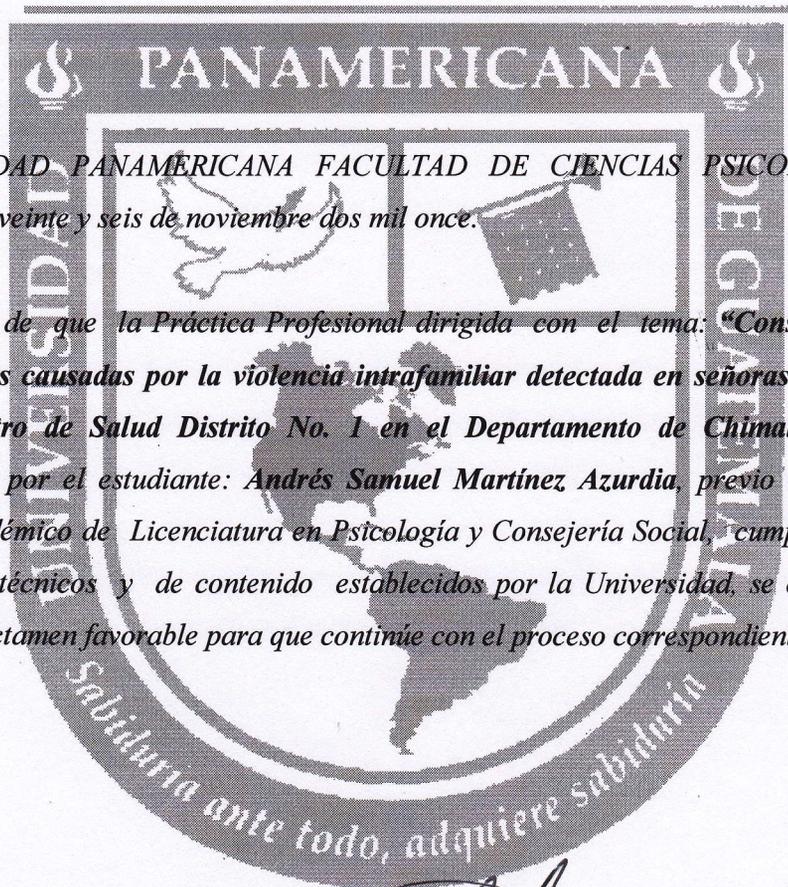




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala quince de junio del dos mil once.

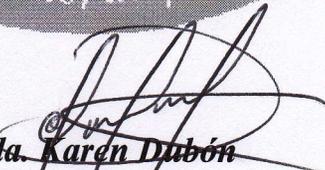
En virtud de que *Práctica Profesional Dirigida* con el tema: **“Consecuencias emocionales causadas por la violencia intrafamiliar detectada en señoras atendidas en el Centro de Salud Distrito No. 1 en el Departamento de Chimaltenango”**.
Presentada por el estudiante: **Andrés Samuel Martínez Azurdia**, 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.

Licda. Sonia Pappa
Asesora



*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala veinte y seis de noviembre dos mil once.*

En virtud de que la Práctica Profesional dirigida con el tema: "Consecuencias emocionales causadas por la violencia intrafamiliar detectada en señoras atendidas en el Centro de Salud Distrito No. 1 en el Departamento de Chimaltenango". Presentada por el estudiante: Andrés Samuel Martínez Azurdia, 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.

*
Licda. Karen Dubón
Revisora*



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los dieciocho días de noviembre del año 2014.

En virtud de que la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** con el tema "**Consecuencias emocionales causadas por la violencia intrafamiliar detectada en señoras atendidas en el Centro de Salud Distrito No.1 en el Departamento de Chimaltenango.**" Presentado por: **Andrés Samuel Martínez Azurdia** 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 Práctica Profesional Dirigida**.


M.A. **Julia Elizabeth Herrera de Tan.**
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	1
Marco de referencia	1
1.1 Descripción de la población	1
1.2 Misión	1
1.3 Visión	2
1.4 Objetivos	2
1.5 Organigrama Centro de Salud de Chimaltenango	2
1.6 Población que atiende	3
1.6.1 Descripción de la población que atiende	3
1.7 Planteamiento del problema	3
Conclusiones	3
Capítulo 2	5
Referente teórico	5
2.1 Violencia intrafamiliar	5
2.1.1 Manifestaciones más frecuentes de la violencia intrafamiliar	7
2.1.2 La violencia	9
2.1.3 Tipos de maltrato	10
2.1.4 Maltratadores	11
2.1.5 Violencia sexual	12
2.1.6 Violencia de género	13
2.1.7 Algunas consecuencias de la violencia intrafamiliar	19
2.1.7.1 Trastornos de alcoholismo	19
2.1.7.2 Trastornos de drogadicción	24
2.1.7.3 El estrés	26
2.1.7.4 Depresión	35
2.2 Psicopatologías	39

2.2.1 Trastorno de disociación	41
2.2.2 Trastornos de despersonalización	48
2.2.3 Trastornos de personalidad	49
2.2.4 Trastornos de la alimentación	54
2.2.5 Trastornos del sueño	62
2.2.6 Trastornos sexuales	67
2.3 Método psicodiagnóstico	75
2.3.1 Entrevista psiquiátrica	76
2.3.2 Tests psicológicos	88
2.3.3 Manuales de diagnósticos	90
2.4 La psicoterapia	101
2.4.1 La relación terapéutica	103
2.4.2 Competencias de la psicoterapia	104
2.4.3 El proceso terapéutico	106
2.4.4 Modelos de psicoterapia	109
2.4.4.1 Modelo psicoanalítico	109
2.4.4.2 Modelo conductual	111
2.4.4.3 Modelo humanista	114
2.4.4.4 Modelo sistémico	117
2.4.5 Formas de psicoterapia	123
2.4.5.1 Psicoanálisis	123
2.4.5.2 Psicoterapias conductistas	124
2.4.5.3 Psicoterapia humanística	128
2.4.5.4 Psicoterapia sistemática	132
2.4.5.5 Psicoterapias alternativas	133
Capítulo 3	134
Referente metodológico	134
3.1 Programa de Práctica Profesional Dirigida	134
3.2 Cronograma de práctica profesional dirigida	138
3.3 Planificación de práctica profesional dirigida	143

3.4 Subprogramas	148
3.4.1 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados	148
Capítulo 4	156
Presentación de resultados	156
4.1 Programa de atención de casos	156
4.1.1 Logros	156
4.1.2 Limitaciones	156
4.1.3 Conclusiones	156
4.1.4 Recomendaciones	157
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos	157
4.2 Programa de capacitación	170
4.2.1 Logros	170
4.2.2 Limitaciones	170
4.2.3 Conclusiones	170
4.2.4 Recomendaciones	171
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	171
4.3.1 Logros	171
4.3.2 Limitaciones	171
4.3.3 Conclusiones	171
4.3.4 Recomendaciones	172
4.3.5 Presentación del proyecto de salud mental	172
4.4.1 Presentación de resultados	181
4.4.2 Programa de atención de casos	181
4.4.3 Análisis de datos	184
Conclusiones	185
Recomendaciones	186
Referencias	187
Anexos	189

Lista de gráficas

Grafica 1 Casos atendidos por mes	181
Grafica 2 Rango de edades del programa de atención de casos	182
Grafica 3 Programa de atención de casos según su religión	182
Grafica 4 Programas de atención de casos sexo femenino y masculino	183
Grafica 5 Programa de atención de casos principales problemas atendidos	183

Resumen

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

En la primera fase el estudiante adquirió una información general de los contenidos durante Práctica Profesional Dirigida. Así mismo se elaboraron los documentos para la solicitud de realización del trabajo de campo. En esta fase se inicia la investigación del marco referencia del centro de práctica y la problemática principal detectada en cada caso individual de la población.

En la segunda fase se realizó la supervisión de las primeras actividades, dándole inicio a la elaboración de las historias clínicas de cada paciente. Se aplicaron técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico, se llevaron a cabo capacitaciones y talleres a grupos de personas en el centro de práctica. En la tercera fase se elaboró y ejecutó el proyecto de salud mental en comunidades rurales del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango afectadas por la tormenta Agatha. En esta fase se culminó el proceso y se realizó el análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida. En la parte final del presente informe se encuentra los resultados obtenidos durante la etapa de trabajo de campo.

Las fases sirvieron como la adquisición de nuevas experiencias en el campo laboral y de apoyo a la sociedad orientando el trabajo en los aspectos psicológicos, haciendo la erradicación de la crisis vivida por los eventos naturales; al mismo tiempo ayudando con pláticas de apoyo moral y de aumento en la autoestima personal.

En los casos atendidos, en sus historiales clínicos se muestra que por temor nunca buscaban ayuda de personas profesionales orientadas a la salud mental; por conceptos de machismo en el caso de mujeres, y de hijos e hijas por miedo a que sus padres pensarán otra cosa de ellos, también en el aspecto educativo que docentes tienden a confundir una acción como algo anormal eso no en todos los casos.

Introducción

El presente informe, dará a conocer la importancia del trabajo realizado en la Práctica Profesional Dirigida, que se desarrolló con mujeres en su totalidad, víctimas de la violencia intrafamiliar, que sus resultados eran adicciones o perturbaciones que hacían que pensarán de una forma equivocada y creyeran que su entorno y la sociedad las acusaba, de que el problema eran ellas. Fue así que se brindó a cada una de ellas esa guía, para integrarlas a una salud mental estable, haciendo que la psicología interviniera y ayudara a encontrar ese componente que integre a las pacientes en su entorno social, de manera que cada una de ellas tengan una buena autoestima.

Este informe presentar los resultados alcanzados en mejorar y formar un cambio hacia una vida emocionalmente estable en cada paciente. En la Práctica Profesional Dirigida, también se marca las diferencias entre las consecuencias del producto de la violencia en la sociedad y se marcan algunas psicopatologías que son el resultado de tanta violencia en el departamento.

También se muestran qué psicoterapias a usar son de vital importancia para el buen desarrollo mental de las pacientes y que restablecen el valor de la vida, haciendo que ellos se auto-motiven, vean un cambio de actitud.

Al mismo tiempo con tantas psicoterapias hoy en día, se presenta algunas en este trabajo para facilitar la búsqueda de información de ellas para el buen funcionamiento de los investigadores. La estructura de los modelos de cada psicoterapia enriquecen el conocimiento y motivan para ponerlos en práctica con pacientes que buscarán estar bien emocionalmente.

En los historiales clínicos, se muestran las deficiencias por falta de conocimiento de muchos de los pacientes debido a la mala información que en la actualidad de nuestro país existe, con conceptos errados productos de de no reconocer cuando uno tiene problemas mentales o bien por amenazas de violencia intrafamiliar, seguido de violencia físicas y psicológicas. Que las ocasionan en su mayoría de esposos machistas que temen ser enfrentados y confrontados para solucionar las molestias en sus hogares.

Capítulo 1

Marco de referencia

En este capítulo se encuentra información sobre el lugar donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida, se hace una breve descripción de datos de donde se pretende tener una idea más clara del mismo dándose a conocer el funcionamiento y organización de la institución; así como el servicio que brinda a la población en general.

1.1 Descripción de la población

El Centro de Salud de Chimaltenango está ubicado en el Parcelamiento "La Alameda" Chimaltenango, a un costado del Hospital Nacional de Chimaltenango, consta de oficinas utilizadas para distintas actividades entre las que se pueden mencionar consultas, terapias, entre otras. Cuenta también con una pequeña bodega. Las construcciones anteriores están elaboradas de block, lámina duralita. Posee un área verde, la institución tiene aproximadamente 1,118.00 metros cuadrados. Cuenta con los servicios sanitarios para el uso de las personas que estén dentro de la institución, cuenta con equipo de audio visual y muebles adecuados que está a la disposición del personal y de los practicantes de la institución.

1.2 Misión

"En Guatemala, en el año 2020 todas y todos los guatemaltecos, en las diferentes etapas del ciclo de la vida, tienen acceso equitativo a servicios de Salud integrales e integrados, con un enfoque humano, de calidad y pertinencia cultural a través de una efectiva coordinación institucional e intersectorial."

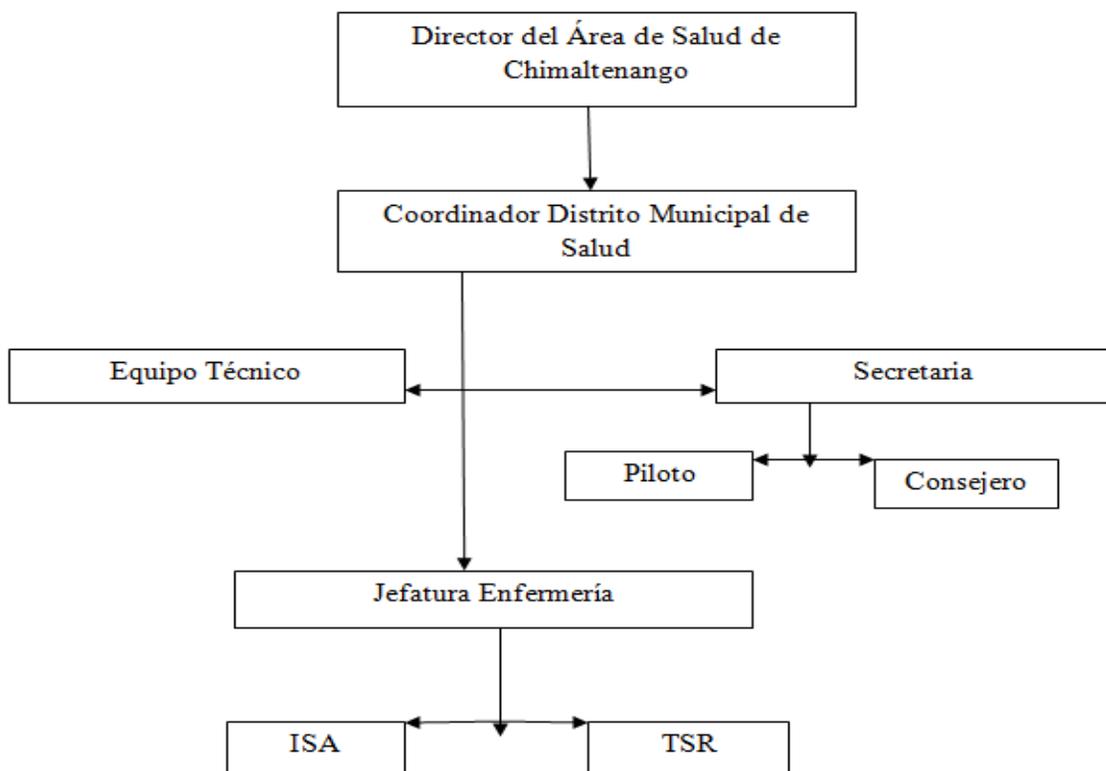
1.3 Visión

"Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes del país ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la construcción, coordinación, y regulación de la presentación de servicios de salud, y de control de financiamiento y administración de los recursos orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad".

1.4 Objetivos

- Brindar atención médica a personas que lo necesiten gratuitamente.
- Capacitar a padres, maestros, estudiantes con temas de salud en todos los aspectos naturales.

1.5 Organigrama del Centro de Salud de Chimaltenango



1.6 Población que atiende

El Centro de Salud de Chimaltenango atiende a la población de niños, jóvenes y adultos de ambos sexos, generalmente de economía media, en Chimaltenango no tiene ningún costo la ayuda que presta.

1.6.1 Descripción de la población que atiende

El Centro de Salud de Chimaltenango atiende a niños, adolescentes, adultos de ambos sexos, los cuales son de condición social media, dicha población procede de los distintos lugares del departamento de Chimaltenango, no importando su nivel socio económico. Dicha institución también brinda talleres a diferentes instituciones del departamento de Chimaltenango, apoya en general más a la mujer tiene distintos proyectos a nivel municipal, en los cuales se brinda todo tipo de capacitaciones a las personas que requieran de ese servicio.

1.7 Planteamiento del problema

El Centro de Salud de Chimaltenango atiende a: ende que refieren los distintos puestos de Salud del departamento, siendo el mayor problema la violencia intrafamiliar principalmente en señoras que requieren servicios médicos. Se hace necesario mujeres reciban atención psicológica con el fin de mejorar su salud física.

Conclusiones

- En este capítulo se presenta los datos generales del centro de práctica y la población que se atiende el mismo o con casos que requieren atención psicológica y tratamiento psicoterapéutico pero que ellos lo trabajan con trabajos manuales para distraer la molestia generada.

- Se ve la organización y la eficacia que ellos prestan al servicio de la población chimalteca en general.
- La generosidad y la entrega de cada uno de los y las trabajadoras del centro de práctica, fue de vital apoyo para el desarrollo de la Práctica Profesional Dirigida, encajando como una más del equipo de ellos y al servicio de la sociedad chimalteca.

Capítulo 2

Referente teórico

En este capítulo se presenta los temas principales observados en la Práctica Profesional Dirigida, que son los causantes que afectan a la población del Departamento de Chimaltenango Dichos temas han sido investigados haciendo un análisis crítico de los mismos con el fin de tener elementos teóricos que le den base a la aplicación de la psicología en el centro de práctica.

2.1 Violencia intrafamiliar

La conveniencia de regular jurídicamente la violencia familiar se fundamenta en la necesidad de encontrar mecanismos para proteger los derechos fundamentales de los integrantes del grupo familiar frente a los cotidianos maltratos, insultos, humillaciones y agresiones sexuales que se producen en el ámbito de las relaciones familiares. Si bien es cierto que las manifestaciones de violencia familiar no se producen exclusivamente contra las mujeres, son éstas a lo largo de su ciclo vital las afectadas con mayor frecuencia. De este modo, la casa constituye un espacio de alto riesgo para la integridad de mujeres y niños, derivándose de ahí precisamente la denominación de violencia doméstica o familiar.

Resulta evidente, sin embargo, que el agente de la violencia no se limita siempre a dichos espacios; encontramos casos de agresiones en las calles, los centros de estudio y/o trabajo y en general los espacios frecuentados por las víctimas.

De otro lado, para interferimos a mecanismos legales de protección frente a la violencia intrafamiliar es importante precisar primero dos conceptos: ¿cuáles son los componentes de todo aquello que calificamos como mecanismo legal o, de manera más amplia, el sistema jurídico?

El sistema jurídico tiene tres componentes básicos:

El primero, la ley. Es la norma escrita, la que encontramos en los códigos y en las disposiciones legales, es importante porque tiene carácter universal, es decir, de aplicación general para toda la sociedad desde el momento en que se encuentra en vigencia, ejemplo es el código de los niños y adolescentes, que es precisamente el texto de la ley, el componente central de lo que significaría un mecanismo legal de protección a niños y adolescentes.

Un segundo componente es la institucionalidad. Es decir, todos aquellos operadores de la administración pública o privada que están involucrados en la aplicación de este componente normativo, de la ley escrita. Es un componente clave cuando hablamos de mecanismos legales de protección frente a la violencia familiar. Son las instituciones que nos ofrecen la sociedad y estado para hacer realidad aquello que disponen las normas legales.

Un tercer componente es el relativo a lo cultural. Alude a la idiosincrasia, a la ideología que está detrás de los apacadores de la norma. Pero no sólo de ellos, sino también de quienes la concibieron y de aquellas personas que, en determinado momento y frente a un hecho concreto, deciden acudir y solicitar su aplicación. Estos tres elementos son claves para entender todo lo que significa el problema de los mecanismos legales en una sociedad determinada.

Hecha esta precisión, pasaremos a definir lo que entendemos por violencia familiar. La misma alude a cualquier acción, omisión o conducta mediante la cual se infiere un daño físico, sexual o psicológico a un integrante del grupo familiar conviviente o no, a través del engaño, la coacción, la fuerza física, la amenaza, el caso, entre otros.

La mayoría de casos de violencia se producen donde existe una relación de poder, de jerarquía.

Tanto en los casos de violencia sexual como familiar, podemos apreciar que existe una relación del fuerte contra el débil. Muy rara vez escucharemos hablar de la violencia del niño contra su padre. Por lo general, cuando los hijos expresan violencia contra sus padres se trata de padres mayores, muchas veces dependientes de sus hijos, y de hijos que los superan en fortaleza física.

El elemento de poder puede estar relacionado en el contexto familiar: padres, hijos, tíos, sobrinos, o también por la edad adultos, niños. O por relaciones de jerarquía: marido, mujer. Estos son, pues, elementos claves que debemos tener presentes al hablar de violencia intrafamiliar.

2.1.1 Manifestaciones más frecuentes de violencia intrafamiliar

1. El maltrato físico. Su explicación es obvia; se refiere a todas aquellas acciones violentas que dañan la integridad física de las personas. Por lo general, es un maltrato visible. Puede afirmarse que fue el tipo de maltrato que propició todo este proceso de búsqueda de respuestas legales. Por tratarse de la agresión más evidente.

2. El maltrato psicológico. Que se refiere a toda aquella palabra, gesto o hecho que tienen por objeto humillar, devaluar, avergonzar y/o dañar la dignidad de cualquier persona. Esta es una manifestación de violencia mucho más difícil de demostrar, sobre todo en los casos en que se produce en el interior de un grupo familiar.

3. La violencia sexual. Que es toda manifestación de abuso de poder en la esfera de la vida sexual de las personas, pudiendo ser calificada o no como delito. Se dice esto porque, actualmente, algunas manifestaciones de violencia sexual son ignoradas por nuestra legislación penal. Pueden ir desde imposiciones al nudismo hasta la penetración anal o vaginal. Estos últimos supuestos son considerados por nuestra ley como delitos de violación.

A fines de 1993 se promulgó la ley 26260 que establece la política de estado y de la sociedad frente a la violencia familiar. Esta ley constituye un recurso complementario al código de los niños y adolescentes porque reconoce como actos de violencia familiar los de maltrato físico y psicológico entre cónyuges, convivientes o personas que hayan procreado hijos en común, aunque no convivan, y de padres o tutores a menores de edad bajo su responsabilidad.

Hasta ahora, la ley 26260 ha sido difundida básicamente como una ley de protección a las mujeres frente a la violencia familiar. Sin embargo, sus alcances protegen a estos dos grupos humanos que mayoritariamente son afectados por estas manifestaciones de violencia a las mujeres y a las niñas y niños. En este sentido, constituye un recurso que creemos puede ser utilizado y redimensionado para proteger a los niños y niñas frente al maltrato en la familia, esta norma tiene como objetivo fundamental comprometer al estado, en la erradicación de la violencia familiar. Está destinada a prevenir y proteger a las personas que son víctimas en el ámbito de sus relaciones familiares. Su importancia radica en plantear medida de acciones en niveles, siendo la más urgente de atención:

1. Las acciones educativo preventivas: Tienen como objetivo fortalecer la formación escolar extraescolar en la enseñanza de valores éticos y humanos, de relaciones humanas igualitarias para, precisamente, prevenir que se sigan reproduciendo las relaciones de jerarquía que ubican a unas personas en desventaja frente a otras, y que constituyen causa importante de la violencia en el interior de la familia.

2. Las acciones organizativas: La ley 26260 se plantea entre sus objetivos promover la participación de la comunidad en la prevención y denuncia de maltratos producidos dentro de la familia. La idea es que la organización comunal pueda participar en el control y seguimiento de las medidas que los jueces adopten frente a casos de violencia familiar.

3. Instalación de servicios: Esta ley ofrece la posibilidad de instalar servicios especializados. En ellos se ubican las delegaciones policiales para menores, las delegaciones para mujeres, e igualmente plantea reforzar las delegaciones policiales que existen con personal especializado para atender problemas de violencia familiar. Del mismo modo, plantea la necesidad de crear hogares temporales de refugio para víctimas de violencia a nivel de los gobiernos locales. Un aspecto importante que ofrece esta ley, y que antes no había sido considerado en ninguna otra norma, es que se puedan diseñar programas de tratamiento a los agresores para evitar, precisamente, que el maltrato continúe y se multiplique.

4. Acciones de capacitación: Dirigidas a los agentes de las instituciones que constituyen uno de los componentes del sistema jurídico: policías, jueces y fiscales.

5. Acciones legales: Esta ley ofrece mecanismos de carácter sumarísimo. Esto significa celeridad, inmediatez, es decir, un contacto directo de la autoridad con la víctima. Es un procedimiento, en principio, que no debería ser obstaculizado por ningún tipo de formalismos.

2.1.2 La violencia

Cuando se pregunta qué se entiende por violencia se asocia generalmente a la agresión física. Sin embargo, en nuestro país la violencia tiene diferentes manifestaciones las cuales podríamos clasificar las expresiones de violencia en:

a) Violencia Doméstica. La violencia psicológica y física con el cónyuge, el maltrato infantil y el abuso de los niños.

b) Violencia Cotidiana. Es la que se viene sufriendo diariamente y se caracteriza básicamente por el no respeto de las reglas, no respeto de una cola, maltrato en el transporte público, la larga espera para ser atendido en los hospitales, cuando nos mostramos indiferentes al sufrimiento humano, los problemas de seguridad ciudadana y accidentes. Todos aportamos y vamos siendo parte de una lucha cuyo escenario se convierte en una selva urbana.

c) Violencia Política. Es aquella que surge de los grupos organizados ya sea que estén en el poder o no. El estilo tradicional del ejercicio político, la indiferencia del ciudadano común ante los acontecimientos del país, la no participación en las decisiones, así como la existencia de las llamadas coimas como: manejo de algunas instituciones y las prácticas de nepotismo institucional. También la violencia producida por la respuesta de los grupos alzados en armas.

d) Violencia Socio económica. Que es reflejada en situaciones de pobreza y marginalidad de grandes grupos de la población: desempleo, subempleo, informalidad; todo esto básicamente reflejado en la falta o desigualdad de oportunidad de acceso a la educación y la salud.

e) Violencia Cultural. La existencia de un Perú oficial y un Perú profundo (comunidades nativas y campesinas), son distorsiones de los valores de identidad nacional y facilitan estilos de vida poco saludables.

f) Violencia Delincuencial. Robo, estafa, narcotráfico, es decir, conductas que asumen medios ilegítimos para alcanzar bienes materiales. Toda forma de conducta individual u organizada que rompe las reglas sociales establecidas para vivir en grupo. Todos sueñan con el modelo que les vende la sociedad, el éxito fácil pero ser un profesional idóneo o un técnico calificado requiere de esfuerzo y preparación requiere desarrollar recursos internos y metas. Los jóvenes de nuestro país tienen oportunidades de orientación y canalización de sus frustraciones y en esto dependen de sus familias, la escuela, las instituciones; la responsabilidad es de todos. Es decir, las expresiones de violencia sin futuro sin horizontes pueden cambiar.

2.1.3 Tipos de maltrato

a) Maltrato físico

1. Lesiones físicas graves: fracturas de huesos, hemorragias, lesiones internas, quemaduras, envenenamiento, hematomas abúrrales, etc.

2. Lesiones físicas menores o sin lesiones: No requieren atención médica y no ponen en peligro la salud física del menor.

b) Maltrato emocional

1. Rechazar: Implica conductas de abandono.

Los padres rechazan las expresiones espontáneas del niño, sus gestos de cariño; desaprueban sus iniciativas y no lo incluyen en las actividades familiares.

2. Aterrorizar: Amenazar al niño con un castigo extremo o con un siniestro, creando en él una sensación de constante amenaza.

3. Ignorar: Se refiere a la falta de disponibilidad de los padres para con el niño. El padre está preocupado por sí mismo y es incapaz de responder a las conductas del niño.

4 Aislar al menor: Privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.

5. Someter al niño a un medio donde prevalece la corrupción. Impedir la normal integración del niño, reforzando pautas de conductas antisociales.

c) Maltrato por negligencia

Se priva al niño de los cuidados básicos, aun teniendo los medios económicos, se posterga o descuida la atención de la salud, educación, alimentación, protección, etc.

2.1.4 Maltratadores

a) ¿Quiénes son maltratadores?

Son todas aquellas personas que cometen actos violentos hacia su pareja o hijos; también puede ser hacia otros en general.

b) ¿Por qué maltratan?

Porque no saben querer, no saben comprender, no saben respetar.

c) ¿Qué características tienen los maltratadores?

- Tienen baja autoestima.
- No controlan sus impulsos.
- Fueron víctimas de maltrato en su niñez.
- No saben expresar afecto.

d) ¿Qué características tienen los maltratados?

- Tienen baja autoestima.
- Sumisos.
- Conformistas.
- Fueron víctimas de maltrato.

e) ¿Qué se debe hacer para no llegar al maltrato?

Aprenderá:

- Comprenderse.
- Comunicarse con calidez y afecto.
- Respetarse.
- Dominar sus impulsos (ira, cólera).

2.1.5 Violencia sexual

El abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre dos personas sin consentimiento de una. El abuso sexual puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor o incluso entre menores.

Como actividad sexual se incluye:

- Cualquier tipo de penetración de órganos genitales en contra de la voluntad, o aprovechando la incapacidad de un menor para comprender ciertos actos. También se incluye el inducir u obligar a tocar los órganos genitales del abusador.
- Cualquier acción que incite al menor a presenciar contenido sexual impropio (observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, ver material pornográfico o asistir a conversaciones de contenido sexual, por ejemplo).

Tipos de abuso sexual son la violación, que es considerada delito sin importar el sexo de la víctima, y el estupro. En el caso de abuso sexual infantil, los fenómenos que se desencadenan tienen que ver con trastornos en el desarrollo psicosexual.

Una dificultad en la relación madre hija puede complicar el riesgo para el abuso sexual infantil y las consecuencias del abuso.

2.1.6 Violencia de género

1. ¿Qué es la violencia por razones de género?

El género es lo que nos ayuda a conceptualizar la violencia en términos más comprensivos. Comprender el género es de vital importancia para desarrollar estrategias de transformación personal y social para eliminar la violencia y para lograr innumerables metas del desarrollo relacionadas con este tema.

La violencia por razones de género incluye todas estas otras descripciones de violencia, pero están enmarcadas en términos más amplios en el entendido que las causas y soluciones a la violencia son a la vez personales, políticas y estructurales.

2. ¿Cómo se da a nivel nacional e internacional?

La violencia por razones de género adquiere muchas formas física, sexual, psicológica, libertades restringidas, coerción y amenazas que se producen tanto en el ámbito público como privado. Los hombres, las mujeres y los niños, todos son víctimas de esta "forma de género" de la violencia. A pesar de ello, la violencia por razones de género es predominantemente violencia del hombre o violencias de los hombres.

Es violencia del hombre contra la mujer y los niños, contra otros hombres y contra sí mismo. Es conflicto bélico, es violencia conyugal, es intimidación, son las palizas a los homosexuales, es abuso infantil y es violación.

Los hombres son principalmente quienes usan la violencia, y los hombres, sobre todo los más jóvenes, son generalmente los más implicados en otros tipos de violencia, tanto como víctimas como practicantes de la violencia.

La violencia por razones de género se distingue de otros tipos de violencia en cuanto a que están enraizadas en comportamientos prescritos, en normas y actitudes basadas en el género y la sexualidad.

En otras palabras, está enraizada en discurso de género sobre masculinidad y feminidad (normas y definiciones prescritas de lo que significa ser un hombre o una mujer) en el lugar que ocupan los hombres y las mujeres con relación a sí mismos y a otros grupos de mujeres hombres. Estos discursos de género permiten o animan un comportamiento violento dentro de un contexto de privilegio asumido y poder jerárquico para ciertos grupos de hombre.

La violencia sobre la base de género es una articulación de, o una coacción de Jerarquía de poder y desigualdades estructurales nutridas por sistemas de creencias, normas culturales.

Procesos de socialización.

En resumidas cuentas, la violencia por razones de género tiene sus raíces en la parte estructura personal. Se centra en el patriarcado un sistema que coloca al hombre sobre la mujer (y sobre otros hombres) e instila un sentido de derecho y privilegio en muchos hombres. El patriarcado también institucionaliza los contextos sociales, culturales y legales que permiten la violencia sobre la base del género.

Pero, la violencia por razones de género también se basa en las presiones, miedos y emociones reprimidas que subyacen la "masculinidad hegemónica" o muchas de las formas de dominio masculino aceptadas en muchas culturas del mundo. A esto hay que añadir la experiencia personal sobre violencia que tienen los individuos siendo alimentados en una cultura de violencia y aprendiendo y experimentando la violencia en el ambiente que les rodea la familia, los medios de comunicación o la comunidad.

El alcance y los efectos de la violencia por razones de género son profundos. La violencia por razones de género es una plaga en todas las sociedades de todas las regiones del mundo. Ningún grupo, sin tener en cuenta su cultura, clase o situación, es inmune a su devastación. Insidiosamente incapacita a las familias y las alianzas, y a la capacidad de muchas a relacionarse entre sí o con otros mediante el amor, la compasión o el respeto.

La violencia extiende el miedo y el odio a uno mismo como un virus un virus que consume los derechos básicos tanto de los adultos como de los niños. En un sentido muy amplio, la violencia por razones de género restringe los logros del desarrollo, la paz y la libertad.

3. Viendo al hombre como parte de la solución

¿Por qué debemos trabajar con el hombre para eliminar la violencia por razones de género? Para empezar, el hombre ocupa un lugar céntrico en todos los actos de violencia, y la violencia es parte céntrica de los que significa ser hombre en muchas culturas. Además, la mayoría de los líderes políticos, culturales y sociales del mundo aquel que ocupan un mejor lugar para poder influenciar el cambio también, son hombres.

Cuando imaginamos dejar a los protagonistas claves y los poderosos fuera de la estrategia general para prevenir la violencia, nos damos cuenta de que trabajar con el hombre es un elemento esencial para la prevención efectiva. Lo que es más, como estamos hablando de violencia de género, tenemos que recordar que el género es un elemento importante en la vida de todos nosotros/as, de todos los hombres y mujeres del mundo.

El hombre es un ser de género también, y los hombres disfrutan de los privilegios y las consecuencias de las políticas de género en las que viven. Finalmente, trabajar en pos de una alianza más fuerte entre hombres y mujeres, y los diferentes actores que trabajan para eliminar la violencia se cosechará como beneficios marginales una mejor calidad de vida y unas mejores relaciones para los hombres, las mujeres, los niños y las comunidades, y será el ímpetu para innumerables ganancias adicionales del desarrollo.

Al reconocer que la violencia por razones de género está relacionada con el desarrollo de la masculinidad (por ejemplo, la forma en la que un grupo define "lo que significa ser hombre") y que estos están informados por sistemas de creencias, normas culturales y procesos de socialización hemos ayudado a identificar y reforzar los puntos de entrada de varias iniciativas para la prevención de la violencia a nivel mundial que intentan trabajar con hombres y jóvenes como socios.

Al prestar atención a las responsabilidades de los hombres, vamos más allá de ver al hombre como parte del problema simplemente, y empezamos a verlo como parte de la solución al implicarlos directamente en las estrategias de prevención e intervención. Sin comprometer al hombre como socio, sin permitir que tanto el hombre como la mujer comprendan su función y responsabilidad en la eliminación de la violencia estaríamos intentar solucionar un problema multidimensional desde una perspectiva muy limitada.

4. ¿Qué se está haciendo para eliminar la violencia por razones de género?

En respuesta a la epidemia de violencia por razones de género, se han puesto en marcha una amplia gama de iniciativas, programas y políticas durante las últimas décadas para ayudar a prevenir la violencia. Estos incluyen:

- Convenciones y campañas internacionales.
- Políticas nacionales de prevención e igualdad.
- Defensa y medios de comunicación.
- Políticas organizativas.
- Organizaciones de la sociedad civil orientadas hacia el género.
- Intervenciones a nivel local y comunitario.
- Activismos personales.

Muchas de estas iniciativas de prevención, explícitamente reconocen la necesidad de trabajar con hombres y jóvenes como socios para animar al cambio social en pos de un mundo menos violento.

5. Hoja de datos sobre el asilo por razones de género

La convención de Ginebra de 1951 sobre el estatus de los refugiados (Convención de 1951) y el acta de inmigración y nacionalidad de EE.UU. define al refugiado como una persona "afuera de su país de nacionalidad que no puede o no quiere regresar debido a la persecución o temores bien fundados de persecución por razones de raza, religión, nacionalidad, membresía en un grupo social particular, o por creencias políticas."

El "género" no está definido como categoría, pero las mujeres que sufren violencia de género pueden ser incluidas en cualquiera de cinco categorías y frecuentemente califican como grupo social. Las Directrices para la Protección de Mujeres Refugiadas promueven "el principio que mujeres que temen persecución o discriminación severa por razones de género deben ser consideradas miembros de un grupo social para determinar su status de refugiadas." Mujeres que sufren violencia de género también pueden ser incluidas en las categorías políticas o religiosas.

6. Ejemplos de violencia por razones de género

Con mucha frecuencia las mujeres sufren daños que son específicos a su género, tales como la mutilación genital femenina o el aborto forzado, o que son cometidos contra las mujeres en mayor frecuencia que contra los hombres, por ejemplo los ultrajes o la violencia doméstica.

Las mujeres también sufren efectos dañinos únicamente por ser mujeres, esto es, por motivos de género, tales como las políticas del Talaban en Afganistán. Frecuentemente, las mujeres sufren daños a manos de individuos privados, por ejemplo a manos de familiares que las amenazan con asesinatos de honor o cónyuges que las golpean.

7. Modalidades de la violencia de género

La violencia que padecen las mujeres comprende cuatro modalidades, que van desde la agresión física, con resultado de muerte en multitud de ocasiones, la violencia sexual, la psicológica y la económica.

Los datos estadísticos revelan que entre un 35% y un 40% de mujeres que viven emparejadas sufren malos tratos físicos o psíquicos por parte del hombre, lo que permite afirmar que miles de mujeres están bajo amenaza de muerte.

Entrevista con Montserrat Boix, Fundadora de Red de Mujeres: La violencia de género ha tenido y tiene lugar en todas las culturas actuales y en todas las escalas sociales. Y está directamente asociada a las relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres que determinan en última instancia, la posición de subordinación y vulnerabilidad de las mujeres independientemente de su situación socioeconómica. Las mujeres seguimos siendo ciudadanas de segunda clase, en el ámbito social, económicas, religiosas y político; seguimos encabezando los porcentajes de pobreza, menor salario, precariedad laboral y bolsas de paro. Nuestra presencia en la vida pública, en los puestos de responsabilidad sigue siendo minoritaria. Mientras en el ámbito privado, el trabajo de la mujer en el hogar es invisible e infravalorado.

Se trata de un problema de salud pública debido al tremendo impacto negativo que ejerce sobre la salud, la morbilidad y la mortalidad de las mujeres y niñas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituye un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, a la dignidad y a la integridad física y psíquica de la víctima y todo ello supone, por lo tanto, un obstáculo para el desarrollo de una sociedad democrática.

Las Naciones Unidas consideran que la violencia en contra de las mujeres es un obstáculo para el desarrollo por sus consecuencias sobre las economías de los países. Al mismo tiempo tiene efectos sociales y culturales. De acuerdo con el concepto de desarrollo humano de las Naciones Unidas, la violencia contra las mujeres afecta su bienestar, su seguridad, sus posibilidades de educación y de desarrollo personal.

Tomando como ejemplo el panorama español, según el trabajo realizado por el grupo de la Universidad de Alicante utilizando los datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (1998-2001) y las denuncias por violencia por el compañero íntimo, del Ministerio del Interior (1997-2000), sólo en 1997, se practicaron 18.872 denuncias solamente por agresiones

físicas, lo que significa apenas un 5% de la violencia real, toda vez que la mayoría de los abusos no se denuncian a la policía, principalmente porque no existen instrumentos jurídicos, sociales y económicos adecuados que protejan a las víctimas, lo que hace que la violencia contra las mujeres siga siendo en gran parte un delito invisible. 75 mujeres, según datos del Ministerio del Interior, han muerto a manos de sus maridos o compañeros, 3 de las cuales fueron inmoladas por el fuego; 350 mujeres sufrieron lesiones de consideración, que van desde el apuñalamiento, fractura de huesos (rotura del tabique de la nariz, rotura de miembros); otras lesiones de consideración son la pérdida de audición por rotura del tímpano y la pérdida de visión parcial o total de uno de los ojos; en un porcentaje, no cuantificado hasta el momento, habían sufrido violación. Y todo ello con el agravante de que la mayoría de los ataques por el agresor, letales o no, se efectuaron en presencia de sus hijos, creando a menudo un ciclo de violencia que se perpetúa de generación en generación. Tampoco debemos olvidar que la mortalidad de mujeres por esta causa, supone diez veces más que el número de víctimas que se cobra el terrorismo político, y la sociedad no ha reaccionado.

2.1.7 Algunas consecuencias de la violencia intrafamiliar

2.1.7.1 Trastorno de alcoholismo

La relación existente entre trastornos psiquiátricos y el consumo de alcohol es de carácter bidireccional, uno da lugar al otro y viceversa. Esto se conoce a nivel científico como "patología dual" que viene definida como la relación de todas las sustancias de abuso y dependencia, con determinados trastornos psíquicos; aunque actualmente este concepto no se considera muy acertado ya que a nivel práctico psiquiátrico la comorbilidad de varios procesos ha sido siempre una constante, y de hecho da lugar a varios tratamientos, siendo importante no el tipo de tratamiento sino el discernir sobre qué aspectos hay que actuar de forma principal al comienzo y cuales hay que dejar en un segundo plano. Es comprensible que una persona alcohólica no debe ser a la fuerza una persona ansiosa, y una persona afectada de síndrome de ansiedad no tiene por qué acabar con un problema de abuso o dependencia del alcohol como medida para mitigar sus males. Pero sí que se sabe que:

- Muchos pacientes afectos de ansiedad, buscan el alcohol como una forma de tratar su enfermedad y alejarse de sus problemas.
- El consumo de alcohol que realizan los pacientes alcohólicos es el origen de su ansiedad. Así se comprueba que en pacientes con trastornos de ansiedad la presencia de trastornos de alcoholismo se sitúa entre el 15.33%, La diferencia del intervalo depende del trastorno de ansiedad estudiado siendo máximo en trastornos de fobia social y menor en trastornos de pánico o de agorafobia.

En la gran mayoría de pacientes el trastorno de ansiedad aparece con anterioridad a la dependencia de alcohol, debido probablemente a que estas personas utilizan esta sustancia como un medio de auto tratamiento para intentar disminuir las manifestaciones de ansiedad debido a las "conocidas" propiedades ansiolíticas del alcohol.

De otro modo comprobamos que en personas con trastornos de adicción al alcohol aparece de forma frecuente un síndrome de ansiedad., relación que se encuentra según estudios entre el 23% y el 69%. Variabilidad que depende del sexo, edad, o tiempo de adicción alcohólica.

También hay que entender que todos los estudios están sesgados debido a que la población general con problemas de adicción busca más ayuda para su rehabilitación a nivel médico que la población con los mismos problemas pero que además padece algún tipo de psicopatología.

Por todo ello hay unos conceptos básicos que hay que tener en cuenta en todos estos procesos:

- Esta serie de pacientes requieren un abordaje menos rígido que aquellos pacientes alcohólicos sin patología psiquiátrica acompañante.
- Hay que tratar ambas patologías de forma integral.
- Se observa una tasa de recaídas más frecuente, probablemente debido a una gran dificultad en conseguir una estabilidad o curación simultánea de ambos procesos.

a) Relación causal entre alcoholismo y ansiedad

Esta relación biunívoca que hemos comentado que se produce entre ambos trastornos, puede tener su base en diversos mecanismos:

- El alcoholismo y la ansiedad pueden formar parte de un conjunto general de trastornos, que de alguna forma pueden estar relacionados, debido a una base genética similar en ambos casos. Hay estudios familiares que así lo demuestran.

En otros ensayos se observa que familiares afectos de alcoholismo y síndrome de ansiedad tienen más posibilidades de sufrir un trastorno de ansiedad, que de los familiares de personas que sólo presentan trastornos de ansiedad.

- Pueden aparecer los dos cuadros pero manteniéndose de forma independiente. Se puede decir que la ingesta a corto plazo de alcohol disminuye la ansiedad, mientras que tomándolo a largo plazo la aumenta.
- Se puede observar la aparición de alcoholismo en pacientes con trastornos de ansiedad anterior. Muchos pacientes lo toman como una forma de "auto medicarse", ya Hipócrates decía " que la ingesta de vino con igual cantidad de agua libera de la ansiedad y temores".

Por último se puede observar que una serie de personas adictas al alcohol de forma crónica padecen más tendencia a un aumento de síntomas de tipo ansioso. Se pueden producir síntomas que asimilan a los estados de ansiedad, o actúan como impulsores de reacciones de ansiedad por la sensibilización del individuo a sus propias respuestas somáticas.

¿Cómo diferenciar entre los diversos trastornos de ansiedad y de adicción alcohólica? En primer lugar comprobamos que los síntomas vegetativos (nauseas, vómitos, sudor, etc...) y la ansiedad componen los síntomas fundamentales del síndrome de abstinencia al alcohol. Por tanto el primer paso para el estudio de un paciente alcohólico con sintomatología ansiosa es descartar

entre todos los diagnósticos el de síndrome de abstinencia alcohólica. Los síntomas de los trastornos de ansiedad generalizada y de la abstinencia son muy similares, diferenciándose principalmente en la cronología de los síntomas, ya que la abstinencia suele aparecer en los periodos de disminución o interrupción de la ingesta y los trastornos de ansiedad generalizada suele tener un carácter más crónico. También se pueden diferenciar por la clínica, viendo que la presencia de temblor o signos vitales anormales son más sugerentes del síndrome de abstinencia.

Para poder diferenciar el síndrome de abstinencia de los cuadros de ansiedad generalizada, hay que tener en cuenta que en los cuadros de abstinencia, la ansiedad aparece bruscamente junta otros síntomas fisiológicos típicos de la abstinencia, para luego poco a poco ir disminuyendo. Sin embargo en los trastornos de ansiedad, la ansiedad continuará intensificándose durante varias semanas, volviendo a aparecer síntomas propios de la misma que habían sido enmascarados por el consumo del alcohol.

Se observa también una variabilidad entre los distintos subtipo de ansiedad, al estudiar las formas de comienzo de los síntomas de pacientes con problemas alcohólicos o afectos de trastornos de ansiedad. Así, los distintos tipos de fobia suelen preceder al inicio del trastorno por alcohol, mientras que por otra parte los síndromes obsesivo-compulsivos o los trastornos de pánico pueden comenzar antes, simultáneamente o después de la aparición de la adicción al alcohol.

Como norma general:

- Se debe sospechar la coexistencia de un trastorno de ansiedad en un paciente con adicción alcohólica, cuando se presente una mala respuesta o falta de cumplimiento del tratamiento de deshabitación, elevado nivel de ansiedad, aparición de problemas físicos difíciles de diagnosticar, demanda insistente de benzodiazepinas o antecedentes familiares de trastornos de ansiedad.
- Sospecharemos en un paciente con trastorno de ansiedad una coexistencia de problemas de alcoholismo, cuando exista un consumo importante de alcohol o una historia de abuso de fármacos, sobre todo, benzodiazepinas o barbitúricos, poco cumplimiento del

tratamiento con pobres resultados y antecedentes en la familia de problemas con el alcohol. ¿Cómo tratar la ansiedad en un paciente adicto al alcohol? ¿Cómo tratar la ansiedad en un paciente adicto al alcohol?

- Hay que tener un especial cuidado en el tratamiento mediante fármacos en los pacientes alcohólicos, por la posible aparición de efectos secundarios de los medicamentos, además de posibles interacciones entre los fármacos y el alcohol, otros medicamentos u otras patologías concomitantes.
- Al tratar la ansiedad podemos evitar un alcoholismo secundario al utilizar el paciente esta sustancia como "automedicación". Si aparecen ambos trastornos a la vez, siempre se deberá tratar primero el alcoholismo.
- En pacientes con determinadas patologías hay que llevar un especial cuidado: Pacientes con antecedentes de crisis epilépticas o alteraciones cerebrales, por ejemplo, ya que cualquier psicofármaco puede producir un aumento de la sedación o de la intoxicación por alcohol, también si el paciente presenta insuficiencia hepática se puede producir un aumento de las concentraciones plasmáticas del medicamento, aumentando sus efectos.
- Dada la tendencia de estos pacientes a abusar de medicaciones de tipo psicoactivo, siempre se debe tomar la opción de la utilización de sustancias con una bajo potencial de abuso. Hay que esperar un cierto tiempo entre el tratamiento del síndrome de abstinencia y el inicio del tratamiento ansiolítico. La mayoría de especialistas recomiendan esperar de 3 a 4 semanas, aunque si la clínica lo necesita se puede comenzar nada más finalizar la abstinencia.

Los fármacos más usados son: Benzodiacepinas que son los fármacos de elección, pero con debidas precauciones. Otros tratamientos que pueden ser igual de eficaces son los betabloqueantes (propanolol), y la buspirona.

2.1.7.2 Trastorno de drogadicción

- El término "abuso de drogas" se usa para describir un patrón de uso de drogas que conduce a problemas o situaciones de angustia importantes como la imposibilidad de asistir al trabajo o a la escuela, el uso de drogas en situaciones peligrosas (al manejar un automóvil), los problemas legales relacionados con las drogas o el uso constante de drogas que interfiere en las relaciones con los amigos y la familia. El abuso de drogas, como trastorno, hace referencia al abuso de drogas ilegales o al uso abusivo de drogas legales. El alcohol es la droga legal de abuso más frecuente.
- Dependencia de drogas el término "dependencia de drogas" o "drogadicción" se usa para describir el uso constante de drogas o alcohol, aun cuando se hayan desarrollado problemas importantes relacionados con su uso. Las señales incluyen un aumento de la tolerancia o una necesidad de tomar cantidades mayores de la sustancia para obtener el efecto deseado, síntomas del síndrome de abstinencia cuando se disminuye el uso, esfuerzos fallidos para disminuir el uso, aumento del tiempo dedicado a las actividades para obtener las drogas, abandono de las actividades sociales y recreativas, y un abuso continuo de la droga aun cuando se conocen los problemas físicos y psicológicos producidos por él.
- Dependencia de sustancias químicas el término "dependencia de sustancias químicas" también se usa para describir el uso compulsivo de compuestos químicos (drogas o alcohol) y la incapacidad de dejar de usarlos a pesar de todos los problemas causados por su uso.

a) ¿Cuáles son las sustancias de abuso más frecuente?

Las sustancias de abuso más frecuente pueden incluir, pero no se limitan a, las siguientes:

- | | | | |
|---|-------------------|---|------------------|
| 1 | El alcohol. | 4 | La cocaína. |
| 2 | La marihuana. | 5 | Las anfetaminas. |
| 3 | Los alucinógenos. | 6 | Los opiáceos. |

7 Los esteroides anabólicos.

b) ¿Qué causa la drogadicción / la dependencia de sustancias químicas?

Las normas culturales y sociales influyen en los principios aceptables del abuso de drogas. Las leyes públicas determinan el uso legal de las mismas. La cuestión de si hay un patrón normativo de abuso de drogas es aún objeto de grandes controversias. Los trastornos relacionados con la drogadicción son causados por múltiples factores, incluyendo la vulnerabilidad genética, los factores ambientales estresantes, las presiones sociales, las características individuales de la personalidad y los problemas psiquiátricos. Sin embargo, todavía no se ha determinado en todos los casos cuáles de estos factores son primarios y cuáles son secundarios.

c) ¿Cómo se diagnostica la drogadicción/dependencia de sustancias químicas?

Un psiquiatra o profesional de la salud mental normalmente hace el diagnóstico de drogadicción. Los síntomas clínicos a menudo dependen de la sustancia de la que se abusa, de la frecuencia de uso y del período transcurrido desde la última toma; entre los síntomas, se incluyen los siguientes:

- Pérdida de peso.
- Fatiga constante.
- Ojos enrojecidos.
- Poca preocupación por la higiene.

Tratamiento de la drogadicción, la dependencia de sustancias químicas:

El tratamiento específico de la drogadicción dependencia de sustancias químicas será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

- Su edad, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzados están los síntomas.
- Qué tan avanzada está la dependencia.
- El tipo de droga de la que se abusa.

- Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas para la trayectoria de la condición.
- Su opinión o preferencia.

Existe una variedad de programas de tratamiento de la drogadicción, que están disponibles ya sea de forma ambulatoria o permaneciendo hospitalizado. Los programas considerados se basan normalmente en el tipo de droga de la que se haya abusado. La desintoxicación (si es necesaria, según la droga de la que se abusa) y el seguimiento a largo plazo son elementos importantes de un tratamiento exitoso.

El tratamiento de seguimiento a largo plazo, normalmente incluye reuniones formales de grupo y sistemas de apoyo psicológico apropiados para la edad del paciente, así como una supervisión médica continua. La psicoterapia individual y familiar se recomiendan a menudo para tratar los problemas familiares, psicosociales y de desarrollo que pueden haber contribuido y producido el desarrollo de un trastorno de drogadicción.

2.1.7.3 El Estrés

Desde 1935, Hans Selye, (considerado padre del estrés) introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química; el estrés (stress) es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles, la persona se siente ansiosa y tensa y se percibe mayor rapidez en los latidos del corazón. El estrés es lo que uno nota cuando reacciona a la presión, sea del mundo exterior sea del interior de uno mismo; el estrés es una reacción normal de la vida de las personas de cualquier edad, está producido por el instinto del organismo de protegerse de las presiones físicas o emocionales o, en situaciones extremas, del peligro.

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo

provoca o confrontarla violentamente; en esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. El estrés es un estímulo que nos agrede emocional o físicamente; si el peligro es real o percibido como tal, el resultado es el mismo. Usualmente provoca tensión, ansiedad, y distintas reacciones fisiológicas, es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.

a) Causas del estrés

Según Jean Benjamín Stora "el estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo". Este instinto es bueno en emergencias, como el de salirse del camino si viene un carro a velocidad. Pero éste puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo, así como una respuesta a los retos de la vida diaria y los cambios.

Cuando esto sucede, (explica Jean) es como si su cuerpo se preparara para salir fuera del camino del carro, pero usted está inmóvil. Su cuerpo está trabajando sobre tiempo, sin ningún lugar para usar toda esa energía extra. Esto puede hacerlo sentir ansioso, temeroso, preocupado y tenso.

b) ¿Por qué se produce el estrés?

En principio, se trata de una respuesta normal del organismo ante las situaciones de peligro. En respuesta a las situaciones de emboscada, el organismo se prepara para combatir o huir mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida principalmente en unas glándulas llamadas "suprarrenales" o "adrenales" (llamadas así por estar ubicadas adyacentes al extremo superior de los riñones). La adrenalina se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción:

- El corazón late más fuerte y rápido
- Las pequeñas arterias que irrigan la piel y los órganos menos críticos (riñones, intestinos), se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas y para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos).

- La mente aumenta el estado de alerta
- Los sentidos se agudizan.

Utilidad del estrés

En condiciones apropiadas (si estamos en medio de un incendio, nos ataca una fiera, o un vehículo está a punto de atropellarnos), los cambios provocados por el estrés resultan muy convenientes, pues nos preparan de manera instantánea para responder oportunamente y poner nuestra vida a salvo. Muchas personas en medio de situaciones de peligro desarrollan fuerza insospechada, saltan grandes obstáculos o realizan maniobras prodigiosas.

c) El problema del estrés

Lo que en situaciones apropiadas puede salvarnos la vida, se convierte en un enemigo mortal cuando se extiende en el tiempo. Para muchos, las condiciones de hacinamiento, las presiones económicas, la sobrecarga de trabajo, el ambiente competitivo, etc., son circunstancias que se perciben inconscientemente como amenazas. Esto les lleva a reaccionar a la defensiva, tornándose irritables y sufriendo consecuencias nocivas sobre todo el organismo:

- Elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial)
- Gastritis y úlceras en el estómago y el intestino
- Disminución de la función renal
- Problemas del sueño
- Agotamiento
- Alteraciones del apetito

El estrés produce cambios químicos en el cuerpo. En una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (Catecolaminas y entre ellas, la adrenalina) en la glándula suprarrenal.

Las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón late más rápido y la presión arterial sube; la sangre es desviada de los intestinos a los músculos para huir del peligro; y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía.

Estas reacciones permiten evitar el peligro. A corto plazo, no son dañinas. Pero si la situación persiste, la fatiga resultante será nociva para la salud general del individuo.

El estrés puede estimular un exceso de ácido estomacal, lo cual dará origen una úlcera. O puede contraer arterias ya dañadas, aumentando la presión y precipitando una angina o un paro cardíaco.

Así mismo, el estrés puede provocar una pérdida o un aumento del apetito con la consecuente variación de peso en la persona.

Los episodios breves de estrés trastornan el funcionamiento del organismo; sin embargo los síntomas desaparecen cuando el episodio cede. Esto ocurre con mayor facilidad si la persona posee tácticas efectivas para enfrentar el estrés y si expresa sus sentimientos normalmente.

1. Causas

Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar).

El estrés también surge por irritaciones menores, como esperar demasiado en una cola o en tráfico. Situaciones que provocan estrés en una persona pueden ser insignificantes para otra.

2. Síntomas y signos

El estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo. Los síntomas más comunes son

- Depresión o ansiedad
- Dolores de cabeza

- Insomnio
- Indigestión
- Sarpullidos
- Disfunción sexual
- Palpitaciones rápidas
- Nerviosismo

3. Tratamiento

Frente a la falta de respuesta al tratamiento físico, el doctor puede recomendar algún tipo de psicoterapia. También puede recetar tranquilizantes, antidepresivos o beta bloqueadores como medida a corto plazo. Sin embargo, en general el uso de medicamentos no se recomienda como solución a largo plazo.

En estos casos no se recomienda el uso de bebidas alcohólicas, cualquier tipo de cambio puede hacerlo sentir tenso, así sean cambios buenos. No es solamente el cambio o el suceso en sí, pero también la forma como usted reacciona a éste, lo que importa.

Lo que puede causar estrés es diferente en cada persona. Por ejemplo que una persona no se sienta con estrés al jubilarse del trabajo mientras que otras sí se sientan con estrés.

Otras cosas que pueden causarle tensión incluyen perder el trabajo, su hijo o hija marchándose o regresando a la casa, la muerte de un esposo, el divorcio o el matrimonio, una enfermedad, una lesión, una promoción en el trabajo, problemas de dinero, mudarse, o tener un bebé.

a) Señales posibles de estrés

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| • Ansiedad | • Dolores de cabeza |
| • Dolor en la espalda | • Presión arterial alta |
| • Estreñimiento o diarrea | • Insomnio |
| • Depresión | • Problemas relacionándose con otros |
| • Fatiga | • Falta de respiración |

- Tensión en el cuello
- Sube o baja de peso
- Malestar estomacal

Consejos para reducir el estrés

- No se preocupe acerca de las cosas que usted no puede controlar, como el clima.
- Haga algo acerca de las cosas que si puede controlar.
- Prepárese lo mejor que pueda para sucesos que usted sabe que pueden ocasionarle estrés.
- Esfuércese por resolver los conflictos con otras personas.
- Pídale ayuda a sus amistades, familiares o profesionales.
- Fíjese metas realísticas en su casa y en el trabajo.
- Haga ejercicios.
- Medite.
- Abandone las actividades diarias que le causan estrés con deportes en grupo, eventos sociales y pasatiempos.
- Trate de ver un cambio como un desafío positivo, no una amenaza.

b) Como controlar el estrés

Existen formas seguras y formas no recomendables para controlar el estrés. Es peligroso intentar escapar de los propios problemas utilizando drogas o alcohol. Ambas opciones son tentadoras y los amigos pueden ofrecérselas a uno.

Las drogas y el alcohol pueden parecer respuestas fáciles, pero no lo son. Controlar el estrés con alcohol y drogas solo añade nuevos problemas, como la adicción, así como problemas con la familia y de salud.

c) El dolor de la cabeza y el estrés

¿Cómo puedo saber si el dolor de cabeza es como resultado del estrés o por alguna otra causa? Según los expertos, la causa de la mayoría de los dolores de cabeza no es por enfermedad o secundaria a otra condición médica.

Para muchas personas, el dolor de cabeza puede ser precipitado por cambios de temperatura, cambios sensoriales de olor ó de luz, ingestión de cafeína, por sustancia aditiva de alimentos, cambios en patrones de sueño y de alimentación. La mayoría de los dolores de cabeza son de tipo tensionar los cuales son usualmente manejados con dieta apropiada y técnicas de reducción del estrés.

Los dolores de cabeza que pueden indicar una condición más seria son aquellos que se acompañan de fiebre, visión doble, confusión mental, dificultad para hablar, con infección respiratoria o trauma craneoencefálico.

d) El sueño y el estrés

El estrés es la primera causa de insomnio ó mala calidad de sueño. ¿Qué puedo hacer si el estrés me está afectando el sueño?

Algunas técnicas para mejorar la calidad del sueño son el uso de la Aromaterapia; Aromas como lavanda son reconocidos por su efecto calmante y de relajación. Salpique unas gotas en un pañuelo y póngalo dentro de la funda de la almohada. Los aromas de pino y mejorana tienen también efecto relajante.

Otra forma de combatir el insomnio cuando nuestra mente está pensando y dando vueltas, es escribir. Mantenga un diario en su mesa de noche y escriba todas las ideas y listas de cosas por hacer para el día siguiente que no lo están dejando dormir; esto permite que la mente se aclara y logre el descanso y la paz que necesita.

El ejercicio, como caminar o participar de un deporte recreativo realizado 5 a 6 horas antes de la hora de dormir, se sabe ayuda a reducir el estrés y a mejorar la calidad del sueño. Realizar ejercicios de estiramiento durante 5 minutos antes de ir a la cama también puede ser beneficioso para liberar la tensión muscular y prepararlo para el sueño.

e) El trabajo y el estrés

¿Cómo puedo reducir el nivel de estrés en mi trabajo?

Muchas personas experimentan la mayoría de su estrés en los días de trabajo. Para combatir el estrés en el trabajo trate de seguir las siguientes recomendaciones:

- Tome suficiente agua durante el día y evite el exceso de cafeína
- No se salte las comidas y mantenga bocadillos saludables en su escritorio como frutas deshidratadas (pasitas), nueces y maní sin sal, cereal de grano entero tipo granula, galletas de soda.
- Tómese vacaciones frecuentes de 5 minutos, cerrando la puerta de su oficina, y durar unos minutos haciendo estiramiento, escuchando música relajante, practicando respiración profunda, leyendo 5 páginas de una novela o escuchar una cinta de meditación.

f) Diferentes tipos de estrés

"El tratamiento del estrés puede ser complicado y difícil porque existen diferentes tipos de estrés:

- Estrés agudo.
- Estrés agudo episódico
- Estrés crónico.

Cada uno con sus propias características, síntomas, duración y distinto tratamiento. Veamos cada uno de ellos.

Estrés agudo

El estrés agudo es la forma de estrés más común. Proviene de las demandas y las presiones del pasado inmediato y se anticipa a las demandas y presiones del próximo futuro.

El estrés agudo es estimulante y excitante a pequeñas dosis, pero demasiado es agotador. Por ejemplo, un descenso rápido por una pista de esquí de alta dificultad por la mañana temprano puede ser muy estimulante; por la tarde puede añadir tensión a la acumulada durante el día; esquiar por encima de las posibilidades puede conducir a accidentes, caídas y sus lesiones. De la

misma forma un elevado nivel de estrés agudo puede producir molestias psicológicas, cefaleas de tensión, dolor de estómago y otros muchos síntomas.

Puesto que es breve, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para producir las grandes lesiones asociadas con el estrés crónico. Los síntomas más comunes son:

- Desequilibrio emocional: una combinación de ira o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés.
- Problemas musculares entre los que se encuentra el dolor de cabeza tensionar, el dolor de espalda, el dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que producen contracturas y lesiones en tendones y ligamento.
- Digestivos con molestias en el estómago o en el intestino, como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome del intestino irritable.
- Manifestaciones generales transitorias como elevación de la presión arterial, taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, palpitaciones cardíacas, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad respiratoria y dolor torácico.

El estrés agudo puede aparecer en cualquier momento de la vida de todo el mundo, es fácilmente tratable y tiene una buena respuesta al tratamiento.

1) Enfermedades por Estrés Agudo.

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

- Ulcera por Estrés
- Estados de Shock
- Neurosis Post Traumática
- Neurosis Obstétrica
- Estado Postquirúrgico
- Estrés crónico.

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

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

2.1.7.4 Depresión

La depresión es una enfermedad muy frecuente, incluso en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que este trastorno genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas.

El presente trabajo trata de dar un panorama general acerca de este trastorno, donde se abordan diferentes puntos. En cuanto a la evaluación psicológica se muestran algunos signos de advertencia que pueden predisponer este padecimiento, algunos de ellos pueden ser, muerte de un amigo cercano, el fin de una relación, la pérdida de un trabajo o alejarse de la casa. Cuando los sentimientos de tristeza, soledad, irritabilidad y cansancio no desaparecen se puede estar presentando este trastorno. Los tres tipos son: depresión severa, la distermia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de

los síntomas varían. Asimismo nos presenta una descripción acerca de cuatro diferentes escalas que ayudan a evaluar la depresión, estas son las Escalas de Depresión de Zung, Hamilton, Yesavage y Beck. Posteriormente nos indica tres planteamientos sobre estrategias preventivas de la depresión que se sistematizan en tres apartados; la prevención primaria que trata de evitar nuevos casos de depresión, la prevención secundaria, que consiste en evitar los agravamientos, las recaídas y las recurrencias, lo cual exige esforzarse en estas dos tareas: el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo, por cuyo motivo remitimos al lector a los capítulos que afrontan respectivamente el diagnóstico y el tratamiento, la prevención terciaria, enfocada como la prevención del suicidio y la de la cronicidad. No obstante, la presencia de programas preventivos es escasa en atención primaria, la mayoría de los servicios sanitarios públicos de los países occidentales han asumido como eje primordial de su trabajo el modelo de salud mental comunitaria, uno de sus principales pilares es la prevención.

Con respecto al tratamiento de la depresión, este puede realizarse solo con fármacos, solo con psicoterapia o con una combinación de ambas. Habitualmente se considera que es la combinación de fármacos con psicoterapia la mejor elección de tratamiento en algunos casos de depresión.

Los tratamientos se diseñan con el objetivo de modificar conductas y cogniciones relativamente específicas, y/o enseñar otras que permitan un mejor ajuste del individuo en su relación con el medio ambiente. También, una característica común es que todos los tratamientos cognitivos y conductuales son estructurados y limitados en tiempo. Los principales tratamientos de la depresión son: Decremento en eventos desagradables e incremento en actividades placenteras, Terapia Cognitiva y Terapia de Autocontrol.

Finalmente se hace referencia, de un caso que ilustra el transcurso del padecimiento de una paciente el cual se obtuvo de los expedientes del área Hospital Parcial, de la Institución "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez". La depresión provoca irritabilidad, enojo, conductas antisociales, conductas violentas, pérdida de energía, abuso de alcohol, abuso de otras drogas, deseos de muerte, desesperación, culpabilidad, dificultad para concentrarse, indecisión y en el peor de los casos lleva al suicidio.

La clínica de nuestros días ha recibido el impacto, fundamentalmente, a partir del ingreso al mercado de antidepresivos de última generación (IRSS) como el Procaz (Fluoxetina), uno de los más empleados en la actualidad.

a) Tipos de depresión

Los tres tipos son: depresión severa, la distermia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La distermia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distermia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

b) ¿Qué causa la depresión?

La investigación actual sugiere, causas: genéticas, familiares, bioquímicas, físicas, psicológicas y sociales. Las causas psicológicas pueden incluir sensaciones del desamparo y vulnerabilidad, cólera, desesperación y pesimismo y baja autoestima. Pueden ser relacionadas con los patrones anormales del carácter y del comportamiento y las relaciones personales preocupadas.

En muchos pacientes, la historia identifica una pérdida personal específica o un estresar severo que interfiere cognitivamente en el individuo, con él se predispone la persona para provocar una depresión importante.

La depresión puede ser secundaria a una condición médica específica, por ejemplo: disturbios metabólicos, tales como hipoxia y hypercalcemia, desórdenes de la endocrina, tales como diabetes y síndrome de Cushing enfermedades neurológicas, tales como enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer, cáncer (especialmente del páncreas) infecciones virales y bacterianas, tales como gripe y pulmonía, desórdenes cardiovasculares tales como paro cardíaco, desórdenes pulmonares tales como enfermedad pulmonar obstructora crónica, desórdenes músculo esqueléticos tales como artritis degenerativa, desórdenes del soldados enrolados con el ejercito tales como síndrome irritable del intestino problemas genitourinarios tales como incontinencia enfermedades vasculares del colágeno tales como lupus anemia.

Las drogas prescritas para las condiciones médicas y psiquiátricas tan bien como muchos las sustancias comúnmente abusadas pueden también causar la depresión. Los ejemplos incluyen los antihypertensives, psicotrópicas, las analgesias narcóticas y no narcóticas, las drogas antiparkinsonian, las medicaciones cardiovasculares numerosas, contra los diabéticos orales, los antimicrobianos, los esteroides, los agentes quimioterapéuticos, cimetidina, y alcohol.

La gente que tienen autoestima baja, que ve constantemente el mundo con pesimismo o que es abrumada fácilmente por la tensión, es depresión propensa. Si esto representa una predisposición psicológica o una forma temprana de la enfermedad no está clara.

2.2 Psicopatologías

Es el estudio de los problemas de conducta, conciencia y comunicación, considerados como procesos patológicos de la vida psíquica. Es también denominada psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas.

El término Psicopatología, etimológicamente psyché (psyjé): alma o razón. Púthos (pazos): enfermedad, logia: o logos, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

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

Diferentes profesiones pueden llegar a estar involucradas en el estudio de la psicopatología. Principalmente son los psiquiatras y psicólogos los que se interesan por esta área, pues a su vez participan del tratamiento, investigación acerca del origen de los cuadros clínicos, su manifestación y desarrollo. En un plano más general, muchas otras especialidades pueden participar del estudio de la psicopatología. Por ejemplo, los profesionales de las neurociencias pueden centrar sus esfuerzos de investigación en los cambios cerebrales que ocurren en una enfermedad o trastorno mental.

La psiquiatría se ocupa de identificar signos y síntomas que llegan a configurarse como síndromes, enfermedad o trastorno mental. Esto sirve tanto para el diagnóstico de pacientes individuales o para la creación de clasificaciones diagnósticas. Este último es el caso de la sección F de la clasificación CIE de la Organización Mundial de la Salud, o el del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, (DSM IIIIII o IV).

La psicología, sin embargo, aplica los conocimientos del proceso mental a la comprensión de la psicopatología, de la que se derivan disciplinas tales como la psicoterapia. Los procesos de aprendizaje y el contexto social, son por tanto, factores importantes en la explicación de la psicopatología. Desde la modificación de conducta se entiende que no existen propiedades emergentes en la identificación de psicopatología, es decir, puede describirse un trastorno en una persona concreta, pero la clasificación no explica por sí sola, sino tan sólo describe una situación con una categoría (un análisis más detallado permitiría explicar y tratar el problema en cuestión).

Debe matizarse que la propia psiquiatría también reconoce, en la introducción del DSM-IV-TR, que el diagnóstico psiquiátrico no es suficiente para disponer de un plan terapéutico, sino que se precisa más información clínica.

En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatómicas, podría ser clasificado de psicopatología. Si bien, es preciso diferenciar la psicopatología con problemas orgánicos bien identificados (como los problemas de atención y ánimo por hipotiroidismo) de

aquellos donde tales problemas son hipotéticos y el aprendizaje parece ser un agente explicativo fundamental (como la depresión por causa psicológica).

Es decir: Psicopatología hace referencia a los síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica con una clara explicación biológica, como en el caso del hipotiroidismo, o bien, a los síntomas de trastornos psicológicos, o a estados contrarios a la salud mental mediante determinados procesos mentales.

Disciplina que se ocupa de la descripción, análisis de síntomas, clasificación e individualización nosográfica de los trastornos mentales. Ciencia que estudia las manifestaciones del trastorno mental. Conjunto de teorías sobre el fenómeno psiquiátrico.

2.2.1 Trastorno de disociación

Las experiencias disociativas no se integran en el sentido del yo, dando por resultado discontinuidades en el conocimiento consciente. En la disociación se da una falta de conexión en los pensamientos, memoria y sentido de identidad de una persona. Por ejemplo, alguien puede pensar en un acontecimiento que le trastornaba enormemente y aun así no experimentar ninguna emoción en absoluto. Es lo que se llama embotamiento emocional, uno de los aspectos principales del trastorno de estrés postraumático. La disociación es un proceso psicológico que se encuentra comúnmente en personas que buscan un tratamiento por problemas psicológicos (Maldonado et al., 2002).

La disociación cae dentro de una línea continua de severidad. Por ejemplo, una disociación leve sería quedarse absorto leyendo un libro y no darse cuenta de lo que sucede alrededor, o cuando estás conduciendo por una carretera familiar y te das cuenta de que no recuerdas los últimos kilómetros porque tu mente estaba "en otra parte" mientras tu cuerpo se encargaba de conducir; estos síntomas no se consideran patológicos y caen dentro de la normalidad.

Reciben el nombre de abstracción hipnótica. Una forma más severa y crónica de disociación puede verse en el trastorno de identidad disociativa, antes llamado trastorno de personalidad múltiple, y otros trastornos disociativos que iremos viendo a lo largo de estas páginas.

La disociación puede afectar a la subjetividad de una persona en forma de pensamientos, sentimientos y acciones que parecen no provenir de ninguna parte, o se ve a sí misma llevando a cabo una acción como si estuviera controlada por una fuerza externa. (Dell, 2001). Por lo general, una persona se siente "controlada" por una emoción que no parece tener en ese momento.

Por ejemplo, puede sentir repentinamente una tristeza insoportable, sin una razón evidente, y después esa emoción desaparece de la misma manera que llegó. O bien, una persona puede encontrarse a sí misma haciendo algo que no haría normalmente pero incapaz de detenerse, como si alguien le estuviera obligando a hacerlo. Esto se describe a veces como la experiencia de ser un "pasajero" en su propio cuerpo, más que el conductor.

Hay cinco maneras principales mediante las cuales la disociación de procesos psicológicos cambia la manera en que una persona experimenta la vida: despersonalización, desrealización, amnesia, confusión de la identidad, y alteración de la identidad. Se sospecha de la existencia de un trastorno disociativo cuando se da cualquiera de las cinco características.

La investigación tiende a indicar que la disociación procede de una combinación de factores ambientales y biológicos. La probabilidad de que una tendencia a disociar sea heredada se considera que es de cero (Simeón et al., 2001). Por lo general, el abuso repetido físico y/o sexual en la infancia y otras formas de trauma se asocian al desarrollo de los trastornos disociativos (Putnam, 1985). En el contexto de un trauma crónico y severo en la niñez, la disociación puede ser considerada adaptativa porque reduce el intenso dolor emocional creado por el trauma; sin embargo, si la disociación continúa utilizándose en la edad adulta, cuando el peligro original ya no existe, puede ser disfuncional. El adulto que disocia puede desconectar automáticamente de las situaciones que percibe como peligrosas o amenazantes, sin tener tiempo para determinar si

existe un peligro real. Esto deja a la persona fuera de contacto en muchas situaciones de la vida diaria, e incapaz protegerse en momentos de peligro real.

La disociación puede también ocurrir cuando ha habido negligencia severa o abuso emocional, incluso cuando no ha habido abuso físico o sexual ostensible (Anderson y Alexander, 1996; Del oeste, Adán, Spreng, Y Rose, 2001). Los niños pueden también disociar en las familias en las que los padres son amenazadores, imprevisibles, disocian ellos mismos, o utilizan un estilo de comunicación altamente contradictorio (Blizard, 2001; Liotti, 1992, 1999a, b).

El desarrollo de desórdenes disociativos en la edad adulta parece estar relacionado con la intensidad de la disociación durante el acontecimiento traumático real; la disociación severa durante la experiencia traumática aumenta la probabilidad de la generalización de tales mecanismos tras el acontecimiento.

Son un grupo de síndromes psiquiátricos que se caracterizan por perturbaciones en algunos aspectos de la conciencia, identidad, memoria, conducta motora. La mayor parte de los estudios han encontrado relación entre los trastornos de disociación y la experiencia de un trauma psicológico.

Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. Pueden presentarse estados más crónicos (que a veces van surgiendo de un modo más lentamente progresivo), en particular parálisis y anestias, si el comienzo está relacionado con problemas insolubles o dificultades personales. Los estados disociativos que han persistido más de uno o dos años antes de recibir atención psiquiátrica, suelen ser resistentes a los tratamientos.

Los trastornos disociativos incluyen la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo y un conjunto de situaciones de definición más difusa que los psiquiatras denominan trastorno disociativo sin otros datos específicos. Estos trastornos disociativos son con frecuencia precipitados por un estrés abrumador.

El estrés puede estar causado por la experiencia o por la observación de un acontecimiento traumático, un accidente o un desastre. O bien una persona puede experimentar un conflicto interno tan insoportable que su mente es forzada a separar la información incompatible o inaceptable y los sentimientos procedentes del pensamiento consciente.

a) Amnesia disociativa

La amnesia disociativa es una incapacidad para recuperar información personal importante, generalmente de una naturaleza estresante o traumática, la cual es muy generalizada para que pueda justificarse como un olvido normal.

El aspecto esencial de la AD es la incapacidad de recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, la perturbación de memoria se relaciona con trastorno mental orgánico. Existen 2 presentaciones básicas, la primera es la notable y repentina en la que amplios aspectos de la memoria acerca de la información personal no están disponibles para el recuerdo verbal consciente.

Durante un episodio amnésico alguno individuos pueden mostrar desorientación, perplejidad y tendencia a deambular, este es el tipo que se tiene la idea de mostrarlo como representativo, pero el más frecuente es el segundo tipo, en donde se eliminan grandes aspectos de la historia personal dentro de la memoria consciente.

La AD tiene un inicio y final claros. Existen varias amnesias: la localizada (incapacidad para recordar eventos que ocurrieron dentro de un periodo específico), generalizada (incapacidad para recordar todo lo ocurrido en su vida), continua (se olvidan los conocimientos subsecuentes a un periodo específico hasta el presente) y sistematizada (pérdida de memoria de ciertas categorías de la información).

Típicamente un episodio agudo de AD sigue de un suceso vital, que causa intenso estrés psicológico en el individuo. El inicio y terminación de los episodios son repentinos. Parece

común la recuperación de la amnesia después de un tratamiento adecuado. En otros puede seguir un curso crónico y ocurrir recurrencias y en otros es una alternativa al suicidio.

Puede ser difícil diferenciar una pérdida de la memoria debida al uso de sustancias y a la AD, porque los primeros minimizan su uso y los segundos lo atribuyen falsamente al alcohol, aunque las pérdidas de memoria por uso de sustancias son irreversibles.

- Epidemiología

En cuanto a la frecuencia de AD en población general se ha encontrado de 2 a 7%, la AD se ha descrito en veteranos de guerra, sobrevivientes de abuso físico y sexual, campos de concentración, violencia genocida.

- Etiología y patogénesis

Las investigaciones sugieren que la AD puede tener un componente psicobiológico que incluye alteraciones a nivel neuronal del hipocampo, quizás por una producción excesiva de glucocorticoides. También pueden contribuir las alteraciones en la amígdala, sistema benzodiazepina-ácido aminobutírico, sistema de opiáceos, sistema de noradrenalina y sistema del eje del factor liberador de corticotropina, hipotálamo, hipófisis, suprarrenales.

- Tratamiento

En muchos casos remite de manera espontánea cuando se retira al individuo de la situación estresante. El tratamiento a elegir sería psicoterapia reforzada con hipnosis o entrevistas facilitadas con fármacos. La psicoterapia debe estructurarse para no abrumar al paciente cuando recupere la memoria. A menudo los pacientes con AD también tienen trastornos del estado de ánimo y ansiedad, al igual que TEPT.

b) Fuga disociativa

La fuga disociativa se caracteriza por huidas del hogar o sitio de trabajo con una incapacidad para recordar parte o todo del propio pasado. Algunos individuos muestran confusión por su identidad y otros toman una nueva. Es como si el paciente huyera de algo, pero no está consciente de la

fuga. Al resolverse el episodio muchos individuos no pueden recordar los sucesos ocurridos durante estado de fuga. Los traslados que conforman la fuga disociativa son propositivos, a diferencia con la actividad confusa y desorientada en la AD aguda. En un caso típico, la fuga consiste en un viaje breve, con propósito definido, durante el cual los contactos con personas son mínimos, por lo común el individuo en fuga no atrae la atención hacia sí mismo. Con frecuencia la nueva identidad es muy limitada.

En casos raros la identidad puede ser muy elaborada y el individuo puede adentrarse en actividades sociales e interpersonales, de modo que no existe sospecha de algún trastorno mental.

La nueva identidad que toma el paciente suele caracterizarse por ser más desinhibida que el estilo de vida anterior del paciente.

Con frecuencia el episodio comienza en el contexto del estrés psicosocial intenso y de duración horas a días. La fuga puede ser más común durante las guerras y periodos de desarticulación social de gran importancia. En ocasiones un episodio puede durar meses e implicar actividad social compleja. Con frecuencia la fuga ocurre en el contexto de estrés intenso. Una vez resuelta la fuga pueden surgir depresión, ideación suicida, duelo, culpa e impulsos violentos.

Incluye demencia y trastorno amnésico orgánico, aunque la distinción generalmente no es fácil. En el trastorno mental orgánico existe un alejamiento inesperado del hogar, pero el individuo no participa en conducta organizada y con un objeto definido.

Las crisis parciales complejas pueden estar asociadas con un viaje breve, pero no se adopta una nueva identidad y en general no existe un episodio psicosocial precipitante.

Los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca o los pacientes esquizofrénicos pueden vagar de un sitio a otro, sin embargo el paciente con fuga disociativa no tiene síntomas maníacos ni psicóticos.

Antes era conocido como trastorno de personalidad múltiple, se caracteriza por la existencia de 2 o más identidades o estados de personalidad en un solo individuo. Las identidades alternas se definen como constructos mentales, cada uno con su propio patrón relativamente duradero de pensamientos, emociones, percepciones y experiencias subjetivas. Los pacientes demuestran una transferencia de control conductual entre identidades alternas, ya sea a través de transiciones de estado o por interferencia y traslape de las identidades alternas que se manifiestan de manera simultánea. La AD está presente en casi todos los casos de TID.

El trastorno de identidad disociativo es una situación grave, crónica y potencialmente invalidante o mortal. La presentación más típica es la de un trastorno psiquiátrico refractario o de particular relevancia para la atención primaria, como múltiples síntomas somáticos.

c) Trastornos de identidad asociativa

Satisfacen los criterios diagnósticos de trastornos de somatización u otros trastornos somatomorfos. Las identidades alternas varían en complejidad y estructura psicológica; en algunos casos encontramos identidades alternas sumamente desarrolladas con diferencias notables en postura, tono de voz, estado de ánimo manifiesto, energía, intereses, talentos, y capacidades, etc. Aunque en la mayoría de los casos las identidades alternas tienen poca profundidad psicológica y no manifiestan diferencias notables al ocurrir un intercambio.

Las identidades alternas se pueden desarrollar con puntos y percepciones polarizados. Otros parecen apropiarse de información neutral, talentos, capacidades e información histórica.

Las identidades alternas no son personas independientes, es decir, todas las identidades alternas en conjunto componen la personalidad de solo ser humano.

Se considera que el TID comienza en la infancia como respuesta a experiencias vitales traumáticas, abrumadoras o ambas. En la cultura occidental estos antecedentes suelen ser maltrato físico, abuso sexual, así como experiencias médicas dolorosas y desplazamientos en tiempo de guerra. Más del 80% de los pacientes con TID llenarán los criterios para TEPT.

La mayoría de los pacientes con TID presentan episodios notables y repetidos de amnesia disociativa. Pueden tener pérdidas de conciencia, episodios de fuga, dificultades vitales desconcertantes, falta de recuerdo de acontecimientos importantes, notables fluctuaciones de talentos y capacidades. Durante los intercambios los pacientes pueden mostrar fluctuaciones en lectura de presión sanguínea y glucosa, cambios en agudeza visual y respuestas a drogas y medicamentos. La mayoría de los pacientes con TID reciben el diagnóstico en la edad adulta.

El cambio de personalidades y la ausencia de consciencia del propio comportamiento en las otras personalidades hacen a menudo caótica la vida de una persona con este trastorno. Como las personalidades con frecuencia interactúan entre ellas, la persona dice oír conversaciones internas y las voces de otras personalidades.

El TID se puede confundir con varios trastornos psiquiátricos. Los trastornos comorbidos de estado de ánimo, ansiedad, somatomorfos, de personalidad y postraumáticos comunes, así como los trastornos en la alimentación el abuso de sustancias.

2.2.2 Trastornos de despersonalización

Los síntomas de la despersonalización y desrealización se han reconocido como parte de la imagen clínica de una amplia variedad de trastornos mentales. Algunos aspectos comunes de ambos son la perturbación temporal en la experiencia subjetiva de la realidad, de modo que el sentido de alejamiento o falta de la realidad reemplaza a la cualidad general de familiaridad asociada a la percepción. En la despersonalización la perturbación ocurre en la percepción de uno mismo, en la desrealización la alteración ocurre en la percepción del exterior. En el trastorno de despersonalización, el síntoma principal es la despersonalización, aunque actualmente también abarca desrealización.

70% de los pacientes con este trastorno informaron síntomas continuos. Este trastorno se inicia en la adolescencia. El inicio puede ser repentino o gradual. Algunos pacientes informaron que los síntomas siguieron de un episodio de abuso de sustancias psicoactivas.

La persona con despersonalización tiene una percepción distorsionada de su identidad, cuerpo y vida, lo que la incómoda. La despersonalización puede resultar una molestia menor o pasajera con pocos efectos evidentes sobre el comportamiento. Algunas personas se pueden ajustar al trastorno de despersonalización o incluso bloquear su impacto.

Otras están continuamente inmersas en una ansiedad acerca de su estado mental, temerosas de volverse locas o rumiando las percepciones distorsionadas de su cuerpo y su sentido de alejamiento de sí mismas y del mundo; la angustia mental les impide concentrarse en el trabajo o en las rutinas de la vida diaria y pueden volverse inválidas.

La despersonalización es un síntoma psiquiátrico muy común y se asocia a depresión, ansiedad y trastornos de la angustia, psicosis, trastornos traumáticos, trastornos de la personalidad, delirio y trastornos convulsivos. Los pacientes con otros trastornos disociativos también pueden tener síntomas de despersonalización. El diagnóstico se establece solo si el episodio es independiente a otros trastornos. La depresión puede ser ocasionada por una despersonalización crónica.

2.2.3 Trastornos de personalidad

Trastornos de la personalidad, pues es un tema que nos concierne a todos, porque son casos que podemos encontrarlos en nuestra vida cotidiana; y hasta quizás se presenten en nuestra vida misma; y si no tenemos bien en claro qué tipo de síntomas o criterios presenta una persona con trastorno de la personalidad; no podría usted llegar diagnosticar a tiempo, y en algunos casos esto podría llegar a complicarse.

Con respecto a este tema, deberíamos aclarar que no son casos de los cuales se pueda distinguir entre las demás personas que no presentan trastornos de la personalidad, sino que por el contrario, si es que no tenemos un claro concepto de los síntomas o las características que presentan las personas con trastornos de personalidad; no se podría llegar a distinguir fácilmente entre las demás personas.

Mucho menos tiene similitud con otros tipos de enfermedades mentales, pues tendrá características en común, pero estas se contrarían de una manera u otra. Aunque al leer este trabajo se encuentran características en el comportamiento muy similares a las características diagnosticadas que demuestran que la persona presenta un tipo de trastorno de la personalidad, esto no quiere decir que se presente, pues esto sólo se da en aquellos casos de que el lector presente todas las características o todos los criterios mencionados en este trabajo.

Espero que sea de su mayor agrado este trabajo; y que en especial sea de su total comprensión; pues es muy importante que usted analice este tipo de criterios con personas de su entorno y lograra el objetivo principal de este trabajo, el cual es evitar este tipo de problemas en nuestra sociedad o empezar de una vez en buscar las soluciones en los diferentes casos que encontremos, pero diagnosticándolos a tiempo.

En el siguiente trabajo damos a conocer un punto muy importante, que son los Trastornos de la personalidad, durante muchos años este término ha estado asociado a características negativas como degeneración moral, intratabilidad y conflictividad.

a) Diferentes tipos de trastornos de personalidad

Los trastorno de personalidades su patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto.

- Tipos de trastorno de la personalidad

Es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

a) Trastorno paranoide de la personalidad

Es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

b) Trastorno esquizoide de la personalidad

Es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del compartimiento.

c) Trastorno esquizotípico de la personalidad

Es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

d) Trastorno antisocial de la personalidad

Es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el auto imagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

e) Trastorno límite de la personalidad

Es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

f) Trastorno histriónica de la personalidad

Es patrón de de grandiosidad, necesidad de admiración y la falta de empatía.

g) Trastorno narcisista de la personalidad

Por evitaciones un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

h) Trastorno de la personalidad por evitación

Es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

i) Trastorno de la personalidad por dependencia.

j) Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

Es un patrón de preocupación por el orden el perfeccionismo y el control.

k) Trastorno de la personalidad no especificado

Es una categoría disponible para dos casos: patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumple los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad.

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se hace aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas cognoscitiva, afectiva de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta.

El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de la personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que define un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (por ejemplo, los rasgos son a menudo considerados ego sintónicos) para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores.

- Modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad.

Una alternativa al enfoque categorías es la perspectiva dimensional de que los trastornos de la personalidad representa variantes des adaptativas de los rasgos de personalidad que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos. Ha habido muchos intentos diferentes de identificar las dimensiones fundamentales que subyacen a la totalidad del campo del funcionamiento normal y patológico de la personalidad. Un modelo consiste en las cinco dimensiones siguientes:

1. Neocriticismo
2. Introversión versus extraversion
3. Rechazo o disponibilidad para experimentar

4. Hospitalidad versus amabilidad
5. Escrupulosidad

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones.

Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras personas y situaciones (rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo. Por ejemplo, algunas personas tienden a responder siempre a una situación problemática buscando la ayuda de otros. Otras siempre asumen que pueden manejar los problemas por sí mismas. Algunas personas minimizan los problemas, otras los exageran.

Aunque la gente tiende a responder siempre del mismo modo a una situación difícil, la mayoría es propensa a intentar otro camino si la primera respuesta es ineficaz. En contraste, las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta, frecuentemente antes, y tienden a durar toda la vida. Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo.

Las personas con trastornos de la personalidad generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos. Con frecuencia, los familiares o los asistentes sociales los envían a recibir ayuda psiquiátrica porque su comportamiento inadecuado causa dificultades a los demás. En cambio, la gente con trastornos por ansiedad se causa problemas a sí misma pero no a otros. Cuando las personas con trastornos de la personalidad buscan ayuda por sí mismas (frecuentemente, a causa de frustraciones), tienden a creer que sus problemas están causados por otras personas o por una situación particularmente difícil.

2.2.4 Trastornos de la alimentación

Los trastornos de la alimentación no son consecuencia de una sola fuente, son multicausales. Diferentes factores juegan un papel importante en su desarrollo, entre ellos lo psicológico, fisiológico y aspectos sociales y culturales. Hay gente que identifica su problema de alimentación como detonado por factores emocionales y dificultades en la dinámica familiar. Para otros son los aspectos sociales y culturales como la visión idealizada del cuerpo y las ideas sobre la belleza que, combinados con las exigencias sociales, lo desencadenan. Por último hay personas para las que es consecuencia de un problema médico. Los trastornos de la alimentación vienen acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, rechazo social, dificultades laborales, dificultades en las relaciones tanto con amigos y familia, como con posibles parejas, incluso autolesiones o ideas suicidas, etc.

Es necesario acudir a un psicólogo ya que un abordaje profesional del problema evitará la cronificación de cualquiera de los trastornos de la alimentación o su agravamiento. Los trastornos de la alimentación evidencian un entrecruzamiento de factores biológicos (genética, disfunción de las vías de los neurotransmisores, disfunción del sistema opio de, etc.) y del desarrollo individual, familiar y social; cada uno de los cuales tendrá mayor o menor implicancia según el caso en particular del individuo.

El DSM-IV (Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Edición) clasifica los desórdenes alimentarios en: Anorexia Nerviosa (Tipo restrictivo y Tipo compulsivo/purgativo), Bulimia Nerviosa (Tipo purgativo, Tipo no purgativo), Trastornos de la Conducta alimentaría no especificado, Además existen cuadros independientes como: Trastornos por atracón (comedor compulsivo) Síndrome del comedor nocturno (ansiedad vespertina, hipofagia nocturna, anorexia matinal e insomnio) a la vez dentro de los trastornos de alimentación se encuentran también La obesidad y desnutrición los cuales se detallan en el contenido del trabajo.

- Anorexia y la bulimia

Nadie está totalmente seguro sobre las causas de los trastornos de la alimentación; sin embargo, existen varias teorías sobre por qué la gente desarrolla estas patologías. La mayoría de la gente que desarrolla un trastorno alimenticio se encuentra entre los 14 y 18 años (aunque es posible que, en ciertas personas, comience a una edad más temprana). En ese momento de sus vidas, los adolescentes sienten que no pueden tener nada bajo control. Los cambios físicos y emocionales que ocurren en la pubertad pueden hacer que aun la persona más segura de sí misma se sienta un poco fuera de control. Al controlar su propio cuerpo, las personas con trastornos de la alimentación sienten que pueden recuperar parte del control -aunque lo logren de una manera no saludable.

En el caso de las mujeres, aunque es completamente normal (y necesario) aumentar un poco de peso durante la pubertad, algunas reaccionan al cambio teniendo mucho miedo de su nuevo peso y sienten que deben hacer algo para eliminarlo. Es fácil darse cuenta por qué a algunas personas les da miedo aumentar de peso, aun cuando saben que es saludable y temporal. Estamos rodeados de imágenes de gente famosa muy delgada gente que pesa mucho menos que el peso saludable que deberían tener. Cuando se combina la presión por ser como estos modelos con el cambio físico normal por la edad, no es difícil entender por qué algunos adolescentes tienen una imagen distorsionada de sus cuerpos.

Algunas personas que adquieren este trastorno alimenticio pueden presentar también un estado depresivo y ansiedad. Los especialistas creen que la gente que tiene trastornos de la alimentación también sufre del trastorno obsesivo compulsivo. Su anorexia o bulimia son una herramienta para controlar el estrés y la ansiedad que surge en la adolescencia y les permite tomar el control y establecer un orden en sus vidas. También existe evidencia de que los trastornos de la alimentación son un problema que ya otros miembros de la familia tienen o han tenido. Nuestros padres ejercen una influencia en nuestros valores, prioridades y, por supuesto, en nuestra manera de comer. Es por ello que el trastorno está relacionado con el ambiente y la influencia familiar; pero también se ha sugerido que hay un componente genético en ciertos comportamientos. Y los trastornos de la alimentación pueden ser uno de ellos.

- **Bulimia**

El cuadro se inicia habitualmente a partir de los 20 años, los bulímicos refieren que sus mentes están casi constantemente ocupadas en pensamientos referentes a la comida, dificultando incluso la concentración. Los excesos de comida se dan normalmente en solitario y en secreto. Muchas veces ritualizan la compra de comida y este hecho suele producirles al mismo tiempo excitación y ansiedad. La cantidad de comida que se ingiere en un episodio bulímico puede llegar hasta 20.000 calorías.

Para impedir ganar peso pueden utilizar mecanismos diversos como provocarse vómitos, utilizar frecuentemente purgantes y diuréticos, hacer mucho ejercicio, tomar anfetaminas, etc. Todos estos excesos pueden llegar a tener complicaciones de salud siendo uno de los más peligrosos la provocación de vómitos que puede dar lugar a depleción de los niveles de potasio, infecciones urinarias y problemas renales, ataques epilépticos, tétanos, y pérdida importante de peso.

Los rasgos psicopatológicos más importantes, se refieren a la preocupación relacionada con la comida, el peso y los síntomas depresivos. Los bulímicos, son personas depresivas, acomplejadas, que se sienten ineficaces e indefensas, carentes de autoestima y elevada ansiedad, carentes de asertividad y con una deficiente imagen corporal y pobres relaciones sexuales.

El curso habitual de este trastorno es crónico durante un período de varios años, alternándose con frecuencia períodos de bulimia con fases de ingesta normal. No suele ser un trastorno incapacitante salvo en personas con muchos ataques recurrentes durante el día que se provocan vómitos. Suele presentar oscilaciones de peso debido a la alternancia de episodios bulímicos con períodos de ayuno.

Parece que este trastorno aparece de forma mayoritaria entre el sexo femenino, existiendo poca información respecto a la prevalencia y los factores predisponentes del mismo.

La bulimia aparecía después de un período de tiempo en el que la persona había estado muy preocupada por el peso, llegando incluso a hacer dieta, los intentos por reducir peso, habían sido infructuosos y en este caso, eran seguidos de períodos de ingesta desmesurada y de ayuno. Otros

pacientes se convirtieron en bulímicos después de haber hecho dieta durante mucho tiempo, y de haber perdido, incluso, mucho peso.

- Anorexia

En los anoréxicos hay una idea sobrevalorada de la imagen corporal, que puede tomar proporciones delirantes. Los pacientes ven algunas partes de su cuerpo muy gruesas, incluso a pesar de la pérdida de peso, por lo cual deben continuar sin comer. Generalmente manifiestan fuertes sentimientos de asco y desagrado ante su propio cuerpo. No reconocen adecuadamente, los signos de hambre y saciedad. Se sienten hinchados, tienen Náuseas, después de haber comido poquísimos. A pesar de su gran inanición, no se sienten cansados ni fatigados. El estado de ánimo de los anoréxicos, es bastante variable. Son comunes, los sentimientos de desamparo, la depresión y la labilidad emocional. Pierden todo interés en el sexo y evitan los contactos con personas del sexo opuesto. En el caso de actividad sexual no disfrutan de ella.

- Características de anorexia

Cambios cognitivos: distorsiones cognitivas sobre el peso y la ingesta, alteración de la imagen corporal (sigue encontrándose gorda a pesar de haber perdido peso).

Cambios conductuales: dieta restrictiva autoimpuesta, frecuente provocación de vómitos, uso abusivo de laxantes (estas conductas son más frecuentes si la anorexia cursa con episodios de bulimia); elevado interés por la gastronomía, hiperactividad, relaciones familiares gravemente alteradas, importante retraimiento social.

Cambios biológicos: alteración del sistema hipotalámico y endocrino que tiene como consecuencia la aparición de la amenorrea. Desaparecen las curvas típicas femeninas, piel seca, pérdida de pelo, bradicardia, hipotensión, baja temperatura, deshidratación. Se encuentran involucrados tanto factores biológicos, sociales como psicodinámico.

Factores biológicos: los distintos hallazgos en pacientes con Anorexia Nerviosa sugieren la existencia de una disfunción hipotalámica. Es posible que en algunas personas vulnerables, el

stress psicológico produzca cambios bioquímicos reversibles en el hipotálamo que provoquen esta alteración y que se perpetúe con la pérdida sucesiva de peso. Los opiodes endógenos pueden contribuir a la negación del hambre. También estarían afectados los neurotransmisores cerebrales, los ejes gonadotrófico, tiroideo, adrenal, somatotrófico y prolactínico; además de verse involucrados la melatonina, hormona antidiurética, insulina y leptina. Finalmente como consecuencia de la desnutrición se altera el metabolismo fosfocálcico.

- Etiología de la nerviosa
 - Factores sociales: estas pacientes ven reforzadas sus conductas debido al énfasis que pone la sociedad a la delgadez y al ejercicio. Las personas que presentan trastornos de la conducta (principalmente de tipo compulsivo/purgativo) tienen familias con altos niveles de hostilidad, caos y aislamiento, como así también niveles bajos de cuidados y empatía.
 - Factores psicodinámico: son personas con poco sentido de autonomía y auto confianza. Sólo a través de actos de autodisciplina pueden desarrollar el sentido de las mismas. Generalmente se trata de jóvenes que han sido incapaces de separarse psicológicamente de sus madres. Las familias suelen ser prejuiciosas, con dificultad para verbalizar los afectos, sobre protectoras, ambiciosas, perfeccionistas, que valorizan el éxito académico. También se observa una relación conflictiva de la madre con su propia madre.

- Tratamiento de la anorexia

En el tratamiento de la anorexia hay que tener en cuenta en nivel de pérdida de peso del sujeto y si hay una gran pérdida, con posible riesgo para la vida, se impone una hospitalización del sujeto. Desde la perspectiva médica el tratamiento consisten en la administración de fármacos básicamente anti anoréxicos, ansiolíticos y antidepresivos.

Desde el modelo psicodinámico se opta por la psicoterapia cuyo objetivo es resolver los conflictos internos que se suponen a la base del trastorno.

Desde una perspectiva cognitivo conductual el tratamiento debe ir dirigido a cubrir los siguientes objetivos:

1. Establecimiento o incremento de la cooperación por parte del paciente (ejemplo contrato de conducta).
2. Establecimiento de hábitos de comida y peso adecuados (mediante refuerzo diferencial medio hospitalario o familiar).
3. Modificar las actitudes hacia la apariencia corporal, la comida y el peso (técnicas de inundación o desensibilización).
4. Hacer desaparecer los episodios de bulimia (técnicas de exposición o prevención de respuesta).
5. Modificar el factor sumisión dependencia (técnicas cognitivas ejemplo Terapia Racional Emotiva de Ellis).
6. Eliminar el miedo al contacto corporal, a las relaciones sexuales (Exposición, desensibilización sistemática).
7. Modificar las relaciones familiares.
8. Mantenimiento de los resultados a largo plazo (seguimiento de 1 ó 2 año)

- La obesidad

La obesidad se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa que se traduce en un aumento de peso por encima de unos límites adecuados.

La obesidad se ha clasificado en tres categorías según el peso del individuo en relación con el peso ideal:

- a) leve, que se sitúa entre el 120 por 100 y el 140 por 100 del peso ideal;
- b) moderada que va del 141 por 100 al 200 por 100 del peso ideal y,
- c) grave o severa, cuando el peso excede el 200 por 100 del peso ideal.

Según la distribución corporal de la grasa, se distinguen dos tipos:

- a) obesidad androide, con predominio de la grasa en la mitad superior, más característica en hombres.

b) obesidad ginoide, con predominio de la grasa en la mitad inferior, más característica en mujeres.

El eje central de la evaluación y tratamiento de la obesidad consiste en analizar las características socio demográficas del sujeto, estilo de comer, hábitos de actividad física, variables cognitivas, consecuencias positivas y negativas. Toda esta información podemos obtenerla mediante la entrevista, autor registros etc.

- Intervenciones en problemas de alimentación y obesidad

Aunque la obesidad, la bulimia y la anorexia psicógena han sido consideradas como trastornos claramente separados, hay razones de peso en la práctica clínica y en la investigación para descartar este punto de vista. Así autores como Bruch (1976) han indicado que los procesos psicológicos subyacentes a los trastornos de la alimentación son similares, ya que en todos ellos, la ingesta y el aspecto corporal son manipulados en un esfuerzo inútil por camuflar o resolver el estrés interno, y de ajustarse a las dificultades del ambiente. La obesidad, la bulimia y la anorexia se tienden a conceptualizar como un continuo en el que las conductas anoréxicas y las bulímicas constituyen los extremos de un mismo trastorno y son condiciones alternantes en la misma persona a lo largo de diferentes períodos de su vida (Ochoa, 1990).

Según L. Sánchez y Planell (1993) la conducta alimentaria normal y sus desviaciones patológicas sólo pueden entenderse si se estudian bajo el enfoque de los tres niveles organizativos de la personalidad: neurobiológico, psicológico y relacional.

La intervención en los trastornos de la alimentación debe de ajustarse a las características de cada caso en particular y en función del tipo de trastorno de la ingesta que el sujeto presente; en general las estrategias a utilizar serán por un lado la evaluación cuyo objetivo será el confeccionar un Análisis Funcional de la conducta de ingesta, dar información general sobre el problema, seleccionar las conductas que se han de modificar y elegir las técnicas adecuadas. Las técnicas de evaluación a utilizar pueden ser, además de todo lo expuesto en otros apartados del tema, la entrevista clínica, la entrevista con familiares, los auto-informes y los auto-registros.

El tratamiento tiene como objetivos la reducción/aumento de peso, la modificación de la conducta específica de la ingesta y la modificación de cogniciones y sentimientos mediante las técnicas de autor registro, relajación terapia cognitiva, control de estímulos, dieta (reducción/aumento de calorías), modificación de los hábitos alimenticios, autor refuerzo y control de consecuencias, control de la actividad física y retroinformación informativa. En el seguimiento se pretende el mantenimiento de los objetivos marcados mediante auto informes, técnicas cognitivas, autor refuerzos, sesiones de apoyo, etc.

- Trastorno por vigorexía

El paciente que padece vigorexía persigue un cuerpo musculado, para ello, dedica su tiempo libre al ejercicio físico anaeróbico (de gimnasio) utiliza fármacos y hormonas y reduce la variedad alimentaría, normalmente empleando dietas ricas en proteínas.

Quien sufre de vigorexía pasa la mayor parte del tiempo pensando y actuando para mantener la forma física y la musculatura máxima, comprueba su peso y medidas, se mira en el espejo reiteradamente, etc. De esta manera, se ve deteriorada su calidad de vida, sus relaciones sociales y familiares e incluso su rendimiento académico o laboral.

Se entiende por vigorexía la obsesión patológica por un cuerpo perfecto y musculado. Las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por su cuerpo, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida. Podría decirse que es un comportamiento obsesivo compulsivo caracterizado por la preocupación de acudir al gimnasio y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de entrenar o muscular su cuerpo.

La vigorexía afecta mayoritariamente a hombres, aunque también puede darse en mujeres. La práctica de deporte moderado resulta muy saludable para nuestro organismo. Sin embargo, los afectados por la vigorexía muestran una preocupación excesiva por su aspecto físico que conlleva que la musculación a través de una actividad física pase de ser un objetivo saludable a un desorden emocional elevado a la categoría de obsesión. Esta ansia por adquirir a toda costa una apariencia atlética puede llevar al consumo de sustancias perjudiciales para el organismo.

Las consecuencias de este trastorno tienen su reflejo en la salud y en la conducta social de quienes lo padecen. En ocasiones quienes sufren de vigorexía también recurren a una práctica más peligrosa para la salud, como es el dopaje para obtener un incremento de la masa muscular y disminuir la fatiga. Los productos dopantes más utilizados son los anabolizantes, derivados sintéticos de la testosterona (hormona sexual masculina). Son sustancias que pueden provocar efectos adversos: problemas de impotencia, crecimiento desproporcionado de las glándulas mamarias, acné, caída del cabello, depresión, euforia, irritabilidad y, en los casos más extremos, problemas de corazón y de hígado.

Estos Trastornos de la Alimentación vienen acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, rechazo social, dificultades laborales, dificultades en las relaciones tanto con amigos y familia, como con posibles parejas, incluso autolesiones o ideas suicidas, etc.

2.2.5 Trastornos del sueño

La compleja y delicada estructura del sueño está sujeta a perturbaciones que afectan la capacidad de estar despierto o de dormir. El sueño excesivo, insuficiente o desbalanceado disminuye la calidad de vida y afecta el funcionamiento biopsicosocial de la persona.

Desde la década del 50 la investigación en la fisiología y patología del sueño ha venido desarrollándose de manera acelerada por el esfuerzo de psiquiatras y neurólogos. Recientemente otros especialistas como neumólogos, urólogos y cardiólogos se han interesado en el campo de tomar conciencia de la importancia de trastornos como la apnea obstructiva del sueño que se asocia significativamente con hipertensión arterial, arritmias cardíacas y otros problemas cardiovasculares. Hasta un 15% de la población padece problemas de sueño. Estos además, se presentan en más del 50% de pacientes psiquiátricos.

- Fisiología del sueño

El sueño es un fenómeno universal en el reino animal. Al estudiar su filogenia se demuestra una evolución cuya complejidad es paralela al proceso evolutivo del cerebro. Aunque los pájaros presentan trazas de sueño paradójico con movimientos oculares repetidos (MOR) sólo los mamíferos lo manifiestan de forma definida debido al desarrollo y complejidad del tallo cerebral.

Los estudios ontogenéticos del sueño demuestran la aparición del ciclo movimientos oculares rápidos y sueño sin movimientos oculares rápidos (NMOR) Alrededor de las 20 semanas de gestación en el feto humano. A los dos años de edad el sueño MOR ocupa un 20 - 25% del tiempo total del sueño, proporción que permanecerá estable por el resto de la vida. El sueño se compone de dos fases: 1) Sueño sincrónico o profundo (NMOR) y 2) Sueño desincronizado o ligero (MOR).

Las fases NMOR y MOR alternan cada 90 a 120 minutos. El primer ciclo MORE ocurre 90 minutos después de iniciado el sueño. Cada fase del sueño se genera en grupos celulares precisos localizados en la protuberancia, cerebro medio y diencéfalo. En cuanto a la función del sueño, ésta no se conoce con certeza a pesar de décadas de investigación, sin embargo, todo parece indicar que el sueño es importante en el desarrollo cerebral puesto que a menor edad hay mayor necesidad de sueño.

La clasificación americana de trastornos psiquiátricos (DSM-IV) divide los trastornos del sueño en cuatro grandes categorías. Los trastornos primarios del sueño son aquellos en que no se encuentra una patología psiquiátrica, médica o tóxica que específicamente los produzca. Son idiopáticos o debidos a una combinación variable según el caso de factores genéticos, del desarrollo y a veces emocionales. Los otros trastornos son secundarios o trastornos psiquiátricos o médicos definidos, incluyendo las causas tóxicas.

- Trastornos primarios del sueño
 - Trastornos del sueño debidos a enfermedad médica: insomnio, hipersomnias, Parasomnias.
 - Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno psiquiátrico: Insomnio, hipersomnias.
 - Disomnias: Insomnio primario, hipersomnias primaria, narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del sueño del ritmo circadiano.
 - Parasomnias: Sonambulismo, Terrores nocturnos, pesadillas.
 - Trastornos del sueño inducido por el uso de sustancias.

a) Insomnio.

El insomnio es la queja del sueño más común en la población general y en pacientes psiquiátricos, su prevalencia a un año alcanza a afectar a la tercera parte de la población y en pacientes psiquiátricos se presenta hasta en un 60%-80% de ellos. Es un síntoma muy heterogéneo puesto que varía en intensidad, en el momento de presentación durante la noche en sus consecuencias diurnas. Para definir insomnio no interesa tanto el número de horas de sueño sino su calidad, reflejada en su efecto restaurador y la capacidad de estar alerta el día siguiente.

De acuerdo al momento de presentación, el insomnio se divide en insomnio de conciliación, de mantenimiento, cuando hay despertares frecuentes, o terminal cuando se presentan en la última parte de la noche. Las causas orgánicas dan más insomnio de mantenimiento. Según las causas se clasifican en: Primario o psicofisiológicas o secundario u otra enfermedad psiquiátrica o médica. También se puede enfocar el insomnio con respecto a su duración, en transitorio (días a tres semanas), o persistente (más de 1-2 meses), todas las características señaladas deben averiguarse en la evaluación, pues tienen importancia para el tratamiento.

Insomnio primario o psicofisiológico: El insomnio primario transitorio es la queja más común en poblaciones de pacientes médicos y psiquiátricos, se produce por cualquier situación de stress agudo o de crisis personal o familiar.

En su forma persistente o crónica el insomnio primario se debe a una combinación de factores cognoscitivo conductuales y fisiológicos. Los primeros se caracterizan por un condicionamiento negativo al dormir y a su entorno. El paciente se torna ansioso cuando se acerca la hora de acostarse, trata de dormirse aumentando más el nivel de ansiedad, le da temor levantarse y se frustra en forma creciente, estableciendo entonces asociaciones negativas entre la cama y el dormitorio por su incapacidad de dormir. El paciente no sabe porque no duerme y paradójicamente duerme más en otro sitio distinto al habitual.

Insomnio por trastorno psiquiátrico: Constituye la causa común de insomnio crónico (35% de los casos) vista en laboratorios del sueño. Muchas enfermedades psiquiátricas pueden producir

insomnio. La causa más común es la depresión que altera la continuidad del sueño, disminuye el sueño de ondas lentas, acorta el primer período MOR y aumenta la duración del MOR en la primera mitad de la noche.

Insomnio por enfermedad médica: Cualquier causa de dolor o de molestia física puede trastornar el sueño, como artritis, úlcera péptica, hipertiroidismo, tos, etc.

Insomnio por drogas y alcohol: El uso crónico de hipnóticos puede conducir eventualmente al insomnio, en la medida que se desarrolle tolerancia. La suspensión brusca de hipnóticos, ansiolíticos y del alcohol usado crónicamente, causa un síndrome de supresión con insomnio prominente. El uso o abuso de estimulantes como la cafeína, el té, las colas y las drogas estimulantes del sistema nervioso central, lícitas o no, produce frecuentemente insomnio.

Insomnio por mioclonus nocturno y síndrome de piernas inquietas: El mioclonus es más común en adultos mayores y constituye el diagnóstico en 10-15% de pacientes que consultan por insomnio crónico en centros de estudios del sueño. Consiste en espasmos musculares repetitivos en las piernas, de los cuales el paciente no tiene conciencia. Usualmente ocurren cada 20-40 segundos por varios minutos. Generalmente perturban la profundidad y consolidación del sueño aunque no hay despertares francos.

El síndrome de piernas inquietas es una disestesia severa, difícil de describir, percibida en las piernas internamente y asociada a la necesidad de moverlas. Puede haber historia familiar y a menudo se asocia con el mioclonus; usualmente interfiere con la fase de conciliación del sueño.

Insomnio por trastorno del ritmo circadiano: Dentro de las primeras está el "jet-lag" y cualquier situación que involucre cambios frecuentes en los horarios de sueño-vigilia. El síndrome de fase retrasada del sueño puede llevar a consultar por insomnio.

b) Hipersomnia.

Hipersomnia primaria (HP): Se caracteriza por sueño nocturno prolongado o episodios diurnos de sueño que interfieren con las actividades del individuo y que no es producida por otro trastorno

del sueño, ni tampoco por un trastorno psiquiátrico, drogas o enfermedad médica. La mayoría de personas con HP tienen un patrón sintomático persistente. El tratamiento de la HP idiopática consiste en medicación estimulante con metilfenidato.

c) Narcolepsia.

Se caracteriza por ataques irresistibles de sueños transitoriamente restaurador que ocurren diariamente y se pueden asociar a cataplejía, alucinaciones y parálisis del sueño. La tétrada sintomática no siempre está presente, el diagnóstico se puede realizar con solo la crisis de sueño y comprobación por el test de latencia de sueño múltiple de una latencia de sueño menor de cinco minutos y que haya sueño MOR en al menos dos siestas. La etiología se desconoce aunque hay un fuerte componente familiar que sugiere herencia multifactorial. El tratamiento sintomático pero también se debe revisar que haya una buena higiene del sueño, incluyendo siestas profilácticas. En presencia de los síntomas asociados se ha usado antidepresivos estimulantes e inhibidores.

d) Trastorno del sueño relacionado con la respiración.

Incluye los síndromes de apnea central y obstructiva, el síntoma principal es la hipersomnia diurna y el insomnio. Esto resulta de despertares frecuentes durante el sueño nocturno, se asocia con complicaciones médicas importantes como hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca.

e) Parasomnias.

Se trata de una serie de conductas indeseables que aparecen durante el sueño y que no involucran los procesos responsables del sueño y la vigilia. La mayoría son manifestaciones de activación del sistema nervioso motor o autónomo, son comunes en los niños.

f) Pesadillas.

Se presentan durante el sueño MOR y por lo tanto ocurren en la segunda mitad de la noche. El niño despierta totalmente, recuerda lo que soñó y puede tener dificultad para volver a dormir. Son muy comunes en niños preescolares y prepuberales, y no indican necesariamente que exista

psicopatología. Pesadillas recurrentes en adolescentes y adultos pueden formar parte de determinados cuadros psicopatológicos como el síndrome de estrés postraumático.

2.2.6 Trastornos sexuales

El trastorno sexual es un estado funcional o comportamental que interfiere el ejercicio considerado normal de la función sexual. Se pueden clasificar en tres tipos:

1. Trastornos de Identidad sexual (Conciencia propia e inmutable de pertenecer a un sexo u otro, es decir, ser varón o mujer).
2. Desviaciones o Parafilias
3. Disfunciones

Se pueden dar en la niñez, en la adolescencia y en la edad adulta. En ellos hay una disociación entre el sexo anatómico y la propia identidad sexual, es decir el sexo con el que se identifica la persona.

- Trastornos de identidad sexual
 - Conflictos con la identidad sexual

Muchas personas que nacen con combinaciones de rasgos de los dos sexos, es decir, se enfrentan a complicaciones cuando la sociedad se mofa o escandaliza de su físico lo que suele ocurrir con las personas intersexuales o insiste en que asignar a un individuo un sexo con el que no se identifica lo que ocurre habitualmente entre las personas transexuales.

En el caso de las personas transexuales, sus problemas suelen reducirse cuando pueden pasar por el proceso de reasignación de sexo, en cual incluye la cirugía de reasignación sexual, mal llamada "operación de cambio de sexo".

Por otro lado, la identidad sexual suele intentar diferenciarse de la orientación sexual, en la que pueden darse individuos heterosexuales, homosexuales, bisexuales y asexuales. De igual manera que la orientación sexual, la identidad sexual no se puede elegir.

Equivocadamente, hay personas que definen la transexualidad con una homosexualidad extrema; es decir, según estas personas, una persona transexual ama tanto al otro sexo que acaba identificándose con él.

Sin embargo, investigaciones en sexología apuntan a que la identidad y la orientación sexual son hechas absolutamente diferentes, por lo que pueden darse personas transexuales con diferentes orientaciones sexuales. De hecho, hay estudios que indican que más de un 30% de la población transexual es homosexual o bisexual, muy por encima al 5% ó 10%, porcentaje que suele darse en la población no transexual.

En relación con la identidad sexual también se suele hablar de la identidad de género o rol de género, es decir, la asunción y manifestación de lo que se siente basado en unas normas sociales.

Probablemente hay tantas formas de entender la identidad sexual y la de género como humanos existen, sin embargo las sociedades tienden a clasificar en compartimentos inamovibles a los individuos y a asignarles roles a veces muy reducidos.

El sustantivo gay se refiere a personas homosexuales de ambos sexos, aunque generalmente se usa hablando de un hombre homosexual. Habitualmente se usa el término gay para denominar al hombre homosexual que no reniega de su género biológico y que acepta los modismos culturales aceptados convencionalmente para tal género. Estos modismos varían de pueblo en pueblo por lo que ciertos modales y hábitos considerados femeninos o masculinos en un lugar no lo son en otro.

La homosexualidad femenina se llama también lesbianismo o lesbianidad (calidad de lesbiana).

El adjetivo correspondiente es lésbico. Este término hace referencia a la isla de Lesbos (actual Mitilene) en Grecia y a la poetisa Safo, por sus poemas apasionados (dedicados a sus amigas) y la vida rodeada de otras mujeres, lo cual le valió la reputación de homosexual.

Es importante no confundir la orientación sexual con la identidad sexual ni con la práctica ni el deseo sexual. La sexualidad humana es compleja y las variables que definen al sexo son múltiples.

- Desviaciones o parafilias

Etimológicamente, proviene del griego "pará" al lado, desviado y "philéo", atracción, amante. Las diferentes definiciones van dando elementos que nos servirán para la nuestra propia. En los diccionarios antiguos simplemente dice: sinónimo de perversión.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se fueron elaborando diversas definiciones:

En el DSM III [3] de 1978 se afirmaba que "las parafilias se caracterizan por la excitación como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos normativos y que, en diversos grados, pueden interferir con la capacidad para una actividad sexual efectiva recíproca". En la última de 1995, el DSM IV dice que: "La característica esencial (Criterio A) de la parafilias es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, e impulsos o comportamientos sexuales que por lo general engloban:

1) Objetos no humanos; 2) sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos seis meses", pero también (Criterio B) esos impulsos, comportamientos y fantasías deben "provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo".

Para establecer un diagnóstico diferencial con otras conductas sexuales no patológicas, el DSM IV dice que "las fantasías, comportamientos u objetos son considerados paratíficos sólo si provocan malestar o alteraciones clínicamente significativas, como: son obligatorias, producen disfunciones sexuales, requieren la participación de otros individuos en contra de su voluntad, conducen a problemas legales o interfieren en las relaciones sociales."

Tampoco deben coincidir estas conductas con el curso de enfermedades mentales tales como retraso mental, demencia, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, la intoxicación por sustancias, un episodio maníaco o la esquizofrenia. Aquí las conductas sexuales anormales son inusuales, aisladas, no obligatorias y solo duran lo que dura el trastorno mental de fondo.

a) Fetichismo

El DSM III la define así: "También llamada pedofilia, es la parafilia en que el objeto sexual elegido para la excitación y relación sexual es un niño de edad prepuberal. Si el paratífico es adulto, el niño pre púber debe ser por lo menos 10 años más joven. Si se trata de un adolescente mayor, no se requiere una diferencia de edad precisa. Puede ser hetero u homosexual". Es una de las parafilias específicas y tiene una larga tradición histórica.

¿Qué conductas sexuales se practican sobre estos niños?

A veces los pedófilos se limitan a la observación de los niños, fuentes de sus fantasías. Otras los tocan suavemente, los acarician. Otras, los desnudan solamente, y los acarician sexualmente luego. O se masturban frente a ellos, Progresivamente, pueden llegar a estimularlos oralmente en los genitales o les piden que hagan lo propio con ellos, o digitalmente a nivel anal o vaginal, hasta llegar a penetraciones con objetos y variados grados de violencia que pueden lastimar al niño.

b) Pedofilia

Es la parafilia no especificada caracterizada por atracción y actos sexuales con cadáveres, personas muertas. El frío cadavérico es un verdadero excitante para el verdadero necrófilo. Viene del griego "nekrós" (muerto) y "philéa" (amar).

Descamps describe tres formas. Por sadismo: Son los descuartizadores, los que desentierran cadáveres, que pueden culminar con actos de canibalismo; o los enfermeros que copulan con los recién fallecidos. Por amor: Hacen el amor por última vez con la mujer amada fallecida, negando la muerte. En estos casos, se trataría de un acto necrófilo aislado. Y por semejanza: En el pigmalionismo, ya mencionado, el individuo se siente atraído por las estatuas o monumentos, como Pigmalión, rey mitológico de Chipre, quien se enamoró de una estatua de mujer que él mismo había modelado. Afrodita le dio vida a la estatua y el autor se casó con ella. La inmovilidad y frialdad del mármol se asemeja a la muerte. Además, la hipnofilia también se asemeja al pigmalionismo y a la necrofilia, pues la persona dormida está indefensa.

Este trastorno ya fue descrito en la antigüedad entre los egipcios, y Herodoto recomendaba no entregar los cadáveres de mujeres bellas a los embalsamadores sino varios días después de su muerte, para evitar su profanación sexual. Es una parafilia no especificada que por tanto no cumple con los criterios de las específicas "caracterizada por la atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo". Es parcialismo fetichista si esa parte no es sexual, como vimos. Pero hay varones parcialitas que se sienten atraídos solamente por las mamas, por las nalgas, por las piernas o por el ano, con exclusión de otras partes del cuerpo, por lo que sus fantasías, impulsos sexuales y comportamientos sexuales exigen como necesaria esa parte del cuerpo para lograr la excitación, lo cual genera conflictos conyugales, disfunciones sexuales y todo el cortejo sintomático de tipo social como en las demás parafilias.

c) Necrofilia

Cada parte del cuerpo, como lo estudiamos en nuestra obra sobre "Comunicación sexual", posee un significado erótico. En el parcialismo existe una percepción exagerada, obsesiva y a veces extravagante de cada una de esas partes. Las mamas señalizan la vagina al igual que las nalgas y

las piernas, y depende de las cualidades físicas innatas el que ellas sean atractivas para todo el mundo incluidos los parciales, pero para ellos están sobrevaloradas al punto que las demás partes del cuerpo no poseen significación erótica.

Las dificultades de integrar el conjunto del cuerpo que las personalidades inmaduras y narcisistas poseen, promueven el vínculo con una parte y no con la totalidad de la persona. En realidad no se trata de un vínculo recíproco, sino de una relación unilateral y cosificada de la parte corporal estimulante. El parcialista suele ser un coleccionista fantasioso de nalgas, manos, piernas, pies o mamas de diferentes personas. Son capaces de bajar del ómnibus para seguir a una mujer de bonitas piernas o de cualquier parte del cuerpo, con lo que llegan tarde al trabajo, o simplemente faltan, o engañan a sus esposas. A veces se conforman con mirar, otras tienen que abordar a las poseedoras de su objeto de atracción, sin importar edad, estado civil o disponibilidad social. Suelen sufrir múltiples frustraciones y viven una sexualidad fragmentada e insatisfactoria.

d) Exhibicionismo

Es "una parafilia masculina por la que se realizan actos repetidos de exposición de los genitales a un extraño, con el objeto de alcanzar la excitación sexual, sin intentos posteriores de efectuar relaciones sexuales con el mismo. Es necesario que el otro se sorprenda o espante como requisito para la excitación". A veces el individuo se masturba durante la exposición o durante la fantasía de exhibición. Conforman uno de los polos de patologización del erotismo de la mirada. Proviene del latín "exhibere" (enseñar).

e) Voyeurismo

El masoquismo es una parafilia específica, y constituye uno de los pares parafílicos junto al sadismo sexual de la erotización del dolor. La caracterización de la misma está dada porque el modo preferido o exclusivo de producir excitación sexual es el hecho de ser humillado o atormentado, o de participar intencionalmente de actividades en que se es lesionado físicamente o pone en peligro su vida para sentir placer sexual. Hay sustitución del acto sexual coital por otro que produzca dolor.

El DSM IV establece dos criterios para su diagnóstico:

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.

- B. "Estas conductas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo."

La parafilia comienza en la infancia, y se debe a experiencias de violencia vividas en el ámbito familiar, pero se manifiesta en forma de fantasías masturbadoras en la adolescencia y a través de conductas en la edad adulta. Una vez que aparecen las conductas, suelen ser de curso crónico, con periodos de mayor intensidad, vinculados con el estrés o simplemente con el paso del tiempo, aunque puede estabilizarse sin incremento de la frecuencia por años. Otra característica es que tiende a repetirse la misma conducta por años. Cuando ya no se conforma con conductas menores y medianas, el aumento del dolor y la exposición al peligro puede ser mayor, poniendo en riesgo la vida hasta perderla.

Los castigos reales pueden ser producidos por la pareja, con látigos, palos, picanas, cortes, pinchazos y coscorrones o con cualquier objeto, hasta que la lesión mane sangre o simplemente duela lo suficiente. También el masoquista se autocastiga en la flagelación, se pinchan con agujas, se producen descargas eléctricas o se atan con alambres. La inmovilización o restricción de movimientos para que uno se pueda escapar, puede ser de las muñecas y tobillos atados a la cama, con vendajes en los ojos o no, todo lo cual implica sumisión a la pareja, que puede hacer lo que quiera con él, aun matarlo.

Con frecuencia, tienen dificultades para encontrar parejas que consientan practicarle estas conductas agresivas y entonces se autoagreden. Cuando encuentran parejas que les practican actos humillantes o lesivos, lo que es un progreso para sus vidas solitarias y una posibilidad de salir de ese encierro pesadillesco, éstas se horrorizan; pero luego consienten en practicarles pequeños actos que son siempre insuficientes y piden cada vez más.

El campo de las parafilias suele despertar la curiosidad de los profanos, porque todos rechazamos estas conductas raras y extravagantes. Pronto se descubre el lado siniestro, la soledad y la búsqueda obsesiva del dolor donde debe reinar el placer, aparentemente incompatibles pero indisolublemente unidas en el masoquismo sexual. Se diferencia el masoquismo sexual del masoquismo como rasgo de personalidad. El masoquismo y el sadismo tienen como sinónimo la algolagnia del griego "algos" (dolor) y "lagnia" (atracción patológica).

- Masoquismo sexual

Se trata de una parafilia específica en que hay modificaciones del acto sexual por la erotización del dolor, completando el par sadismo masoquismo, en que el placer obtenido proviene del sufrimiento ajeno. Hay grados de masoquismo. Desde quien evoca fantasías sádicas durante el acto sexual, en que el sujeto controla totalmente a una víctima aterrorizada por la situación amenazante, pero que no las lleva a cabo en la realidad, pasando por conseguir víctimas que consienten ser agredidas, a someter contra su voluntad a personas para provocarles sufrimiento.

Las fantasías pueden ser muy variadas, ya que economizan la realidad, pero a veces los actos cometidos en la realidad son muy complejos y truculentos.

Estos actos o fantasías sádicas pueden ser: inmovilizar físicamente a la víctima, atarla con los ojos vendados a la cama o contra un objeto firme, darle una golpiza, azotarla, pincharla o perforar el cuerpo con objetos punzantes, quemarla con cigarrillos, aplicarle descargas eléctricas, efectuarle cortes, intentos de estrangulación, obligar a la víctima a arrodillarse, a comer excrementos, encerrarla en una jaula y finalmente, el homicidio. La violación con penetraciones anales y vaginales violentas y todos sus prolegómenos forman parte de los actos sádicos posibles. Hay casos en que se deben realizar cada uno de estos actos. Otros, se conforman con uno solo de estos actos, por ejemplo, estrangular, sin intentar siquiera violar a la víctima. Basta con verla sufrir, disfrutar su dominio total sobre ella o presenciar su agonía. Un cierto monto de agresividad forma parte de las actividades sexuales normales, pero en el sadismo sexual esta agresividad es excesiva y responde a otras causas.

2.3 Método psicodiagnóstico

Estos métodos son una guía del manejo de cómo afrontar las situaciones de alguna enfermedad mental indicándonos pasos y modelos a seguir. Noción. Con el nombre de 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 nuestros días se sigue encontrando con los problemas de fundamentación científica y elección de métodos adecuados para llevarlo a cabo. Siguiendo la división de Rickert, podemos separar dos movimientos de distinta repercusión en el psicodiagnóstico: las ciencias ideográficas, comprensivas, y las ciencias nomotéticas, o explicativas, cuyo antecedente inmediato se encuentra en la dicotomía de la época romántica entre las Geisteswissenschaften (Ciencias del Espíritu) y las Natlrlwissenschaften (Ciencias de la Naturaleza).

El enfoque comprensivo estuvo representado por el método clínico, heredero ideológicamente de la obra de S. Freud. El enfoque explicativo tuvo como apoyo los métodos experimental y estadístico, que partieron de las obras de W. Wundt y F. Galton. Ambos métodos difieren en cuanto a la clase de datos que el psicólogo debe reunir para dar un juicio diagnóstico.

En el enfoque psicométrico, objetivo, se registran las reacciones de los sujetos en una situación normalizada, tipificada, y se comparan los resultados con las normas estadísticas (PSICOMETRÍA).

En el enfoque clínico, los criterios diagnósticos se basan en la información recogida en entrevistas, historias clínicas e impresiones subjetivas.

Admitiendo las peculiaridades únicas de cada sujeto, el psicodiagnóstico utiliza unas categorías diagnósticas basadas en entidades nosológicas de muy distinta procedencia, que permiten aprovechar los conocimientos acumulados y aplicarlos en cada caso concreto.

La definición dada de psicodiagnóstico no hace apelación a procesos psicopatológicos, a pesar de lo cual el concepto de psicodiagnóstico ha sido preferentemente utilizado en clínica. En este caso, al emitir un juicio diagnóstico no se describe simplemente, sino que muchas veces lleva aparejado ciertas connotaciones etiológicas en función de las técnicas utilizadas y de la teoría que lleva a la base, así como algunas sugerencias sobre posibilidades terapéuticas.

Instrumentos útiles para el psicodiagnóstico

2.3.1 Entrevista psiquiátrica

El psiquiatra puede considerar, en contraste, que sería una gran cosa para el paciente aprender a ganarse la vida de algún modo. Pero antes que pueda esperar el éxito en ofrecer al paciente su ayuda para ese fin, debe prestar cuidadosa atención al hecho de que el paciente ha concurrido al consultorio para lograr contento, y que el psiquiatra tendrá que atender muy seriamente lo que aquél espera, si desea que se debilite su deseo de contento y si quiere inducirle a seguirlo en la misión de desarrollar su interés hacia generarse vida.

El entrevistador tiene derecho también a ejercitar también a ejercer su habilidad para desalentar las trivialidades, impertinencias, gestos graciosos para su diversión o repeticiones de cosas que ya

ha oído. Es quizás más fácil para el joven entrevistador demostrar su pericia en este sentido, que insistir para conseguir las informaciones que necesita. Pero sí se trata de un experto en relaciones interpersonales es muy probable, por excelentes razones, que dude de que uno tiene todavía mucha vida por delante y por lo tanto desea emplearla lo mejor que le sea posible.

El psiquiatra se priva asimismo de la satisfacción de cualquier curiosidad respecto a las cuestiones en las cuales no existe razón alguna para investigar.

Los obstáculos culturales en la labor del psiquiatra

En las relaciones experto cliente del psiquiatra con su paciente, algunas de las dificultades extraordinarias que el psiquiatra encuentra en ser un experto, tienen su origen en lo que podríamos llamar los elementos antipsiquiátricos en la cultura propiamente dicha, es decir elementos de la cultura que hacen que el desempeño en la pericia psiquiátrica sea muchísimo más difícil de lo que es la demostración de pericia en un gran número de otros campos de la actividad humana.

En primer lugar, al tratar de llegar a ser expertos en psiquiatría nos aqueja notablemente el hecho de que a todos los seres humanos se les enseña que no deberían necesitar ayuda, por lo cual se avergüenzan cada vez que la necesitan, o experimentan la sensación de que son unos tontos al buscarla o esperar que alguien se la dé. Y juntamente con esto, acuden en procura de ayuda psiquiátrica con curiosas esperanzas sobre lo que habrán de obtener, quizá en parte porque eso es tan necesario para alentar la propia estimación.

En segundo término y eso está sumamente extendido en la herencia cultural, de tal manera que es general que se le enseñe a la gente tenemos la creencia de que las personas deben conocerse a sí mismas, saber lo que una u otra cosa fija llamada naturaleza humana es en realidad, distinguir entre lo correcto y lo erróneo y lo bueno y lo malo, y ser capaces de descubrir en los demás, claramente, todo cuanto se refiere a esas importantes cuestiones.

En tercer lugar, se le enseña más o menos a la gente que debe ser regida por la lógica, o tener sentido común, o, si no le es posible demostrar que posee un sentido común particularmente eficaz, por lo menos que debe tener buenos instintos naturales, y buena intuición, los cuales deberán gobernar cuando se trata de elegir la manera correcta de obrar y pensar en sí mismos y en los demás.

- Conceptos básicos de la entrevista psiquiátrica

Desde que el campo de la psiquiatría ha sido definido como el estudio de las relaciones interpersonales, y desde que se ha afirmado que ésta es una zona perfectamente valedera para la aplicación del método científico, que los datos referentes a la psiquiatría emergen únicamente de una observación participante. Su principal instrumento de observación es su ego: su personalidad, él como persona.

- Definición de la entrevista psiquiátrica

Una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en la relación de las cuales espera obtener algún beneficio.

- El carácter oral de la entrevista

El comienzo de la entrevista psiquiátrica, expresa que tal entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal, no solamente comunicación verbal. Así, la entrevista psiquiátrica es primordialmente, una cuestión de comunicación vocal y sería un error muy grave presumir que la comunicación es primordialmente verbal.

a) Integración voluntaria de los participantes:

Los psiquiatras están acostumbrados a tratar con personas que acusan distintos grados de disposición que recorren toda la gama, desde aquellas que se muestran extremadamente reacias para entrevistarse con el psiquiatra, pero tienen que hacerlo por disposición de la ley, a los que se muestran seriamente interesados en obtener los beneficios que brinda la psiquiatría moderna.

b) Las relaciones entre el profesional y el cliente:

El experto en psiquiatría, debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales y puesto que esta área de problemas es peculiarmente el campo de la observación participante, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su sujeto o paciente.

c) Las normas características de la vida del paciente:

La personalidad demuestra de manera notable, en todos los casos y en todas las situaciones, los efectos perdurables del pasado y los efectos de un hecho pasado particular son no solamente quizás afortunados o infortunados sino que están profundamente ligados con los efectos de un gran número de otros hechos pasados.

d) La esperanza de beneficio del paciente:

El paciente por lo menos alguna esperanza de mejoramiento o de obtener algún beneficio personal como consecuencia de las entrevistas. El entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo de la entrevista que sus esperanzas de mejorarse de obtener un empleo mejor, o de alcanzar lo que haya impulsado a buscar y obtener la entrevista sean alentadas.

e) El concepto de la distorsión paratáctica

Las distorsiones paratácticas consisten en prejuicios automáticos positivos o negativos. Distorsión paratáctica, como término, puede parecer completamente inusitado; en realidad, el fenómeno que describe no tiene absolutamente nada de inusitado. La gran complejidad que caracteriza a la entrevista psiquiátrica es el producto de la sustitución del psiquiatra por el entrevistado, una persona o personas que son notablemente distintas, en la mayor parte de los sentidos significativos, del psiquiatra.

El entrevistado dirige su comportamiento hacia esa persona ficticia que temporalmente tiene un ascendiente sobre la realidad del psiquiatra, e interpreta las observaciones que formula éste, así como su comportamiento, sobre la base de esa misma persona ficticia. A menudo hay pistas que

anuncian el acaecimiento de estos fenómenos, los cuales constituyen la base de las realmente asombrosas incomprensiones o malos entendidos y errores que caracterizan a todas las relaciones humanas, y es necesario, entonces, adoptar ciertas precauciones especiales contra eso, en la entrevista psiquiátrica, una vez que ésta se encuentra ya bien encaminada.

La distensión paratáctica es, asimismo, una forma en la que la personalidad despliega ante otra algunos de sus más graves problemas. En otras palabras, la distorsión paratáctica puede ser, en realidad, un oscuro intento de comunicar algo que verdaderamente necesita ser comprendido por el terapeuta, y tal vez finalmente comprendido por el paciente también. Innecesario es decir que si tales distorsiones pasan inadvertidas, si no son esperadas, si se ignora la posibilidad de su existencia, pueden fracasar la mayor parte de los elementos que componen la entrevista psiquiátrica.

- Tipos de entrevistas psiquiátricas

La entrevista que es, en efecto, la Conferencia inicial sobre la psicoterapia breve o un tratamiento continuado en potencia, es decir, que el entrevistador se aboca a la vez al diagnóstico y al establecimiento de un conocimiento profesional, con vistas a realizar él mismo tratamiento. Estas son dos cuestiones muy diferentes: En el primer tipo de consulta psiquiátrica, es una conclusión predeterminada que a no ser por el paciente demuestre ser una persona encantadora más allá de sus más fanáticos sueños, este doctor particular le dirá simplemente adonde podrá ir para hacerse tratar. El segundo tipo, que he conocido psiquiatras que pasan por alto lo que aqueja al paciente, en el proceso de disponer su tratamiento, como resultado de lo cual el tratamiento resultó bastante difícil por cierto. Por otra parte, cuando es conclusión predeterminada que ese entrevistador particular no realizará milagros, sino que se limitará a decir al paciente adonde ir y por qué, se facilita notablemente la obtención de las informaciones necesarias.

- El uso de las transiciones en la entrevista

Las transiciones en las entrevistas como uno de los muy importantes detalles técnicos que siempre deben suscitar considerable atención, y que requieren una especie de serena y continua vigilancia en todo el trabajo del psiquiatra en su trato con extraños de manera seria e íntima.

En la transición acentuada no se emplea una de esas maneras descorteses de trasladarse el psiquiatra y su paciente, de la mano, de un tópico a otro, sino que el primero indica, como casualmente.

En la transición abrupta, es muy lamentable que muchos entrevistadores parecen ser verdaderos maestros, la cuestión se relaciona con la forma como se hace paciente se torne ansioso. La transición suave se utiliza para pasar poco a poco a otro tópico; la transición acentuada ahorra tiempo y aclara la situación; y a transición abrupta es utilizada, por lo común, ya sea para evitar una ansiedad peligrosa, o para provocar ansiedad cuando se observa que de otra manera no es posible llegar a lo que se busca.

- Las primeras etapas de la entrevistas

El comienzo formal

Desde el momento que el entrevistador y el entrevistado se ven el uno al otro por primera vez, están en progreso aspectos muy importantes de la entrevista psiquiátrica, y desde ese mismo momento, el entrevistador tiene que darse cuenta de que su propia convivencia, sus propios errores pasados, no son ni remotamente de tanta importancia como la asunción de que he ahí una persona que debe ser tratada con respetuosa seriedad, porque desea ser beneficiada o por lo menos puede ser beneficiada.

El reconocimiento

Al finalizar la primera etapa de la entrevista, el paciente deberá sentir la sensación de que: "Bueno, ahora el médico ya sabe por qué estoy aquí". Y entonces, el psiquiatra puede decir, en efecto: "Bien: ¿Quién es usted?" En otras palabras, se dispone, en la segunda etapa, a obtener un bosquejo general del paciente, el cual deberá ser breve, y de ningún modo extenso, como la historia de una vida. Ésta es la etapa del reconocimiento.

El reconocimiento en la psicoterapia intensiva

El reconocimiento puede durar unos veinte minutos, en el caso de que ya no espere volver a ver a la persona, o durará siete y media a quince horas, que parece aproximadamente el promedio cuando el tiempo no es factor de suma importancia.

El psiquiatra tiene que emplear cierto juicio para determinar cuándo tiene un bosquejo de cosas razonablemente significativas, y jamás sabrá cuán bueno es su juicio en ese sentido hasta que no lo haya puesto a prueba.

Después de que el psiquiatra ha resumido la situación y proporcionando una especie de recomendación de lo que cree que sería más o menos el punto de ataque inmediato, alentar al paciente haga eso en forma eficiente porque, de esta manera el psiquiatra puede aprender mucho más sobre lo que tiene entre manos que lo podría saber en el mismo tiempo si emplease otros medios.

- La investigación detallada

La puesta en escena teórica durante las primeras etapas de la entrevista; el entrevistador habrá recibido una buena cantidad de impresiones respecto de la clase de persona a la que está observando. Las impresiones que uno tiene durante las dos primeras etapas son puestas a prueba en el prolongado interrogatorio detallado. Es tonto suponer que la primera impresión de uno es muy general.

- El concepto de la ansiedad

El concepto de la ansiedad es central en todo este sistema de enfoque. Dicho en otras palabras, uno podría asegurar que la ansiedad es el concepto explicativo general para el intento del entrevistado de crear una impresión favorable de sí mismo.

No solamente nadie desea la soledad, sino que, si la misma se encuentra presente, es deseable siempre su disminución, salvo bajo las circunstancias más extraordinarias. La ansiedad es, hasta un punto increíble, una señal de que algo debe ser diferente de inmediato.

- El desarrollo del sistema del yo en la personalidad

Es tan extremadamente importante para todos nosotros que mantengamos cualquier nivel de euforia que estemos experimentando, que desarrollemos un vasto sistema de procesos, estados de alegrías, símbolos y señales de peligro, a fin de proteger la sensación de bienestar que sentimos. Todo aquel que avance sin consideración hacia el poder disyuntivo de la ansiedad en las relaciones humanas, jamás aprenderá a ser un buen entrevistador.

Cuando no se tiene en consideración la ansiedad, no existe una verdadera situación entrevista; en su lugar puede haber solamente una persona (paciente) que trata desesperadamente de defenderse contra alguna clase de mal (el terapeuta), el cual parece decidido (según lo considera el paciente) al demostrar que la otra parte (el paciente) es un ser completamente vacío.

El entrevistador ve ambos intentos de causar buenas impresiones y el comportamiento airado, como operaciones de seguridad que se producen en circunstancias en cierto modo distintas. Observa el tipo de esas operaciones de seguridad, obtiene una idea respecto a qué clase de teoría sobre él y sobre la situación se oculta tras ese tipo de actividad.

Es inevitable que, de cuando en cuando, el entrevistador destruya a menudo muy torpemente la propia estimulación del entrevistado. Eso está bien si el entrevistador sabe lo que está haciendo y aprende como resultado de hacerlo. Pero sí lo hace porque se siente inseguro o está distraído, el interrogatorio detallado no se desarrollará jamás satisfactoriamente.

Por el contrario, el entrevistador reunirá una colección completamente ficticia de datos sobre una criatura completamente ficticia también, que aquél creerá inocentemente que es la persona que está entrevistando.

- La entrevista como proceso

Una gran parte de la discusión de la entrevista sugerido es que ésta es un proceso, o un sistema de sucesos, y la palabra sucesos supone, naturalmente, un cambio. En la situación entrevista, esos cambios en cierto modo más recónditos son cambios en la actitud del entrevistador, resultados reflejados por el entrevistado.

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

- Impresiones generales de la situación entrevista

A fin de poder observar un cambio, es necesario contar con un punto de partida; y para el interrogatorio detallado, ese punto de partida son aquellas impresiones generales obtenidas en la etapa entrevista y el reconocimiento.

Los cambios de estas impresiones generales iniciales que se observan durante el curso posterior de la entrevista son útiles como datos.

Finalmente, el grupo de características muy generales, es posible que el entrevistador advierta la correspondencia del entrevistado. Las personas que más se distinguen en eso suelen ser elogiadas por sus amistades como poseedores de una comprensión sensitiva, peculiar, es decir, probable que sean suficientemente sensitivas a cosas tales como índices tonales menores, de tal modo que le es posible, con un mínimo de preguntas molestas, captar o comprender esas cosas que resultan embarazosas de comunicar para otras personas.

- La observación de cambios en la situación entrevista

El interés del entrevistador está en observar los cambios que se presentan en tales juegos de actitudes: en observar qué es lo que está mejorando de la situación, naturalmente algunas veces el entrevistador tiene la impresión de que hay poco o ningún cambio. Tal vez durante el comienzo de la entrevista y el reconocimiento, el entrevistador ha desarrollado por lo menos hasta donde él puede juzgarlo, impresiones del entrevistado que resultan bastante exactas.

- Impresiones como hipótesis que deben ser puestas a prueba

El entrevistado puede, casi tan automáticamente como una máquina de calcular, sumar pruebas negativas y positivas de esto y aquello, tal modo que simplemente sepa, sin tener que pensar laboriosamente sobre ello, que el paciente está, digámoslo así, progresando. En tal caso, el

entrevistador ha puesto a prueba las hipótesis tan continua y automáticamente, que sabe la respuesta sin molestarse en hacer algo sobre ellas muy consciente o deliberadamente.

- Los tipos de resultados de las situaciones interpersonales una situación integrada por cualquier dinamismo manifiesta procesos que dan como resultado una de tres situaciones subsiguientes:

Primera puede producirse una solución razonable de la situación; la segunda posibilidad es que una situación puede ser continuada con tensión y procedimientos encubiertos. La tercera posibilidad es que los procesos de la situación pueden llevar a lo que nosotros denominamos frustración. Existen dos posibilidades estados subsiguientes a la frustración. Uno de ellos se caracteriza por una intensificación de la tensión reflejando la necesidad que está afectada, y por procesos suplementarios que pueden oscilar desde movimientos circenses hasta maneras excesivamente hábiles de salvar los obstáculos, de tal manera que se produce una solución demorada de la situación.

- La historia del desarrollo como marco de referencia en la investigación detallada.

El entrevistador está constantemente en contacto con este sistema del yo del entrevistado. Esto significa que a través de la entrevista, por muy prolongada que sea, el entrevistado está relevando esfuerzos tendientes a evitar, disminuir y ocultar las señales de su ansiedad al entrevistador a sí mismo, es decir que, en una cierta frase se mantiene ignorante de que está ansioso, o mejor dicho, de saber que está ansioso.

El sistema del yo del entrevistado está, en todo momento, pero en diversos grados, en oposiciones a que se alcance el propósito que persigue la entrevista. La historia del desarrollo del sistema del yo involucra las circunstancias bajo las cuales el entrevistado experimentará ansiedad por lo menos una ansiedad momentánea y fija los tipos generales de las operaciones de seguridad que habrá de ser manifestadas bajo esas circunstancias.

Bosquejo sugerido por la obtención de datos

- Desórdenes en aprender los hábitos de higiene: una de las primeras cosas sobre las que el entrevistador podría obtener información es la historia del paciente respecto al aprendizaje de los hábitos de higiene. El establecimiento de tales pautas comienza por regla general antes del final de la infancia y su resultado es que la información del paciente sobre esos hábitos no está probablemente formulada y necesitaría meses de investigación para llegar a un grado cualquiera de certidumbre.

- Actitudes hacia los juegos y los compañeros en ellos: de cualquier manera, el entrevistador puede aprender muchísimo por medio del interrogatorio y la indagación de las actitudes de la gente hacia los juegos. Las personas que han pasado por eras juveniles de mucha tensión, probablemente no son socios de círculos o clubes, lo más probable, en efecto es que sientan un tranquilo y restringido interés por los juegos y un muy agudamente restringido interés hacia las personas con quienes los juegan.

- La ambición: vale la pena advertir no sólo cuán intensamente ambiciosa puede ser una persona, sino también el carácter del objetivo hacia el cual apunta su ambición. El entrevistador descubrirá algunas personas que son intensamente ambiciosas sobre una cosa después de otra; la ambición es una característica de esos seres y el objetivo particular que están tratando de alcanzar parece ser simplemente una función de la situación en que se encuentran.

- Instrucción inicial: tiene una importancia muy particular distinguir, en el pensamiento y tal vez hasta en las preguntas de uno, esa instrucción inicial. El psiquiatra desea saber, en general, cualquier cosa que le proporcione una noción de la manera en que el paciente recuerda la escuela.

- Experiencia en la universidad: el desarrollo de la indagación por el entrevistador sigue demasiado claramente las eras de desarrollo, por así decirlo, sobre lo que debe producirse en la entrevista. De manera bastante abrupta, después de haber preguntado algo que tiene un gran significado y corresponde a los primeros años de la era juvenil, el entrevistador puede saltar sobre los estudios secundarios hasta llegar a la universidad. Transiciones tan bruscas pueden perturbar

las direcciones que ya comienzan a desarrollarse en el paciente y por lo tanto, mejoran la probabilidad de que en realidad este se refiere a su recuerdo, en lugar de intentar un buen ajuste a un cierto tipo de interrogatorio.

- Interés por los clubes de varones o mujeres: el entrevistador necesita así mismo saber si su paciente, antes de llegar a ser padre o madre reveló algún interés particular en llegar a ser figura prominente en los clubes de varones o mujeres, durante un período de años. Solo es así, eso constituye una guía bastante importante de deficiencias en su experiencia preadolescente.

Los referentes a uno mismo, de los que uno se da cuenta de cuando en cuando con claridad, es decir, lo que uno sabe sobre sí mismo componen el grupo de datos que comprenden al yo personificado. Éste no es lo mismo que el sistema del yo, el yo personificado es esa parte, si se nos permite la palabra, del sistema del yo que se refleja en declaraciones pertenecientes al sujeto.

Lo que el informante puede decir respecto a su sistema del yo es sólo el contenido de su yo personificado.

- La terminación de la entrevista

Una parte importante de toda entrevista psiquiátrica es su terminación o interrupción. Al poner fin a la entrevista o interrumpirla por algún tiempo, lo importante es consolidar todo el proceso que pueda haberse alcanzado durante la sesión o serie de sesiones.

Ese progreso está representado no por las interpretaciones que han sido hechas por el entrevistador, sino por el grado hasta el cual el propósito la expectativa del entrevistado de obtener algún beneficio que sea duradero como resultado de la experiencia haya sido materializado.

- El yo personificado

La consolidación del propósito de la entrevista es realizada en términos generales, mediante las cuatro medidas que siguen: 1) el entrevistador formula una declaración final al entrevistado, en la

cual resume todo cuanto ha sabido durante el curso de la entrevista; 2) el entrevistador da al entrevistado una prescripción de acción, en la cual el entrevistado deberá empeñarse en adelante; 3) 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; y 4) sigue después la despedida oficial, entre el entrevistador y el entrevistado.

2.3.2 Tests psicológicos

Los tests existen de muy diversas maneras y modalidades, existen tests lúdicos (consisten en construir y jugar); los test verbales, no verbales (escribir, describir, contar, responder); los tests gráficos (dibujar, copiar, etc.).

Las pruebas que se utilizan en consulta son de tres tipos:

- **Proyectivas:** Estas son de respuesta abierta y no son verdaderos test en el sentido de que el estudio estadístico no es posible, porque no se trata de números, pero sí obtenemos información por el cúmulo de respuestas que dieron otras personas anteriormente.

Por ejemplo, el test del árbol (consiste en dibujar una casa) o de contar una historia que se presenta en láminas, y entran en esta categoría los dibujos de los niños. Esta es la única que utiliza el psicoanálisis y es poco utilizada en corrientes como la cognitiva conductual que confía más en los datos numéricos, salvo en el caso de los niños pequeños.

- **Pruebas objetivas:** Es decir los clásicos exámenes "tipo tests" de elegir una respuestas entre varias o de calificar una frase del uno al cinco o similares.

Estos a su vez se subdividen en: Pruebas de inteligencia y capacidad. Averiguar el coeficiente intelectual de un individuo es una tarea ardua y que sale bastante cara. Para lograrlo se emplea un test llamado WAIS, que incluye baterías desde completar frases hasta hacer rompecabezas. Existe una versión infantil denominada WISCH.

Otras pruebas de inteligencia más simples, que no determinan el CI pero sirven de orientación, son las típicas de continuar una serie de dibujitos como fichas de dominó y similares. Existen además infinidad de pruebas específicas que miden una determinada capacidad, por ejemplo la verbal o la memoria. Cuando estas pruebas se orientan a capacidades manuales, o de coordinación y percepción visual, nos encontramos con los archiconocidos psicotécnicos.

- Test de personalidad. Estos dan un perfil de la personalidad siempre en comparación con otros individuos. Por ejemplo, nos dicen si somos extravertidos, impulsivos, metódicos, etc. Algunos de los más usados son por ejemplo 16 PF o el NEO- Pir. (Los nombres suelen indicar siglas en inglés o apuntan al apellido del investigador que los diseñó).
- Test clínico. Estos se enfocan directamente a descubrir si la persona sufre algún trastorno. El más completo es el MMPI, que lleva casi 600 preguntas y que solo se pasa en casos puntuales por ser demasiado largo. Otros más cortos son por ejemplo el MCMI - H.
- Test pedagógico. Son aplicados a niños y jóvenes y sirven para conocer sus estrategias de aprendizaje, su integración en la escuela, sus conocimientos, etc.
- Cuestionarios y registros de conducta.

Estos se parecen a los tests porque son preguntas cerradas que generalmente se contestan sí o no, (por ejemplo el de la depresión de BECK, que mide el grado de depresión). Pueden medir facetas muy diversas como el grado de empatía, la autoestima, el miedo, etc. No tienen validez estadística, por tanto solo sirven como referencia, y puede pasarlos cualquiera aunque hay que ser muy cuidadoso a la hora de interpretarlo y son de libre acceso, es decir que no tienen derechos de autor y por tanto no se cobran. La gran diferencia con los anteriores, es la falta de un estudio comparativo en la población general, que suele ser lo que determina el precio de la prueba.

Los registros de conducta, que son muy importantes en psicología infantil, simplemente consisten en que un observador apunte de manera muy resumida un comportamiento de la persona, por ejemplo "pegar a su hermana". Cuando es el propio individuo quien se encarga del registro,

hablamos de auto-registros que tanta importancia tienen en terapia y que tan a menudo los pacientes olvidan llevar a cabo.

2.3.3 Manuales de diagnósticos

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

¿Qué es el DSM-IV-TR?

El DSM-IV-TR es el manual utilizado por los profesionales de la salud mental, y se utiliza con la finalidad de facilitar y estandarizar el diagnóstico de los desórdenes mentales. Es un texto descriptivo y teórico (dirigido específicamente al conocimiento), no causal.

El DSM-IV-TR es apoyado por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos; contiene una clasificación de los trastornos mentales, proporcionando descripciones claras de las categorías diagnósticas. Esto se hace con la finalidad de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales bajo la unificación de un mismo criterio.

El uso racional del DSM-IV-TR permite hacer más confiables los diagnósticos, convirtiéndose en una útil y acertada guía para la práctica clínica. Este manual no tiene la finalidad de explicar las diversas patologías, así como tampoco proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. De igual forma, no se adscribe a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría. Para su adecuada interpretación es necesario recurrir al juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

a) Historia

El DSM, en su primera versión (DSM-I), al igual que el CIE, surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo respecto a qué contenidos debería-incluir y, también, respecto al método de conformación por

parte de los psiquiatras y psicólogos. Algunos eventos importantes para la creación del DSM fueron los siguientes:

- La necesidad de recolectar datos de tipo estadístico en relación con los trastornos mentales, para el censo de 1840 en los Estados Unidos.
- El trabajo conjunto de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) y la Academia de Medicina de Nueva York para la elaboración de una nomenclatura o listado aceptable para todo el país (para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas).
- El ejército de los Estados Unidos, por su parte, confeccionó a la par del DSM, una nomenclatura más amplia, que permitiera incluir enfermos de la segunda guerra mundial.
- Por primera vez en el CIE-6 se incluyó un apartado sobre trastornos mentales.

Fue en 1952 cuando surge la primera edición, el DSM-I, el cual era una variante del CIE-6. Sin embargo, surgieron ciertos desacuerdos que fueron generando nuevas versiones de cada uno; actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV-TR, y el CIE utiliza la versión CIE-10.

La creación del DSM-IV estuvo a cargo de trece grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por cinco o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de una amplia gama de perspectivas y experiencias en el campo de los trastornos mentales y médicos). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros respecto de los avances obtenidos, así como de las conclusiones a las que se llegaban.

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. De esta manera, todos los profesionistas que utilizaran ambos manuales estarían bajo un mismo linimento para la diagnosis.

b) Evaluación Multiaxial: Ejes que trabaja el DSM-IV-TR.

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de la Evaluación Multiaxial, la cual implica una evaluación en varios ejes.

Cada uno de ellos corresponde a un área distinta de información de la persona, que ayuda al profesional en la obtención de un diagnóstico adecuado, así como en la elaboración del plan terapéutico y predicción de resultados.

Los cinco ejes sobre los cuales se apoya el DSM-IV-TR, son los siguientes:

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

- Eje II: Trastornos de la Personalidad y Retraso Mental: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base, (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, etc.). También se utiliza para hacer constar los mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad.

- Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, lo cual es relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase "diagnóstico principal" o "motivo de consulta", tras el diagnóstico del Eje II.

- Eje III: Enfermedades Médicas: Este Eje incluye enfermedades médicas actuales, que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. El DSM-IV-TR distingue enfermedades médicas con la finalidad de llevar al

profesional a un estudio minucioso de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionistas de la salud mental.

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

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

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

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia)
- Problemas relativos al ambiente social
- Problemas relativos a la enseñanza
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen

- Otros problemas psicosociales o ambientales (desastres naturales, guerras, cuidadores no familiares, etc.)
- Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), en base al criterio clínico del profesional que evalúa. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución del caso.

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

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

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

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

- Uso y manejo del manual

El DSM-IV-TR establece un código específico para cada patología descrita. Aparecen dos códigos para cada cuadro. Esto se debe a que en Europa se utiliza el sistema de codificación de la CIE-10, dado que es el manual que más se utiliza en dicha área, mientras que en Estados Unidos y América Latina se usa el DSM-IV-TR. En consecuencia, se utiliza la codificación de dicho manual.

En tal sentido, se puede observar que los cuadros patológicos descritos en el DSM-IV-TR constan de dos códigos, los cuales se detallan a continuación:

- Código al lado izquierdo: Corresponde a la codificación específica del DSM-IV-TR.
Ejemplo: F98.3 Pica
- Código al lado derecho, entre corchetes: Corresponde a la codificación específica del CIE-10.
Ejemplo: Pica [307.52]
- El cuadro patológico aparece en el DSM-IV-TR, así: F98.3 Pica [307.52]

Es importante saber que en el índice o clasificación de los trastornos que aparece en el DSM-IV-TR, se menciona el nombre de cada cuadro patológico, con el código específico a la izquierda, y a la derecha, entre paréntesis, el número de página en el que se encuentra la descripción de la patología.

Así mismo, existen ciertos cuadros patológicos que contienen un paréntesis en el que habrá de consignarse la enfermedad médica o trastorno mental específico. El manual presenta los diferentes elementos que deben tomarse en cuenta para conocer a fondo un cuadro patológico. En este sentido, utiliza una metodología descriptiva tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Características diagnósticas
- Síntomas y trastornos asociados
- Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo
- prevalencia
- Curso
- Diagnóstico diferencial
- Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10
- Criterios para el diagnóstico de cada cuadro patológico descrito cabe mencionar que el uso del DSM-IV-TR es exclusivo para profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.), dado que se requiere del criterio clínico y la ética profesional como base para la elaboración del diagnóstico adecuado para cada caso.

- Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS (CIE-10)

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS). La lista CIE-10 tiene su origen en la «Lista de causas de muerte», cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella. La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá publicó su versión en el 2000, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

Con el fin de poder unificar criterios, se ha llegado a una Clasificación Internacional de Enfermedades (CEE, ICD en inglés), promovido por la OMS, hoy el CIE-10.

Del mismo modo, la APA (American Psychiatric Association) ha promovido el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, hoy DSM-IV.

- GLADP. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

Las actividades y programas de entrenamiento sistemático con la Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP) entraron en una nueva etapa a partir de su lanzamiento en forma impresa. La obra se editó y se publicó en Guadalajara, en mayo del año 2004, gracias a la editorial de la Universidad de Guadalajara y al patrocinio de Psicofarma, una empresa mexicana.

Hubo una enorme labor realizada durante ocho años, con colegas psiquiatras líderes de opinión en América Latina, con objeto de terminar la obra. La GLADP se presentó, en versión electrónica (disco compacto), en el congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) que tuvo lugar en Guatemala en julio de 2002. Posteriormente, en México, en reunión de San Carlos se hizo el lanzamiento oficial de la obra impresa.

La GLADP se lanzó finalmente, en junio del 2004, en San Carlos, Sonora, México, durante el Congreso regional noroeste de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM).

Allí se sentaron las bases y se planificó el trabajo que habría de venir con la GLADP. Poco después, a partir de julio 2005, la GLADP estuvo disponible en versión electrónica. Luego del evento de San Carlos, Sonora, el comité ejecutivo de la GLADP planteó un proyecto clínico, educativo y de investigación, de largo aliento para todos los países de América Latina.

Para este proyecto, se empezó a discutir el papel de la GLADP frente a la unidad y la diversidad Del diagnóstico psiquiátrico. Se consideró la necesidad de lograr la implementación de la GLADP En nuestro hemisferio y de valorar las perspectivas educativas así como las implicaciones internacionales.

Se subrayó la importancia de lograr una diseminación amplia, de distribuir gratuitamente un gran número de los ejemplares impresos, de tener la GLADP disponible en las websites de la APM, APAL, WPA, de establecer una buena coordinación con organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Se propuso la consolidación y/o creación de secciones de diagnóstico y clasificación en las sociedades psiquiátricas nacionales, la comunicación con instituciones normativas y académicas nacionales tales como las direcciones de salud mental en los ministerios de salud, en los departamentos de psiquiatría de las facultades de medicina, de las facultades de psicología, de asistencia social y de enfermería.

Respecto a las perspectivas de educación con la GLADP, el comité ejecutivo propuso la preparación de presentaciones cortas en eventos internacionales y locales, contando con conferencias, simposia y la presentación y discusión de casos clínicos. Así mismo se propuso la preparación de cursos en congresos internacionales y nacionales de una duración de 4 a 40 horas, con propósitos y audiencias variables, ofreciendo introducciones didácticas, demostraciones, prácticas comentadas y evaluaciones sistemáticas.

En cuanto a la dimensión clínica, se diseñaron estudios clínicos que permitieran determinar lo siguiente: factibilidad, aceptabilidad y la eficiencia de su uso; confiabilidad de los principales juicios diagnósticos; documentación de oportunidades y problemas encontrados; utilidad para el planeamiento terapéutico y el impacto sobre los resultados de la atención clínica, a saber: reducción de los síntomas y de las discapacidades y el aumento en la calidad de vida.

Evidente resultó también la necesidad de aprovechar la GLADP para realizar estudios epidemiológicos, para investigación en servicios clínicos y la inclusión de la guía en estudios comunitarios. Igualmente para lograr repercusiones internacionales se propuso demostrar el interés y el uso de la GLADP entre los clínicos latinoamericanos y, a la vez, desarrollar una vasta experiencia contando con recursos educacionales.

También se decidió obtener una validación clínica y epidemiológica.

Hay que subrayar que gracias al proyecto GLADP, gradualmente se ha llegado a incorporar la evaluación de la calidad de vida y el diagnóstico ideográfico en la valoración clínica. Se han iniciado interesantes programas de investigación clínica y epidemiológica con la GLADP.

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.

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.

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.

Esta guía se propone como un instrumento de orientación del proceso diagnóstico y no como sustituto del conocimiento del clínico. En psiquiatría, como en otros campos de la medicina, el diagnóstico es formulado por un clínico con los conocimientos y la experiencia que esta tarea requiere y no por la mera utilización de manuales de diagnóstico.

La GLADP puede ayudar a los profesionales de la salud mental en su labor diagnóstica, pero no puede convertirse en una camisa de fuerza que los obligue a diagnosticar de una manera que ignore su mejor juicio clínico.

Se recomienda a los usuarios de este manual llegar al diagnóstico de la condición clínica de la persona que se presenta para atención en salud por una evaluación global e integral del paciente que incluya, por supuesto, los elementos de juicio contenidos en las normas diagnósticas, el clínico debe comprobar si su diagnóstico satisface o no los requerimientos de las pautas de la GLADP. La GLADP reconoce el derecho del clínico a sostener su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto sea excepcional y se reserve para especialistas de experiencia.

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

En este último caso, los requisitos diagnósticos proveídos por la Guía deben revisarse tan pronto sea posible, a fin de ofrecer al paciente una mayor certeza diagnóstica.

El sostener un diagnóstico en contra de los criterios pautados (D.N.P.) exige que el paciente haya sido muy bien estudiado y que existan razones verdaderamente convincentes para hacerlo; no se justifica mantener un diagnóstico no pautado sólo porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos.

2.4 La psicoterapia

Psicoterapia: es un proceso comunicativo transformacional bidireccional y sistematizado, entre dos o más personas, que usan mensajes, como medio para generar cambios en situaciones adaptativas, en el individuo al cual se dirigen, en dónde el mensaje se encuentra influenciado por las circunstancias ambientales y psicofísicas de los protagonistas.

Por otra parte, y cambiando de punto de vista, la Asociación Psiquiátrica Americana, define a la psicoterapia en términos genéricos como cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal y no verbal con el paciente, que difiere específicamente de los tratamientos electro físicos, farmacológicos o quirúrgicos.

Para la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas la psicoterapia es, un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia; es interesante remarcar que esta concepción no presupone una orientación o enfoque teórico definido.

Una definición social y médica es la referida por Jerome Frank, que manifiesta: la psicoterapia es la interacción cargada de emociones y confianzas entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre, y durante esta interacción este sanador socialmente reconocido intenta aliviar el malestar del individuo mediante la comunicación de símbolos, principalmente la palabra y en ciertas ocasiones a través de expresiones corporales.

Otra definición de psicoterapia es la que sigue: tratamiento de naturaleza psicológica, que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales.

Se lleva de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, con la finalidad de eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente.

En esta definición queda claro que la psicoterapia se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra, en al menos dos aspectos.

- El primero, que la controla un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone le otorga la autoridad cultural propia de los médicos.
- El segundo es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias.

El consejero, el sacerdote, el amigo, intentan ayudar al sujeto a resolver su problema indicándole posibles formas de abordarlo, aconsejándole la mejor forma de comportamiento, incluso en los mejores casos pueden tener idea de la existencia de conflicto psíquico, pero no se ocupan de abordarlo. Por el contrario, los psicoterapeutas centraremos nuestra atención sobre dicho conflicto, y todo el manejo de la relación con el paciente lo dirigiremos a la solución de este conflicto. Según los objetivos y las técnicas utilizadas seleccionaremos una modalidad u otra de psicoterapia.

Por último, se puede resumir todo lo anterior diciendo que la psicoterapia es aquel tratamiento que:

- a) Se efectúa sobre un sujeto que se supone afectado por un conflicto psíquico.
- b) Llevado a cabo por un experto en el mismo.

- c) Con intención de anular, hacer desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos de dicho conflicto.
- d) De acuerdo con una técnica previamente determinada según el conflicto, el método y los objetivos a alcanzar.
- e) Realizado con conocimiento explícito por ambas partes.
- f) Siguiendo pautas de sistematización, frecuencia, duración y encuadre, previamente determinadas.
- g) Utilizando como único agente terapéutico la relación entre el terapeuta y el paciente.

Es aquel procedimiento que pretende resolver el conflicto psíquico a través de la relación interpersonal entre el individuo que lo sufre y un experto en ese tipo de ayuda.

2.4.1 La relación terapéutica

Los psicoterapeutas deberán ser conscientes en todo momento del poder que les concede la relación terapéutica. Por ello deberán mantener los límites adecuados con sus pacientes, pasados o actuales. En ningún caso se permite una relación de explotación o abuso, ni ideológico, ni económico, ni sexual ni emocional.

Una de las funciones como psicólogo en la primera entrevista terapéutica, será la de empalmar con la persona, conocer su ser, sus circunstancias y cómo la persona las vive. Por ello será necesario fomentar que el paciente se implique a sí mismo, haciéndose consciente de sus vivencias, pensamientos y sentimientos.

Una de las dimensiones más importantes que ha de transmitirse como psicólogo es la fiabilidad (nadie puede dar lo que no tiene), en sentido de competencia y habilidad personal y técnica para fundamentar el vínculo positivo de ayuda.

La actitud de atención, percepción y comprensión hacia la persona permitirá proporcionar al paciente una atmósfera en la que experimente seguridad y confianza, favoreciendo un encuentro

consigo mismo, así como la libre expresión de actitudes y sentimientos, además de sus contradicciones y resistencias.

Del mismo modo, será necesario transmitir la importancia de la responsabilidad y capacidad, de predisposición, motivación y colaboración del paciente en el proceso terapéutico, promoviendo su sentimiento de autoeficacia y de autogestión.

Es decir, la persona tiene que tener una conciencia de crisis o necesidad que le promueva al cambio, esto es, intencionalidad; además, su actitud debe implicar el deseo de superación y de cambio, es decir, direccionalidad, poniendo para ello a disposición sus propios recursos, lo que significa responsabilizarse y colaborar en el proceso terapéutico.

Cabe destacar que existen pacientes que debido a su falta de interés o pasividad (por diferentes causas) demandan una actitud más activa o directiva por parte del psicólogo, con lo que se delega en él la responsabilidad y la capacidad de evolución terapéutica. Señalar que la primera entrevista terapéutica puede ser un momento para clarificar los roles y las responsabilidades, reformulando la demanda y apuntalando la intencionalidad y direccionalidad en el proceso terapéutico.

2.4.2 Competencias de la psicoterapia

Se espera que todo psicoterapeuta aborde y ejecute su trabajo con el objetivo de promover la integración personal y el bienestar de sus pacientes.

Los psicoterapeutas se esforzarán en usar sus capacidades y habilidades profesionales para el mejor beneficio de sus pacientes y con el debido reconocimiento del valor, la dignidad y la autonomía de todo ser humano.

Entre ellos están: Los psicoterapeutas deberán adquirir la acreditación adecuada y necesaria para el ejercicio de su profesión, mostrarla cuando sean requeridos y no detentar o dar a suponer titulaciones que no poseen.

Los psicoterapeutas informarán al principio del tratamiento y cuando sean requeridos por sus pacientes, los términos, condiciones económicas, duración aproximada del tratamiento y -si es apropiado el método de su trabajo.

Los psicoterapeutas deberán preservar la confidencialidad en todo lo referente al tratamiento de sus pacientes. Sólo cuando terceras partes legítimas lo requieran, podrán desvelar aquellos aspectos y circunstancias que sean estrictamente necesarios.

Prevalecerá el derecho inalienable de los pacientes al secreto profesional, salvo en casos de peligro para la vida o de abusos a menores.

Cuando los psicoterapeutas consideren necesario contactar con otros profesionales, o sean estos quienes requieran información del psicoterapeuta, lo harán para el mayor bien de su paciente y previo consentimiento informado del mismo.

Los psicoterapeutas deberán ser conscientes de sus propias limitaciones para el tratamiento integral del paciente y orientarlo respecto a otros abordajes o profesionales de ayuda.

Los psicoterapeutas deberán salvaguardar el pleno anonimato de sus pacientes cuando vayan a hacer público material clínico en cualquiera de sus formas y obtener su consentimiento siempre que ello sea posible; los psicoterapeutas están obligados éticamente a desempeñar su profesión de una forma competente.

Por ello, deberán haber adquirido y mantener posteriormente a lo largo de todo el ejercicio de su profesión, la formación, experiencia profesional supervisión de su actividad clínica y actualización de los conocimientos adecuados y necesarios para garantizar su capacidad profesional.

Los psicoterapeutas deberán abstenerse de cualquier conducta que pueda resultar nociva para la profesión, los colegas o los formados.

Asimismo deberán adoptar la acción adecuada frente a la conducta de colegas que pueda ser perjudicial para la profesión, los pacientes o los formados.

La publicidad de los servicios ofertados por el psicoterapeuta se hará de forma verídica, especificando sus áreas de trabajo o modelo utilizado, evitándose la competencia desleal y limitándose a la acreditación que detenta.

2.4.3 El proceso terapéutico

a) Contenidos de la entrevista inicial

La primera entrevista terapéutica está formada por diferentes fases o aspectos:

- Anamnesis

Tras el saludo y las presentaciones pertinentes, se abordarán diversos datos personales y biográficos, con el objetivo de ir formulando la historia clínica.

Pero además de los datos personales y biográficos, existen otros indicadores que nos dan información acerca del paciente. El cuerpo comunica por sí mismo, en diferentes niveles, y uno de ellos es el canal no verbal, el cual se encuentra bajo un menor control consciente, lo que nos debe suministrar una información valiosa en la formulación del proceso terapéutico.

Los movimientos del cuerpo, además del rostro, pueden darnos pistas sobre las necesidades internas, expectativas y conflictos de la persona. La postura y la configuración espacial que adopta el paciente, puede informar su estatus o rol social.

En lo que respecta al saludo, se pueden reconocer posiciones y posturas en el acto de aproximación, observándose giros del cuerpo, enfrentamientos posturales lo que nos puede indicar tipos de relación en el pasado o expectativas de la misma hacia el futuro.

Además, las expresiones faciales son un indicador extraordinario de las emociones, pudiendo así tomar un contacto más profundo con los sentimientos del paciente, ya que no es infrecuente que la persona se niegue a hablar o se sienta incapaz de hacerlo, pero será insólito que transmita silencio con su rostro y su postura corporal.

Las manos, por otro lado, frecuentemente comunican y revelan información sobre la persona, tanto en los movimientos como en el aspecto de las mismas. Probablemente en la medida en que la persona tenga dificultad en la expresión o en la explicación de sus circunstancias, así como una necesidad de mayor atención, aumentará el movimiento de sus manos.

Del mismo modo, las uñas son indicadores claros de estados de salud, pudiendo clarificar pautas de alimentación, índices de tensión o nerviosismo.

Dado que las personas también nos comunicamos a través del olfato, los diferentes olores biológicos son un excelente sistema de señal, como por ejemplo la transpiración, que puede ser un indicador de higiene, tensión, temor.

Respecto al aspecto físico o forma de vestir, señalar que explicita rasgos de la persona en función de si se trata de formas extravagantes, llamativas o por el contrario es discreta, oscura; la forma en que se combina.

La voz y el tono refleja en gran medida el estado de ánimo, así puede denotar persuasión, preocupación, cansancio, desinterés.

Además de lo que se refiere a la comunicación no verbal, es de gran importancia las condiciones psicosociales de la persona, como es la organización del tiempo de trabajo y de descanso. La planificación de los mismos nos dará información sobre su capacidad para distribuir labor y ocio y de su libertad para alternarlos, de la salud y el bienestar de la persona, además de expectativas, motivación, necesidades, preferencias y capacidades de adaptación.

El historial educativo y formativo nos posibilitará adecuar nuestra comunicación a un nivel de comprensión por parte del paciente, y nos permitirá ajustar el nivel de expectativas.

El conocimiento de su recorrido sanitario y psicológico nos posibilitará saber de sus tendencias e implicaciones en su proyecto vivencial.

Por todo ello, deberíamos trabajar en la interpretación del estilo gesticular, los ademanes, el comportamiento corporal de la persona, adiestrándonos en lecciones de cinesis.

- Demandas y expectativas

La persona acude a la consulta con diversas demandas y ampliamente variables, como puede ser la de buscar una relación paternal, en la que demanda la dirección de su vida; o tal vez una demanda confirmatoria con el objetivo de asegurarse sus propias decisiones; o sintomática, con el fin de curar una enfermedad psicosomática evitando la exploración interna; también se puede dar la demanda mágica en la que la persona reclama la recuperación espontánea.

Al igual que la demanda y en relación con la misma, las expectativas con las que llega el paciente a la consulta son muy diversas. Así podemos encontrarnos con personas con expectativas muy negativas, derivadas tanto de malas experiencias pasadas, como por verse obligadas o empujadas en el proceso por una tercera persona; y/o encontrarnos con expectativas no realistas en la medida en que el sujeto sobreestime nuestras capacidades como psicólogos, delegando su responsabilidad en el proceso.

- Contrato y cierre

Como es sabido, en toda relación terapéutica inicial ha de aparecer una situación de contrato en la que se especifican las condiciones del proceso terapéutico, las respectivas responsabilidades, la duración aproximada, así como los pasos del proceso terapéutico; cabe destacar que existen casos en los que debido a la personalidad del paciente o sus circunstancias, el contrato ha de hacerse con un carácter más explícito, es decir un análisis pormenorizado del proceso (que siempre será cambiante).

En esta última parte de la entrevista se deberá poner en juego nuestra habilidad para clarificar el primer contacto con el paciente, ya que uno de los objetivos en la primera entrevista es establecer la relación terapéutica, y así poder comenzar el proceso, con el objetivo de incidir en el conflicto del paciente.

2.4.4 Modelos de psicoterapia

2.4.4.1 Modelo psicoanalítico

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

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

La última parte de la personalidad que se desarrolla es el superego, en la cual está contenido valores de la sociedad en la que se desarrolla en niño. Estos valores surgen de la identificación con los padres. El niño incorpora a su personalidad todas las maneras socialmente aceptables de conducirse que le señalan sus padres.

Las funciones principales del superego son inhibir y persuadir el ego a sustituir por objetivos morales las tendencias instintivas y a luchar por alcanzar la perfección; estos conflictos son la fuente de los problemas del desarrollo psicológico.

Freud sostiene que cada individuo atraviesa por varias etapas durante sus primeros años de vida y que estos son decisivos en la formación de la personalidad adulta. Las etapas son: oral, anal, fálica y genital.

Durante la etapa oral del desarrollo (del nacimiento a los 18 meses) la fuente principal de satisfacción es la boca. La siguiente etapa es el periodo anal; esta se desarrolla entre los 18 meses a los tres años y medio; aquí empieza a desarrollarse tensiones anales por medio de la eliminación. La tercera etapa del desarrollo es la fálica y comprende a los tres y medio a los cuatro y medio. En ella el individuo empieza a asociar la satisfacción sexual con el área genital.

El individuo posee mecanismos de defensa como la represión, que le ayudan a eliminar la ansiedad causada por deseos o sentimientos inaceptables; se motiva a la persona a olvidarlos y reprimirlos relegándolos a la inconsciencia. De esta breve descripción de la teoría de la personalidad de Freud se desprende que existen muchos puntos a considerar para entender el comportamiento del consumidor; La contribución más importante de esta teoría es la idea de que las personas son motivadas por fuerzas tanto conscientes como inconscientes. Obviamente sus decisiones en la compra de productos están basadas, por lo menos hasta cierto grado en motivaciones inconscientes.

El planteamiento de Freud sobre los problemas creados por las tres estructuras de la personalidad son puntos que deben considerarse en la mercadotecnia. Debido a que representan diferentes necesidades y funciones dentro de la personalidad hay ocasiones en las que la compra de un producto genera conflictos entre estas estructuras. Se debe ayudar a suavizar el conflicto y aumentar la posibilidad de una venta.

La comprensión de los diferentes mecanismos de defensa como la sublimación y formación reactiva sugiere formas en que el individuo puede afrontar la venta de diferentes productos.

Hay productos que permiten a algunas personas la expresión de motivos en forma explícita, por ejemplo los cazadores pueden comprar rifles para sublimar sus deseos de destruir y matar. En

este caso una campaña promocional de rifles no deberá alimentar esos motivos inaceptables sino inferir razones aceptables para la cacería.

2.4.4.2 Modelo conductual

La terapia de la modificación de la conducta apareció a finales de los 50, como una alternativa radical a los modelos previos, especialmente a los psicodinámicos.

Parte de la idea de que:

- La mayor parte de la conducta es aprendida.
- Los principios de las teorías del aprendizaje, pueden utilizarse en la práctica clínica.
- Centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable.
- Conciben la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de la investigación científica contribuyen a la génesis de la psicología científica. Sin embargo.
- Ausencia de una teoría unificada del aprendizaje.
- Controversias acerca del papel de las variables cognitivas.
- Pragmatismo clínico.

Algunos autores consideran que, más que un modelo terapéutico, se trata de un conjunto de técnicas eficaces.

- Desarrollo histórico

Su origen se remonta a principios de siglo: Escuela de fisiología rusa creada por I.M. Schenov (1829-1905): Toda conducta podía explicarse apelando a los reflejos, sin hacer referencia a la conciencia u otros procesos mentales. Sus discípulos más destacados fueron: Paulov:

- Estudio experimental de los procesos de condicionamiento.
- Inició el estudio de las neurosis experimentales en animales.

Bechterev:

- Idea de que el condicionamiento podía explicar gran variedad de conductas humanas.
- Influyó decisivamente en Watson.

Watson:

- Autor del manifiesto conductista.
- Con su tesis triunfó la idea de que la conducta podía investigarse estudiando los reflejos simples y sus combinaciones.
- Aplicación de los principios de condicionamiento en la reducción de los miedos.

Su discípula Jones, recopiló hasta 7 métodos para eliminar los miedos infantiles. Sus trabajos demostraron que, los miedos podían ser tratados al nivel de la conducta manifiesta (en lugar de al nivel de los procesos subyacentes). A principios de siglo se desarrollan los estudios de Thorndike sobre condicionamiento instrumental: El aprendizaje se entiende como un proceso que obedece a diversas leyes de asociación E-R, siendo la más importante la ley del efecto (la conducta está controlada por sus consecuencias).

Skinner establece su programa de investigación sobre el condicionamiento operante. Jacobson (1929): Método de relajación progresiva. A partir de los años 30:

- Búsqueda de una mayor fundamentación teórica.
- Interés en el desarrollo de las teorías del aprendizaje.
- Pelechano (1979) denomina a ésta fase: "periodo de latencia o incubación": Va desde 1938 (publicación de la tesis de Skinner) a 1958 (publicación de "Psicoterapia por inhibición recíproca" de Wolpe).

Esta fase puede definirse también como "la búsqueda de una ecuación conductual".

- Hull (1884-1952): Influyó de forma decisiva en Wolpe para la génesis de la "psicoterapias por inhibición recíproca."

- Tolman (1896-1961): Abrió la puerta a las orientaciones cognitivas en terapia de la conducta.
- Guthrie (1886-1959): Importancia de la contigüidad (emparejamiento de estímulos con conductas específicas). Skinner, apoyándose en el trabajo de Thorndike, establece un nuevo paradigma: el condicionamiento operante: El parámetro que gobierna la conducta, reside en las consecuencias que se siguen de ésta o refuerzos (hechos ambientales que acompañan o se dan con las respuestas y que cambian la probabilidad de que éstas aparezcan en el futuro).

Entre sus frutos tecnológicos destaca:

- La técnica del manejo de contingencias: Inicialmente fue aplicada en un ambiente hospitalario con pacientes psicóticos. Más tarde, sistematizada por Ayllon y Azrin.
- Skinner también contribuyó a crear el análisis funcional de la conducta, sistematizada por Kanfer y Saslow, su contribución esencial: Alentó un ambientalismo radical que potenció el diseño de ambientes terapéuticos.

Como aplicación específica de ésta periodo destacan los trabajos de Bijou (1957) sobre condicionamiento operante en la infancia, que abrieron la puerta a la aplicación de las técnicas de modificación de conducta a los deficientes mentales.

- Década de los 50:

Empieza a utilizarse el término "terapia de la conducta" por parte de 3 grupos de investigación:

- Trabajo de Skinner, Lindsey y Salomón, en el que aplicaron el condicionamiento operante en enfermos psicóticos.
- Lázarus, en Suráfrica, acuñó el término para referirse a la utilización de procedimientos de laboratorio en la psicoterapia tradicional.

- Eysenck, lo utilizó para referirse a la terapia basada en las teorías del aprendizaje (CC y CO).

- Años 60-70:

La terapia de la conducta se consolida como enfoque terapéutico.

Wolpe publica "Psicoterapia por inhibición recíproca". Inspirándose en Hull ("Principios de la conducta"), exploró la idea de que si la ansiedad condicionada podía inhibir la respuesta de comer en los gatos, la respuesta de comer podía servir para inhibir la ansiedad. A partir del éxito con animales, buscó respuestas humanas que pudieran utilizarse para reacondicionar la ansiedad:

- La relajación profunda por medio de la relajación progresiva (Jacobson), se convirtió en la base de la desensibilización sistemática.
- Uso de respuestas asertivas para inhibir la ansiedad.
- La activación sexual para inhibir la ansiedad, se convirtió en el punto clave de nuevos enfoques en terapia sexual.

En éste tiempo, se publicaron entre otros "Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad" de Bandura y Walters (1963): Sobre el aprendizaje observacional, a través del cual, se irá introduciendo la complejidad del mundo social en el que el aprendizaje ocurre en realidad.

Años 80-90: La fragmentación teórica y la "cognitivización" de la psicología, han producido una creciente reserva respecto al poder explicativo de las teorías del aprendizaje.

2.4.4.3 Modelo humanista

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico.

Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia gestáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente" (de la que nos ocuparemos con preferencia, por ser el modelo humanista con más apoyo empírico).

A todas las orientaciones anteriores se les denomina "tercera fuerza" en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años. Estas psicoterapias se desarrollan 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 daseinánalisis (forma de ser-en-el-mundo); J.P.Sartre(1905? 1980),que destaca el como la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por sí mismo.

El ser humano es radicalmente libre, y se auto determina mediante su proyecto existencial a través de sus decisiones(hay que notar que la concepción budista del "karma" es similar a esta existencial en cierto grado) y al psiquiatra V. Frankl (1905-) que a partir de su propia experiencia radical de prisionero en un campo de concentración nazi, enfatiza la importancia del encuentro o pérdida del sentido de la propia existencia, describiendo las llamadas "neurosis oncogénicas" como forma de pérdida de este sentido.

Sin embargo, a pesar de estos antecedentes europeos, la psicología humanista es un fenómeno, básicamente norteamericano. Sus antecedentes más claros están en el "neopsicoanálisis" de K.

Horney, E.Fromm, la psicología individual de Alfred Adler, los filósofos Tilliche y Martin Buber, residentes en EE.UU, y la escuela Gestarte, sobre todo a través de K.Goldstein que introduce en este país la idea del organismo humano (su obra "El organismo" de 1934), como una totalidad impulsada hacia la autorrealización.

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

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

(este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales).

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

2.4.4.4 Modelo sistémico

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

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

La siguiente década, años 60, supone un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto en EE.UU., a partir del estudio de Gregory Bateson sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su

familia, genera su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos.

Otros destacados terapeutas seguirán la línea comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley, etc. Otro autor destacado es Minuchin que también en EE.UU. estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia (Minuchin, 1967) y que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar. Y un tercer grupo que también trabaja en esta época en este país de manera independiente es el formado por Lidz, Wynne, Bowen y Whitaker.

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

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

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

- La Escuela Interaccional del MRI (Mental Research Institute) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Batenson. Su aportación más significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick, Weaklan y Fisch "Cambio"(1974). Para estos autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo problema solución intentado. Para ello distinguen entre los llamados cambios 1 (Que supuestamente siguen la "lógica" intentado lo contrario al

problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los cambios 2 (Que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar) .Una aportación relevante de esta escuela es que su modelo ha sido aplicado tanto a familias como a clientes individuales.

- La Escuela Estructural-Estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin se centra sobre todo en los llamados sistemas triádicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las dediciones de la familia del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas(a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.
- La Escuela de Milán alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica (generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa). Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones como en los otros enfoques intenta de modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma (a menudo en términos de "sacrificio" para un bien mayor", que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas.

Los desarrollos más actuales de los modelos sistémicos se centran más en los modelos epistemológicos y cognitivos, en concreto en los llamados modelos constructivistas (que son también una fuerza emergente en la terapia cognitiva). Lo relevante desde esta óptica no es la

secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (Premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema (Cecchin, 1987; Anderson, 1988; Procter, 1985).

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

Este reciente desarrollo de los modelos sistémicos ha producido un cada vez mayor acercamiento de los modelos sistémicos y los modelos cognitivos (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).

- Conceptos fundamentales

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

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

- La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un

aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (p.e de los padres) involucrando a una tercera (p.e un hijo).

- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.
 - La información se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vinculo (descrito en un apartado anterior), la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, p.e pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar...), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (p.e padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.).
 - La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (p.e escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, etc). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.
- Método terapéutico

Aunque los métodos terapéuticos empleados por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos más o menos comunes a todas ellas. En primer lugar el terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado.

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

Este proceso diagnóstico suele conllevar entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento "comprometido"). La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentara la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, entre los que destacan:

- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.
- El uso de la resistencia: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia se puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo "¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?", de modo que al sistema solo le queda la alternativa de seguir lo indicado o su opuesto. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio.
- Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual.

Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.

- Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.
- Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar cuándo X actuó así como reaccionó Y a esa conducta...y Z ante la reacción de Y.

2.4.5. Formas de psicoterapia

2.4.5.1. Psicoanálisis

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

1. Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación.

La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres.

2. Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica; ejemplo, emprender un psicoanálisis (o un análisis).
3. Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

- Psicoterapia breve y de urgencia.

En esencia, a pesar del mérito de otras aproximaciones a la psicoterapia breve, el enfoque particular es el intento más amplio de abordar todos u cada uno de los problemas traídos a la clínica o consultorio.

Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que representa. Por lo tanto, hay que encontrar el mejor punto de ventaja desde el cual entender al paciente.

El psicoanalista debe de encontrar que la teoría psicoanalítica de la personalidad, de psicopatología y tratamiento se ha concebido ampliamente como las más útiles.

2.4.5.2 Psicoterapias conductistas

Terapia racional emotiva

La terapia racional emotiva fue desarrollada por Albert Ellis, entre otros, quienes creen que tus sentimientos no controlan tus pensamientos tus pensamientos controlan tus sentimientos. Las emociones negativas no son inevitables, pero ocurren como resultado de modelos del pensamiento que hemos tenido a lo largo de los años. Si podemos aprender a repensar las situaciones, podemos aprender a controlar las emociones negativas.

- Principios Básicos de la T.R.E.C

- La cognición es el determinante más importante y accesible de la emoción humana. De manera sencilla, sentimos lo que pensamos. No son las circunstancias, ni los demás los que nos hacen sentir como sentimos, sino es nuestra manera de procesar estos datos, seamos o no conscientes de ello. Ciertas circunstancias macro tales como el pasado, y los eventos externos contribuyen pero no son directamente lo que determina nuestras emociones.
- Para cambiar nuestra perturbación emocional, para mejorar nuestros problemas emocionales y conductuales, debemos cambiar nuestros esquemas disfuncionales de pensamiento.
- Los esquemas disfuncionales de pensamiento son causados por factores múltiples, que incluyen causas genéticas, biológicas y las influencias ambientales. Los humanos tiene una natural tendencia a desarrollar esquemas disfuncionales de pensamiento, aún en los ambientes más favorables.
- Aunque la herencia y el ambiente sean importantes en la adquisición de los esquemas disfuncionales de pensamiento, la gente mantiene sus esquemas disfuncionales por auto-doctrinamiento o repetición de sus creencias irracionales. La causa más próxima de perturbación emocional es la adherencia actual a las creencias irracionales, más que la forma en que fueron adquiridas en el pasado. Si las personas reevaluaran su pensamiento y lo abandonararan, su funcionamiento actual sería muy distinto.
- Las creencias actuales pueden ser cambiadas aunque tal cambio no sea fácil. Las creencias irracionales pueden cambiarse mediante esfuerzos activos y persistentes para reconocer, desafiar y revisar el propio pensamiento.

Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos.

La psicoterapia cognitiva se caracteriza, entre otras cosas, por:

- Ser breve.
- Focalizarse en el presente, en la problemática planteada y en su solución.
- Haber prevención hacia futuros trastornos.
- La psicoterapia cognitiva o terapia cognitiva conductual requiere de una labor en conjunto, contando con la actividad del terapeuta y del paciente, ya que para lograr los objetivos propuestos, los mismos deben ser desarrollados entre los dos, siendo estos claros y compartidos, estar de acuerdo en las metas a alcanzar y en la modalidad a utilizar.
- Es necesaria la cooperación del paciente para, de este modo, realizar un trabajo en conjunto y en equipo.
- El paciente obtiene un rol activo, en el cual debe trabajar no solamente en las sesiones con el terapeuta, sino también fuera del consultorio, con diferentes tareas dictadas por el profesional.
- Psicoeducación: en el transcurso del tratamiento de la Psicoterapia Cognitiva, es necesario informar al paciente acerca de la modalidad en que se trabajará en el tratamiento, proponiendo metas y objetivos a cumplir, en forma conjunta, es decir, entre el terapeuta y

el paciente. Conocer en qué consiste el tratamiento, además de ser de gran utilidad, es necesario ya que el paciente tiene derecho a saber qué es lo que va a pasar.

- La Psicoterapia Cognitiva, realiza también diversos aprendizajes en el paciente, quien incorpora técnicas en su vida, enseñadas por el terapeuta. Estos aprendizajes son muy útiles, ya que, luego de haber terminado el tratamiento, el paciente cuenta con recursos que puede llegar a aplicar en futuras situaciones.
- El objetivo principal de la Psicoterapia Cognitiva es el de ayudar al paciente a superar la problemática planteada, para de este modo, poder manejarse mejor en su vida cotidiana.
- La reestructuración cognitiva, por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades cognitivo conductuales, colaboran en mejorar el estado del paciente.

Investigaciones han demostrado resultados eficaces sobre diversos trastornos y problemáticas, entre ellos:

- Adicciones
- Ansiedad
- Ansiedad Social
- Ataques de Pánico
- Depresión
- Crisis de Pánico
- Conflictos de Relación
- Colon Irritable
- Estrés
- Disfunciones Sexuales
- Dolor
- Hipertensión
- Ira
- Inhibiciones
- Trastorno Bipolar
- Trastornos de Ansiedad: fobias, ataque de pánico, TOC, fobia social...
- Trastornos de Angustia.
- Trastornos del Estado de Ánimo.
- Trastornos Psicosomáticos
- Violencia.

2.4.5.3 Psicoterapia humanística

Psicoterapia gestáltica

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

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

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 que otro le cure, mientras que cliente es un término más neutro, el cual sólo indica que es alguien que acude a la consulta del terapeuta. En esta terapia, el 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.

Logoterapia

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

La metodología logoterapéutica de Frankl se basa en tratar las enfermedades psíquicas tanto desde un abordaje netamente médico (por ejemplo a ciertas personas que le consultaban por depresión, tras estudiarlas, les recetaba un tratamiento hormonal), aunque principalmente la cuestión es dialogar con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida.

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la de reflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la de reflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión.

En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" como se le llama al cliente o paciente aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos dirigirse a él. En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio. Y en el diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

Si tenemos en cuenta que Viktor Frankl llevó su teoría -que ya había comenzado a desarrollar anteriormente- a la práctica en un campo de concentración alemán, podremos comprender el porqué de dicha tesis: al desprenderse de todo lo material, de sus logros, de sus problemas, de

todo aquello por lo que ha luchado en la vida, comprende que sólo le queda su esencia, su génesis, su logos. De esta forma podrá ver detalles, cualidades, recursos y características de uno mismo que nunca pensó ver o encontrar, se fijará en aspectos de la vida realmente importantes; con el tiempo la persona logrará trascender y ver un verdadero sentido en su vida y se sentirá feliz de estar vivo.

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

a) Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la de reflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático.

- En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma.
- En la de reflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión.
- En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" -como se le llama al cliente o paciente- aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él.
- En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio.

- El diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

b) Aplicaciones de la logoterapia

1. Logoterapia directa o específica: Intervención en problemas originados en la dimensión Noética (Espiritual- Existencial) y que parte de dicha dimensión. Método de abordaje principal para la intervención terapéutica en Situaciones Límite: Procesos de Duelo, muerte de hijos método de abordaje principal para la intervención terapéutica en Situaciones Límite: Procesos de Duelo, muerte de hijos, cambios laborales y desempleo, enfermedades terminales, depresión y angustia ante la muerte; Triada Trágica: Sufrimiento, Culpa y Muerte.
2. Logoterapia indirecta o inespecífica: (de apoyo complementario de la Medicina y Psicología, para trastornos somáticos (del cuerpo), psicógenos (de la mente) y/o Sociógenos (de la sociedad) donde la causa de su condición y/o enfermedad no es estrictamente espiritual existencial, pero el consultante tiene manifestaciones diversas que afectan su existencia: Sufrimiento, Culpa, Angustia ante la Muerte, Ansiedad, Depresión, Frustración y/o Vacío Existencial y/o problemas emocionales diversos que requieren un manejo Integral. Se utiliza con buenos resultados como complemento para personas que tienen afecciones médicas como Diabetes, VIH-SIDA, obesidad, Cáncer, enfermedades auto-inmunes, también con personas con problemas de salud mental Depresión, Trastornos del estado, del ánimo, Trastornos de personalidad, Esquizofrenia, etc.

También se usa con familiares de personas con adicciones, enfermedades y/o fallecidos.

3. Análisis existencial biográfico: Método de auto-conocimiento y autodescubrimiento biográfico con fines terapéuticos y/o de Desarrollo Humano, que conlleva a la Autorrealización, Autotrascendencia y Sentido de la Vida. El Análisis Existencial Biográfico, busca ayudar a las personas a responder a la pregunta ¿Quién soy yo?

4. Análisis existencial preventivo de las neurosis contemporáneas: La Logoterapia no se limita a trabajar los problemas actuales y vigentes de la persona, sino que estimula el desarrollo de respuestas y fortalezas ante situaciones posibles (Muerte, Sufrimiento, Culpa, etc.) y los problemas de la época (Adicciones, violencia, depresión y suicidio, trastornos alimenticios, etc.). Y las diversas actitudes de vida que conlleva el mundo moderno (Individualismo).
5. Cura médica de las almas (Medical Mistry): Cuando estimula una actitud de respeto, acompañamiento y amor incondicional a la persona, aunque todo objetivo terapéutico haya fracasado o la condición de la persona enferma no sea solucionable, acompañándolo a soportar su dolor y sufrimiento, encontrar el Sentido y Aceptar su situación asumiendo valores de experiencia (amor, amistad, etc.), creación (trabajo, arte, etc.) y principalmente de Actitud.

2.4.5.4 Psicoterapia Sistemática

Psicoterapia familiar

Psicoterapia es "una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad". "La Psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, primario, la familia. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar sino más bien crear una nueva manera de vivir."

Las directivas terapéuticas consisten en tareas, indicaciones a seguir, líneas de conducta dadas por el terapeuta a los miembros de la familia. Pueden ser de dos tipos: significación abierta y oculta. Otros medios de acción que cabe mencionar son aquellos que se caracterizan por la estimulación de la imaginación, de la intuición, de la creatividad y de la inventiva como: el uso de metáforas, el uso de relatos, o bien, las esculturas familiares o la representación de roles. Estos

diferentes medios terapéuticos tienen por objetivo desbloquear los recursos naturales de la familia y activar su potencial creativo.

El objetivo principal del marco terapéutico consiste en aparejar la competencia del terapeuta a la del sistema familiar para que la de éste último crezca de manera óptima. Así pues el tratamiento llegará a su fin cuando la competencia de la familia llegue a ser prácticamente igual a la del terapeuta en cuanto a la resolución de sus problemas específicos. La formación del terapeuta suele tener una duración media de dos años aunque hay que añadir que ésta nunca termina. Además, buenos auxiliares técnicos son la logoterapia y la supervisión.

2.4.5.5 Psicoterapias alternativas

Las psicoterapias alternativas se presentan como una complementación a la medicina bioenergética, y una solución efectiva en la problemática de salud mental que presenta la sociedad actual. A pesar de la efectividad en la práctica de las psicoterapias alternativas, probada ampliamente a nivel científico, el uso de algunas de sus técnicas están a cargo de los curanderos y los denominados brujos que utilizan sin ningún fundamento, apoyo científico o formación profesional la terminología, técnicas, de modificación de conducta y autoconocimiento, como estrategia de mercado aprovechando la necesidad y el desconocimiento de las personas para obtener beneficios económicos personales y en muchos casos jugando y poniendo en riesgo la salud mental y la calidad de vida de sus clientes. Los profesionales pueden desarrollar y practicar de forma científica las diferentes modalidades y estrategias que brindan las psicoterapias alternativas luego de haber practicado ampliamente las psicoterapias tradicionales y haber encontrado estadísticamente resultados más estables en la evolución de los pacientes; esto se explica porque la modificación, el cambio o manejo de la situación que busca cada paciente es obtenido por el mismo, con un manejo adecuado de las contingencias externas, pues en la conducta confluyen tanto el aprendizaje como el medio y la motivación propia del sujeto.

Capítulo 3

Referente metodológico

En el siguiente capítulo se da a conocer la metodología utilizada para realizar la Práctica Profesional Dirigida, se elaboraron programas, planificaciones, cronograma de trabajo para sistematizar las actividades llevando una secuencia en las actividades que abran de efectuarse.

3.1 Programa de Práctica Profesional Dirigida

I. Propósito del curso

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

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

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

La Práctica Profesional Dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social sirviendo como requisito de egreso.

Es una práctica de contenido psicológico clínico y psicológico social, por lo que las y los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

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

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

II. Competencias a fortalecer

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

III. Indicadores de logro

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

IV. Contenido temático del curso

1. Planificación de programas de aplicación de la Psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
3. Detección y atención de casos
4. Capacitación en salud mental
5. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala

6. Atención a comunidades de riesgo
7. Detección de situaciones de resiliencia
8. Creación de programas y proyectos

Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.
- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.
- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de Práctica Profesional Dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.

- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

V. Formas / Técnicas / Procedimientos de Evaluación

Actividades	Punteo
I FASE	
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de Referente metodológico	5 puntos
Elaboración de Marco de Referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos
II FASE	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de Psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
III FASE	

Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del Informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del Informe	5 puntos
Presentación completa del Informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

El curso se aprueba con 70 puntos.

3.2 Cronograma de Práctica Profesional Dirigida

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
5-02	<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma 	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica	Entrega de resumen del libro
5-02	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo Diagnóstico de Conocimientos Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo	La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos

19-02	La entrevista	Panel foro Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado	Guía de lectura Valor 5 puntos
05-03	Uso del Manual de Estilo	Ejercicios con resumen de entrevista psiquiátrica Laboratorio	
19-03	Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico	Inicio de práctica lunes 1 de Marzo En centro de práctica: Investigación marco de Referencia Observación de Actividades Integración en actividades del centro de práctica. Investigación de problemática principal atendida en el Centro de	Entrega y revisión Valor 5 puntos Entrega y revisión del Marco de referencia. Valor 5 puntos
9-04 Mes de Marzo	Referente metodológico Detección y atención de casos en centro de práctica	Práctica Elaboración de Referente Metodológico En centro de práctica: dinámicas, juegos, entrevistas, etc. Registro de casos. Formularios pruebas proyectivas, Discusión de casos	Entrega de historias clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).
23-04	Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia	Entrega y revisión valor 5 puntos

<p>7-05</p> <p>21-05</p>	<p>Análisis y discusión de formas de Psicoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psicoterapias psicoanalíticas -Psicoterapias Humanistas -Psicoterapias Conductistas -Psicoterapias Sistémicas -Psicoterapias Alternativas 	<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 (firmadas y selladas)</p>
--------------------------	---	---	---

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones entrega de trabajos
4-06	Supervisión de actividades primer grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica valor 10 puntos
18-06 Meses de junio y julio	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
9-07	Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de psicodiagnóstico	Entrega de tema valor 5 puntos
23-07	Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de psicopatología valor 5 puntos
13-08	Capacitaciones o talleres a Grupos de personas en el centro de Práctica o fuera de él	Elaboración de planificación y Cronogramas Ensayos en el aula Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de Capacitaciones valor 5 puntos presentación de constancias firmadas y Selladas
27-08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Elaboración de Proyecto de salud mental en 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 4 de septiembre al 27 de noviembre

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
10-09 Mes de septiembre	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de salud mental en comunidades rurales	Entrega de 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)
24-09	Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y tablas	Presentación de capítulo IV del informe final: presentación de resultados valor 5 puntos
8-10	Primera revisión de informe final	Elaboración de informe final	Presentación de primera parte del Informe valor 5 puntos
22-10	Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del Informe valor 5 puntos
5-1]	Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del Informe final valor 15 puntos
19-11	Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Nombre de la o él alumno: Andrés Samuel Martínez Azurdia Carné: 0601789 Catedrática de Práctica: Licenciada Sonia Pappa.

Nombre de la Institución: Centro de Salud, Distrito No. 1, Chimaltenango.

Mes de marzo

Objetivo

- Conocer la institución en la manera que funciona y maneja sus labores.
- Apoyar a la institución en sus debilidades y fortalezas.
- Aplicar técnicas psicológicas en lo que sean necesarios en la institución.

Actividades

- Inicio de práctica.
- Diagnóstico institucional.
- Entrevistas con el director o encargado de la institución.
- Entregar informe mensual del centro de práctica.

Recursos

Materiales:

- Centro de práctica
- Oficina de despacho
- Computadora
 - Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco
- Agenda de actividades
- Carro

Indicadores de Logros

- Conoce y describe las funciones que realiza la institución.
- Apoya las políticas y fortalece la institución con los conocimientos aprendidos.
- Aplica técnicas psicológicas en la institución.

Mes de abril

Objetivo

- Conocer y dar función como profesional de psicología a casos que atiende la institución.
- Aprender como da soluciones la institución a casos que atienden con tratamientos psicológicos.

Actividades

- Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica.
- Observación de las formas de cómo aplican las problemáticas y las soluciones que da institución.
- Entrega de informe mensual del centro de práctica.

Recursos

Materiales

- Centro de práctica
- Oficina de despacho
- Computadora
- Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco
- Agenda de actividades
- Carro

Indicadores de Logros

- Da función como profesional de psicología en el centro de práctica.
- Aprende nuevas técnicas psicológicas en el centro de práctica.

Mes de mayo

Objetivo

- Aplicar actividades de rapport en casos dados por la institución.
- Dar entrevistas a pacientes dados por la institución.
- Aplicar las técnicas psicológicas aprendidas en práctica y las nuevas que elabora la institución.

Actividades

- Aplicación de técnica de rapport.
- Detención de casos
- Dinámicas
- Juegos
- Entrevistas
- Entrega de informe mensual del centro de práctica.

Recursos

Materiales:

- Centro de práctica
- Oficina de despacho
- Computadora
- Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco
- Agenda de actividades
- Carro

Indicadores de Logros

- Aplica rapport en pacientes.
- Da entrevistas a pacientes.
- Aplica técnicas psicológicas en pacientes.

Mes de junio

Objetivo

- Atender casos individuales y familiares en la institución.
- Elaborar historiales clínicos de cada paciente de la institución.
- Dar psicoterapias a pacientes de la institución.

Actividades

- Atención de casos.
- Elaboración de historias clínicas.

- Discusión de casos.
- Psicoterapias aplicadas por la institución.
- Entrega de informe mensual del centro de práctica.

Recursos

Materiales:

- Centro de práctica
- Oficina de despacho
- Computadora
- Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco
- Agenda de actividades
- Carro

Indicadores de Logros

- Atiende casos individuales y familiares en la institución.
- Elabora historias clínicas de cada paciente.
- Da psicoterapias a pacientes de la institución.

Mes de julio

Objetivo

- Funcionar como un profesional de psicología en el centro de práctica.
- Atender a pacientes y solucionar las causas que ocasionan su problemática.
- Aplicar técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico.

Actividades

- Aplicación de psicoterapias en los pacientes.
- Atención de casos.
- Investigaciones de psicopatologías encontradas en el centro de práctica.
- Entrega de informe mensual del centro de práctica.

Recursos

Materiales:

- Centro de práctica
- Oficina de despacho
- Computadora
- Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco
- Agenda de actividades
- Carro

Indicadores de Logros

- Funciona como profesional de psicología en el centro de práctica.
- Atiende casos y soluciona las causas que ocasionan su problemáticas.
- Aplica técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico.

Mes de agosto

Objetivo

- Capacitar a grupos de personas con técnicas psicológicas en el centro de práctica.
- Enseñar modelos de técnicas psicoterapéuticas para fortalecer el centro de prácticas.

Actividades

- Elaboración de planificación de talleres.
- Capacitaciones de técnicas psicológicas a personas del centro de práctica.
- Final de la práctica profesional dirigida.
- Entrega de informe mensual del centro de práctica.

Materiales

- Centro de práctica
- Salón de usos múltiples del centro de prácticas.
- Cañonera.
- Computadora
- Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco

- Agenda de actividades
- Carro

Indicadores de Logros

- Capacita a grupo de personas con técnicas psicológicas en el centro de práctica.
- Enseña modelos de técnicas psicoterapeutas para fortalecer el centro de práctica.

3.4 Subprogramas

3.4.1 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Charla ¿El Estrés en los jóvenes y señoritas?

Dirigida al alumnado General del instituto INEB J.V., Aldea Buena Vista de Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

Fecha: 15 de junio de 2010.

a. Objetivos

Con los jóvenes y señoritas:

- Buscar soluciones a los problemas personales.
- Establecer normas de conducta.

b. Metodología o técnicas utilizadas.

- Dinámica rompe hielo.
- Introducción del tema por medio de exposición.
- Explicación del tema por medio de carteles.

c. Recursos

- Carteles.
- Sillas.
- Maskin tape.

d. Cronograma de Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	3 minutos
Desarrollo del tema	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	25 minutos
Presentación del video Clip de Dick	Relato de la historia de Dick	15 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas de los alumnos	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

e. Contenido (Breve resumen)

- Dirigir y aconsejar la planificación y organización del tiempo para enfrentar los conflictos internos.
- Orientar en vez de imponer. Sea paciente; esperar a que progresivamente el joven vaya tomando sus propias decisiones.
- Valore más el esfuerzo de tener una buena autoestima.

Lo que no debe hacer

- No comparare con otros hijos o amigos.
- No criticar su persona, sólo corregirle los errores.
- No inculcar una visión negativa de la vida. Esfuerzo en ser positivo con su hijo.
- Mantener una buena comunicación con los profesores del joven.

Charla 2

Charla ¿La autoestima en los jóvenes y señoritas?

Dirigida al alumnado de Sexto Primaria de la Escuela Oficial Urbana Mixta "Cantón La Cruz" de Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

Fecha: 22 de junio de 2010.

a. Objetivos

Con los jóvenes y señoritas:

- Buscar soluciones a los problemas personales.
- Establecer normas de conducta.

b. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo.
- Introducción del tema por medio de exposición.
- Explicación del tema por medio de carteles.

c. Recursos

- Carteles.
- Sillas.
- Maskin tape.

d. Cronograma de Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida presentación	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	3 minutos
Desarrollo del tema	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	25 minutos
Presentación del video Clip de Dick	Relato de la historia de Dick	15 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas de los alumnos	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

e. Contenido (Breve resumen)

- Dirigir y aconsejar la planificación y organización del tiempo para conflictos internos.
- Orientar en vez de imponer. Sea paciente; esperar a que progresivamente tomando sus propias decisiones.

- Valore más el esfuerzo de tener una buena autoestima

Lo que no debe hacer.

- No comparare con otros hijos o amigos.
- No criticar su persona, sólo corregirle los errores.
- No inculcar una visión negativa de la vida. Esfuerzo en ser positivo con su hijo.
- Mantener una buena comunicación con los profesores del joven.

Charla 3

Charla ¿El noviazgo en los jóvenes y señoritas?

Dirigida al alumnado General del Instituto por Cooperativa Pardo Gallardo J.V. Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

Fecha: 29 de junio de 2010.

a. Objetivos

Con los jóvenes y señoritas:

- Buscar soluciones a los problemas personales.
- Establecer normas de conducta.

b. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo.
- Introducción del tema por medio de exposición.
- Explicación del tema por medio de carteles.

c. Recursos

- Carteles.
- Sillas.
- Maskin tape.

d. Cronograma de Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	3 minutos
Desarrollo del tema	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	25 minutos
Presentación del video Clip de Dick	Relato de la historia de Dick	15 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas de los alumnos	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

e. Contenido (Breve resumen)

- Dirigir y aconsejar la planificación y organización del tiempo para enfrentar los conflictos internos.
- Orientar en vez de imponer. Sea paciente; esperar a que progresivamente el joven vaya tomando sus propias decisiones.
- Valore más el esfuerzo de tener una buena autoestima.

Lo que no debe hacer

- No comparare con otros hijos o amigos.
- No criticar su persona, sólo corregirle los errores.
- No inculcar una visión negativa de la vida. Esfuerzo en ser positivo con su hijo.
- Mantener una buena comunicación con los profesores del joven.

Charla 4

Charla ¿El estrés en los jóvenes y señoritas?

Dirigida a los alumnos de Sexto primaria de la Escuela Oficial Urbana Mixta Santa Teresita J. V. de Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

Fecha: 6 de julio de 2010.

a. Objetivos

Con los jóvenes y señoritas:

- Buscar soluciones a los problemas personales.
- Establecer normas de conducta.
- Identificar el tipo de amistades que los jóvenes y señoritas.

b. Metodología o técnicas utilizadas.

- Dinámica rompe hielo.
- Introducción del tema por medio de exposición.
- Explicación del tema por medio de carteles.

c. Recursos

- Carteles.
- Sillas.
- Maskin tape.

d. Cronograma de Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida presentación	y¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	3 minutos
Desarrollo del tema	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	25 minutos
Presentación del video Clip de Dick	Relato de la historia de Dick	15 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas de los alumnos	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

e. Contenido (Breve resumen)

Consejos concretos aplicables a la vida estudiantil de los jóvenes. Qué hacer (o cómo ayudar)

- Dirigir y aconsejar la planificación y organización del tiempo para enfrentar los conflictos internos.
- Orientar en vez de imponer. Sea paciente; esperar a que progresivamente el joven vaya tomando sus propias decisiones.

- Valore más el esfuerzo de tener una buena autoestima.

Lo que no debe hacer

- No comparare con otros hijos o amigos.
- No criticar su persona, sólo corregirle los errores.
- No inculcar una visión negativa de la vida. Esfuerzo en ser positivo con su hijo.

Charla 5

Charla ¿El estrés en los jóvenes?

Dirigida a los alumnos de Sexto primaria de la Escuela Oficial Urbana Mixta Tipo Federación J. V. de Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

Fecha: 13 de julio de 2010.

a. Objetivos

Con los jóvenes:

- Buscar soluciones a los problemas personales.
- Establecer normas de conducta.
- Identificar el tipo de amistades que los jóvenes y señoritas.

b. Metodología o técnicas utilizadas

- Introducción del tema por medio de exposición.
- Explicación del tema por medio de carteles.

c. Recursos

- Carteles.
- Sillas.
- Maskin tape.

d. Cronograma de Actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	3 minutos
Desarrollo del tema	¿Cómo ayudar a los jóvenes con estrés?	25 minutos
Presentación del video Clip de Dick	Relato de la historia de Dick	15 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas de los alumnos	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

e. Contenido (Breve resumen)

Consejos concretos aplicables a la vida estudiantil de los jóvenes.

¿Qué hacer o cómo ayudar?

- Dirigir y aconsejar la planificación y organización del tiempo para enfrentar los conflictos internos.
- Orientar en vez de imponer. Sea paciente; esperar a que progresivamente el joven vaya tomando sus propias decisiones.
- Valore más el esfuerzo de tener una buena autoestima.

Lo que no debe hacer

- No comparare con otros hijos o amigos.
- No criticar su persona, sólo corregirle los errores.
- No inculcar una visión negativa de la vida. Esfuerzo en ser positivo con su hijo.

Capítulo 4

Presentación de resultados

En este capítulo se encuentran los resultados que se obtuvieron durante la realización de la práctica, en el Centro de Salud de Chimaltenango Distrito #1, ubicada en el Departamento de Chimaltenango siendo estos los que a continuación se detallan.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- Brindar la ayuda psicológica a las personas que se presentaron al centro de atención psicológica.
- La terapia brindada a cada uno de los pacientes ayudó a la estabilidad emocional de ellos e incentivando a erradicar conflictos internos no solucionados.
- Promover una mejor salud mental en los pacientes de Centro de Salud de Chimaltenango del Distrito #1.

4.1.2 Limitaciones

- Al principio no se contaba con pacientes para la realización de la práctica.
- No se contaba con una oficina para realizar las sesiones psicoterapéuticas
- Las personas no sabía que existía un psicólogo en el Centro de salud.

4.1.3 Conclusiones

- Durante la realización de la práctica se pudo atender casos con atención psicológica.
- Se ayudó a las personas que necesitaban de ayuda psicológica.
- Se llevó a cabo el trabajo de la terapia con los pacientes que asistieron al centro de ayuda.

4.1.4 Recomendaciones

- Se le recomendó a las personas que asistieron a las diferentes terapias que continuaran con su proceso terapéutico.
- Se le recomienda al centro de práctica tener una oficina específica para poder realizar psicoterapias con los pacientes.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos

Historia Clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre: M.A.R.T.

Edad: 35 años.

Sexo: Femenino.

Dirección: Aldea Buena Vista, Chimaltenango.

Ocupación: Ama de casa.

Lugar y fecha de nacimiento: Capital, 7 de octubre de 1,973.

Escolaridad: 4to. Grado primaria.

Religión: Cristiana evangélica.

Fecha: 26 de mayo de 2,010.

2. Motivo de consulta

Se siente muy mal con ella misma con culpa y sin sentido de vivir siempre había sido contenta pero cambio y se siente muy triste. La señora cuenta que hace algunos días a padecido de algunos dolores en su cuerpo, por hace 2 semanas le dolía mucho su corazón y presentó algunas convulsiones, toda su familia se puso de inmediato de acuerdo para pagar a un médico para ver que ella tenía pero no se detectó ningún cuadro enfermedad, en las siguientes sesiones ella presentaba diferentes cuadros de síntomas de algunas infecciones especialmente en piel, el Dermatólogo solo indicaba que era

producto de alergia a los perros, pero ella siempre decía que su corazón lo tenía siempre malo. El Cardiólogo dijo que tenía un buen corazón y recetó cardioaspirinas solo como prevención de un posible ataque cardiaco pero dice que desde muy pequeña ella sufría algo similar.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: afecto restringido, que manifiesta tristeza.
- Nivel conductual: rebeldía, inconstancia.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: cansancio, sueño.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto:

4.1 Familia

Constantemente recibe regaños y reproches por parte de su esposo.

4.2 Relaciones sociales

Se relaciona adecuadamente con sus hijos y otras personas, pero no manifiesta la misma energía cuando mira a personas con alguna enfermedad.

4.3Atribución sobre los problemas

Se atribuye el problema al alcoholismo de su esposo y la separación temporal de él.

5. Historia del problema

Ella ha sufrido desde muy pequeña el alcoholismo de su padre, manifestando tristeza, cambios de humor, baja autoestima, pero estas manifestaciones han aumentado desde que su esposo comenzó a tomar.

Anteriormente presentó cambios en su conducta y dolores en diferentes aéreas de su cuerpo, pero en menor grado que en la actualidad.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Alcoholismo del padre, depresión en la madre.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo).

La px manifiesta que sus padres eran muy buenos, pero que su padre tiene un carácter más fuerte y su madre le restringe el hacer actividades que otras niñas de su edad realizan. La px dice que nunca le prestaron atención cuando era niña y ahora siente las consecuencias.

El padre bajo efectos del alcohol no utilizó violencia física con su esposa o sus hijos, pero sí violencia verbal y psicológica, lo cual le produce baja autoestima y reacciona inmediatamente, ya que en el fondo él desea ser un buen padre y esposo. La px desahoga su preocupación y tristeza cuando va con un doctor o un psicólogo la cual se siente agobiada y triste, ya que no puede hacer nada para que las cosas mejoren.

7. Diagnóstico Multiaxial

Eje I Hipocondría

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Estrés situacional agudo o crónico

Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

(Código DSMIV: Z63.1) Presiones inapropiadas de su esposo

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Plan terapéutico

Se trabaja juntamente con un equipo multidisciplinario la Psiquiatra del Hospital Nacional de Chimaltenango, con la Doctora del Centro de Salud de Chimaltenango

Terapia cognitivo conductual, terapia de apoyo Terapia Racional Cognitivo Conductual y charlas acerca de la autoestima ejercidas por el psicólogo inferí (Practicante: Andrés Samuel Martínez Azurdia) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

Historia clínica No. 2

1. Datos generales

Nombre: M.J.A.T.

Sexo: Femenino. Edad: 45 años.

Religión: Católica.

Escolaridad:

Ocupación: Sexo trabajadora Estado civil: Soltera.

2. Motivo de consulta

La paciente fue remitida por la Trabajadora Social del Centro de Salud de Chimaltenango, debido al consumo excesivo del alcohol, que eso le ha provocado que le sean retirados sus hijos, debido al maltrato físico y psicológico que la px generaba en los efectos alcohólicos.

3. Historia del problema actual

Ella marca este problema desde su infancia debido a que sus padres fueron alcohólicos y que nunca fue de importancia para ellos, ella hacia lo que quisiera con quien sea, desde los 12 años de edad y fue así que fue violada varias veces hasta convertirse en una sexo trabajadora por más de 3 décadas, ella se sentía muy deprimida y comenzó a ingerir alcohol para olvidar su pasado.

4. Factores precipitantes

La Trabajadora Social indica que fue la quitada de sus hijos, pero no descarta la vida descontrolada que ella ha tenido en estos últimos años.

5. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

En la actualidad no se sabe nada de su familia ni de sus hijos.

6. Historia clínica y antecedentes personales

No ha padecido de trastornos pero porque nunca había visitado a un psicólogo o doctor que la ayudara.

7. Historia médica

Ha presentado infecciones vaginales en los 2 últimos años.

8. Historia familiar

No se sabe nada de ellos ya que la px dice que son de la costa pero que no se recuerda por donde viven.

9. Diagnóstico diferencial

Trastorno dependencia del alcoholismo.

Fuga disociada.

10. Diagnóstico Multiaxial

Eje I:

Dependencia del alcoholismo

Eje II:

Sin especificaciones

Eje III:

Infecciones vaginales

Ejes IV:

1. Problemas de vivienda por falta de su familia.

Eje V:

Algunos síntomas graves por la falta de su familia y la dependencia del alcohol 41-50.

11. Plan terapéutico

Se trabaja juntamente con un equipo multidisciplinario la Psiquiatra del Hospital Nacional de Chimaltenango, con la Doctora del Centro de Salud de Chimaltenango Terapia cognitivo conductual, terapia de apoyo Terapia Racional Cognitivo Conductual y charlas acerca de la autoestima ejercidas por el psicólogo inferí (Practicante: Andrés Samuel Martínez Azurdia) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

Historia clínica No. 3

1. Datos generales

Nombre: M.S.Y.A.

Sexo: Femenino. Edad: 10 años.

Religión: Evangélica.

Escolaridad: Segundo primaria.

Ocupación: Estudiante Estado civil: Soltera.

2. Motivo de consulta

La maestra de grado cuenta que la niña se masturba en los periodos de clase, todos los niños la miran tocándose sus partecitas, ella vive con su papá, sus abuelos y sus tías desde los 4 años de edad, debido a que su mamá murió por una enfermedad, se llevaba bien con su abuelita por parte del papá, pero a los 3 meses murió la abuelita por parte del papá, luego de eso era la niña muy consentida por parte de toda la familia esto para evitar que se enfermara la niña por tanta pérdida de sus seres queridos.

3. Historia del problema actual

Ella marca este problema desde hace un mes que se rasca sus partecitas, pero luego de rascarse su partecita busca de inmediato afecto por qué se siente con miedo cuenta la directora.

4. Factores precipitantes

Su tía responsable cuenta que pueda ser por lo que vivió que no tiene madre y el amor de madre no es reemplazable debido a eso pueda ser un efecto secundario de llamar la atención para que se le de cariño.

5. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La familia de ella pues se siente con culpa al no sabe controlar esta situación aunque le dan todo no logran salir de alarmarse y preocuparse.

6. Historia clínica y antecedentes personales

No ha padecido de trastornos pero porque nunca había visitado a un psicólogo o doctor que la ayudara.

7. Historia médica

Presenta alergias constantes debido a la crianza de cerdos en su casa

8. Historia familiar

Ellos viven de ventas callejeras y es poco tiempo que ellos comparten juntos, los negocios son en gran parte el movimiento de toda la familia hasta de los niños.

9. Diagnóstico diferencial

Trastorno de de ansiedad por separación

Trastorno depresivo no especificado

Retraso mental leve

Trastorno por déficit de intención con hiperactividad.

10. Diagnostico Multiaxial

Eje I:

Sin especificaciones

Eje II:

Sin especificaciones

Eje III:

Dermatitis en su vagina e infección orinaría, debido a la crianza de cerdos en su casa

Ejes IV:

1. Problemas relativos al grupo primario y ambiente social debido al contraer una infección en su vagina.

Eje V:

Algunos síntomas ausentes o mínimos 90- 81

11. Plan terapéutico

Se trabaja juntamente con un equipo la Psiquiatra del Hospital Nacional de Chimaltenango, con la Doctora del Centro de Salud de Chimaltenango Terapia cognitivo conductual, terapia de apoyo Terapia Racional Cognitivo Conductual y charlas acerca de la autoestima ejercidas por el psicólogo inferí (Practicante: Andrés Samuel Martínez Azurdia) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

Historia clínica No. 4

1. Datos generales

Nombre: G. Y. B. L.

Sexo: Femenino. Edad: 41 años.

Religión: Ninguna.

Escolaridad: Secretaria Bilingüe Ocupación: Sexo Trabajadora.

Estado civil: Casada.

2. Motivo de consulta

Presenta dificultad en estar concentrada en algo específico, cree que su marido la está engañando con la sirvienta, toma medicamentos para la diabetes y dice que eso la relaja, también dice que no puede ver pastillas porque ya se las toma no importando para que sea, a ingerido también anfetaminas, sufrió de sífilis hace 3 años y también de

papilomas, la trataron y fue curada, actualmente quiere ser sana para evitar estar tomando cualquier medicamento, sino los toma ella manifiesta mucha ansiedad y presenta cuadros de convulsiones.

3. Historia del problema actual

Desde hace 10 años que la px ha visto que su esposo es muy celoso y enojado con ella pero con la sirvienta y con su hermana es cariñoso y ella afirma que ha sido engañada muchas veces y por eso ella eligió el trabajo de sexo trabajadora para pagarle de la misma manera a su esposo, cabe resaltar que ella siente no ser querida por su familia; también el proceso se aceleró después de ser diagnosticada con sífilis hace 3 años. Y se toma toda clase de medicamento o pide pastillas para sus hijos y ellas las consume para sentirse relajada.

4. Factores precipitantes

Un doctor hace 10 años le dijo que ella era diabética y le recetó un medicamento de por vida desde entonces ella dice que su esposo se puso celoso y dijo que no tenía dinero, ella juntaba su dinero y compra hasta la actualidad ese medicamento que es para la diabetes que al mismo tiempo la relaja y hace descansar su cuerpo, luego hace 3 años fue diagnosticada con sífilis, (según los doctores la sífilis avanzada da una pérdida de memoria y afecta todo su sistema nervioso expuesta a cualquier enfermedad) fue tratada con antibióticos diseñados para esta enfermedad, luego comenzó a trabajar de sexo trabajadora en las noches hace 2 años y desde entonces ella cree que su esposo la engaña con su sirvienta.

5. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Ella siente que su esposo ya no la quiere, también que perdió el respeto de sus hijos, cree que las hermanas ocultan algo de su esposo y por eso él no da dinero para comprar su medicina, ella muestra desinterés por la vida matrimonial y busca quien le de ese aprecio. En su familia no quieren hablar de ella solo dicen que esta mala.

6. Historia clínica y antecedentes personales

Manifiesta diabetes hace 10 años tiene un tratamiento que no se conoce porque ella evade y no lo muestra, también de que sufrió un cuadro de sífilis según la Trabajadora Social del Centro de Salud de Chimaltenango, dice que ella sufrió de una sífilis muy avanzada y que posiblemente causó deterioro mental, a veces marca que ella es perito contador y da otro nombre.

7. Historia médica

Ha padecido de diabetes hace 10 años y el medicamento no dice cual es y hace 3 años padeció de sífilis pero mostraba un cuadro avanzado.

8. Historia familiar

Hay una separación de su familia hacia ella, debido a que la obsesión de tener medicina ha causado que la consideren loca.

9. Diagnóstico diferencial

1. Trastorno de Identidad Disociativa (antes personalidad múltiples) (589)
2. Problemas de Relación asociados a un trastorno mental o a una enfermedad médica (823)
3. Fuga Disociativa (antes fuga psicógena) (586)
4. Trastorno Paranoide de la Personalidad 301.0 (771)
5. Neurosis producida por medicamentos no específicos.

10. Diagnostico Multiaxial

Eje I:

- Trastorno de Identidad Disociativa (antes personalidad múltiples) F 44.81 (589)
- Problemas de Relación asociados a un trastorno mental o a una enfermedad médica Z63.7 (823)

Eje II:

- Trastorno Paranoide de la Personalidad 301.0 (771)

Eje ni:

Diabetes se desconoce su grado de evolución / sífilis

Ejes IV:

Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas de salud en la familia

Eje V:

Síntomas graves escala 41-50

11. Plan terapéutico

Se trabaja juntamente con un equipo la Psiquiatra del Hospital Nacional de Chimaltenango, con la Doctora del Centro de Salud de Chimaltenango y con terapias cognitivo conductual, Reforzamiento positivo, y terapia familiar de apoyo ejercidas por el psicólogo inferí (Practicante: Andrés Samuel Martínez Azurdia) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

Historia clínica No. 5

1. Datos generales

Nombre: S. M. M. C.

Sexo: Femenino. Edad: 28 años.

Religión: Evangélica.

Escolaridad: Le faltó el último año de Secretaria Bilingüe.

Ocupación: Ama de Casa Estado civil: Soltera (Unida).

2. Motivo de consulta

Desde niña siempre ha estado con problemas y desea cariño de su mamá, le dan convulsiones repentinas, se siente muy mal con ella misma, tuvo una relación de 4 años lo quería mucho, su pareja le daba una especie de estimulantes para tratar de abusar de ella y reconoce que algunas veces si le daba ganas de tener sexo con su pareja, siempre le pedía su pareja tener relaciones sexuales y no le gustaba y describe que no le gusta es lo que manifiesta ella, desde pequeña la quisieron abusar sus familiares, observó

pornografía y describe que las que sufren son las mujeres por los gritos que hacen esas películas, le cae mal tener sexo con su pareja por que le duele en la forma que se lo hace y no lo disfruta, tiene un hijo con su pareja solo están unidos por palabras y manifiesta que hay conflictos por que su pareja piensa que hay engaño de parte de ella por la falta de interés al no tener sexo con él y está buscando otra mujer, ella quiere curarse y no perder su pareja.

3. Historia del problema actual

Ella marca desde su niñez se ha sentido sola y por eso buscó a una pareja que la protegiera. Pero él la quiso abusar a los 16 años él fue la persona que amo muchísimo pero que nunca él mostró cariño sino solo interés para abusar sexualmente de ella por tal forma terminaron esa relación y ella expresa que fue su primer novio. Este hombre en esa fecha tenía 24 años

4. Factores precipitantes

Ella no quiere tener sexo con su nueva pareja con él tiene un bebe, pero dice que a veces le duele el hacer sexo con él.

5. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La familia de ella solo dicen que se mantiene enojada y que no le pueden decir algo por qué rápido se enoja.

6. Historia clínica y antecedentes personales

No ha padecido de trastornos pero porque nunca había visitado a un psicólogo o doctor que la ayudara.

7. Historia médica

No presenta ninguna solo resfriados comunes.

8. Historia familiar

Su familia solo dice que es muy enojada pero como si esconden algo que doña Sara hizo cuando era joven y como si eso desencadeno sus problemas.

9. Diagnóstico diferencial

Trastorno de abuso sexual

Depresión Moderada

Ansiedad al temor al sexo

Neurosis.

10. Diagnostico Multiaxial

Eje I:

1. Trastornos sexuales por Dolor/ Vaginismo F52.5 no debido a una enfermedad médica. Págs. 623
2. Trastornos sexuales por Dolor/ Dispareunia F52.6 no debido a una enfermedad médica. Págs. 621

Eje II:

Sin especificaciones

Eje III:

Sin especificaciones

Ejes IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo por abuso sexual.

Eje V: Algunos síntomas leves 61- 70.

11. Plan terapéutico

Se trabaja juntamente con un equipo la Psiquiatra del Hospital Nacional de Chimaltenango, con la Doctora del Centro de Salud de Chimaltenango Terapia cognitivo conductual, terapia de apoyo Terapia Racional Cognitivo Conductual y charlas acerca de la autoestima ejercidas por el psicólogo inferí (Practicante: Andrés Samuel Martínez Azurdia) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- Marcar una conducta diferente al conocer los temas expuestos aplicándolos en nuestra sociedad.
- Las personas capacitadas fueron motivadas para ser ejemplo en sus casas como agentes de cambio.
- Manifestar ideas para mejorar el lugar donde se trabaja.

4.2.2 Limitaciones

- Falta de un salón amplio para capacitar a muchas personas al mismo tiempo.
- Falta de recursos audiovisuales para presentar una mejor exposición.
- Pacientes inconformes por el tiempo usa en la capacitación.
- Impuntualidad de los pacientes para ser capacitados.

4.2.3 Conclusiones

- El interés que presentaron la mayoría de las personas capacitadas hace que los esfuerzos de la práctica realice con éxito sus objetivos.
- Trabajando de acuerdo con los temas expuestos se logró en mucho avanzar a un desarrollo profesional para brindar la calidad adquirida durante las capacitaciones a las personas trabajadas.
- El trabajar con distintas personas, se logra dar puntos de observaciones para mejorar y superar errores cometidos durante el proceso de la práctica.

4.2.4 Recomendaciones

- El uso de más tiempo en la práctica, debido a que hay mucha población necesitada del servicio.
- Que se brinden materiales de parte de los centros de práctica ya que son muy escasos los que se brindan.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- Compañerismo, colaboración y trabajo en equipo.
- Apoyo en todas las situaciones donde requería más esfuerzo de parte de todos.
- Se trabajó con muchas personas en la intervención psicológica para erradicar el estrés postraumático.

4.3.2 Limitaciones

- Falta de material auditivo y visual.
- Falta de expresión verbal con la comunidad ya que muchos de ellos hablaban el idioma Kaqchiquel.

4.3.3 Conclusiones

- Una experiencia muy objetiva donde se aprendió a trabajar en equipo y a mostrar lo que en realidad se está estudiando.
- El grupo respondió como profesionales que quieren y aman a Guatemala dando su granito de arena, ayudando a las personas con escasos recursos y que son olvidadas por lo alejadas que están las comunidades rurales.

- Se dio lo mejor aunque faltó más pero se logró enfrascar los malos comentarios dando a conocer la calidad que ejerce la Universidad Panamericana en sus estudiantes, que es inferior a las demás casas estudiantiles superiores, pero con el esfuerzo y la dedicación que se obtuvo aparte de todo el grupo, se mostró el privilegio y lo opuesto a los comentarios, dando ayuda a las personas necesitadas como ente primordial de los principios y valores que nos enseñan.

4.3.4 Recomendaciones

- Hacer publicidad para que la Universidad se conozca por todo el departamento para lograr más afluencia de personas que quieran estudiar psicología.
- Realizar proyectos de salud mental con comunidades necesitadas de nuestro departamento.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

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

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

apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo. Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y la Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágata que recientemente golpeará a Guatemala.

1. Antecedentes

Guatemala es uno de los países que más severamente ha sido afectado en los últimos tiempos debido a eventos climáticos de fuerza mayor, tal es el caso de tormentas, huracanes y depresiones tropicales. Debido a la incesante tala de árboles en extensas áreas de los diversos departamentos del país, se ha dado el fenómeno de los deslaves, derrumbes y erosiones que han dado paso a severas inundaciones y catástrofes que han cobrado muchas vidas, específicamente en el área rural del occidente del país.

En este sentido, el departamento de Chimaltenango, situado en el área del altiplano central del país, ha sido uno de los más afectados con tales eventos, específicamente en los municipios de Tecpcán Guatemala, Santa Apolonia, San Martín Jilotepequé y otros más. La destrucción que ha quedado posterior al paso de los eventos climáticos que se han experimentado, ha cambiado no sólo la geografía del área, sino la vida de los pobladores más afectados.

El 29 de mayo, la tormenta tropical Agatha tocó tierra en las costas del departamento de San Marcos en Guatemala, y comenzó a debilitarse. Sin embargo y contra todos los pronósticos, al adentrarse en el territorio nacional, ésta cobró fuerza dando paso a uno de los mayores desastres naturales que la población guatemalteca ha enfrentado en el presente siglo. Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país.

Dentro de los lugares más afectados a nivel de infraestructura, vivienda y vidas humanas, se encuentra el municipio de Santa Apolonia, del departamento de Chimaltenango. Los pobladores perdieron gran parte de sus pertenencias, reportándose al 31 de agosto, un total de 19 víctimas mortales y más de 1,500 personas damnificadas. Adicionalmente, la infraestructura vial y las viviendas de los pobladores quedaron seriamente dañadas, lo cual ha impedido continuar con una cotidianeidad normal y equilibrada, lo cual queda de manifiesto en la actitud de desolación que se palpa en una gran mayoría de los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del citado municipio.

2. Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, y luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores puedan lograr una resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian después del paso de la tormenta Agatha; esto, a través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

Así mismo, de acuerdo a información recabada y datos estadísticos proporcionados por el Área de Salud de Chimaltenango, se determinó que era necesario proporcionar también ayuda de otra índole, tal es el caso de asistencia médica, exámenes de diagnóstico, métodos de planificación familiar, medicamentos gratuitos, etc. De esta manera se estaría proporcionando apoyo de forma integral a la población enfocada en el proyecto mencionado, haciendo énfasis en la intervención psicológica que se desarrollará en forma individual y apegada a las necesidades de cada grupo específico (niños, adolescentes, mujeres y hombres), enfocándose en lograr restablecer en un

porcentaje considerable, la salud mental de los pobladores, principalmente en cuanto al valor de la vida, la familia y los recursos con que aún cuentan.

3. Objetivos

3.1 General

Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Agatha, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.

3.2 Específicos

- a) Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- b) Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.
- c) Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.
- d) Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- e) Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

4. Descripción de la crisis provocada por el estrés postraumático

La crisis que un grupo social o bien una persona sufre luego de experimentar un evento catastrófico, es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios del individuo y del grupo, se hace presente un estado de invalidez, de desprotección e incapacidad para continuar la vida cotidiana. Aún cuando todavía se cuenta con algunos medios y recursos para subsistir, el grupo o la persona,

que está severamente afectada e impresionada, se niega de alguna forma, a ver el lado positivo de la situación, que radica en descubrir su potencial para salir adelante con lo que le ha quedado.

5. Pautas para elaborar un programa de intervención

- Analizar objetivamente la dimensión del evento catastrófico, y su impacto tanto en la sociedad como para la persona individual.
- Analizar las posibles soluciones, y la forma de ayuda psicológica que se pueda brindar.
- Realizar un adecuado contacto psicológico con el grupo y/o con la persona.
- Desarrollar acciones concretas: Objetivos a corto plazo: valorar la mortalidad, facilitar el proceso de duelo, etc.
- Analizar la situación somática: Preservar la salud física, trabajar en relación al estado emocional, valorar el intento de suicidio, etc.
- Analizar la situación afectiva: Expresión de los sentimientos en relación a la crisis, reorientar adecuadamente la forma de expresión, manejo de la ansiedad, técnica de la silla vacía, ejercicios de respiración y relajación profunda, etc.
- Analizar la situación cognitiva: Reflexionar sobre el incidente y sus efectos, disminuir la credibilidad de culpa, analizar los pensamientos y metas previos a la crisis y el impacto que la misma tuvo sobre dicho asunto, reorientar y adaptar las nuevas metas en relación a la situación posterior a la crisis.
- Analizar el área conductual: Qué cambios se hacen necesarios a consecuencia de la crisis y sus efectos posteriores.
- Dar seguimiento evaluando las etapas de acción. Brindar la ayuda psicológica después de la catástrofe.

6. Tratamiento del estrés postraumático

La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Con la intervención terapéutica se reduce el impacto psicológico y se evita la cronificación del trastorno.

Las alternativas terapéuticas que existen y las cuales el profesional puede utilizar para obtener los resultados deseados, son:

Lamentablemente, la legislación se enfrenta en este aspecto con el componente cultural señalado originalmente Porque nuestros jueces, en general, no han estado acostumbrados a aplicarse este tipo de legislación.

- Testimonio: Consiste en que el grupo o el paciente relate la historia lo más detalladamente posible; de este modo se gana control sobre el pasado y la experiencia va pasando de ser rígida, a ser más flexible y se consigue una reelaboración del trauma.

a) Técnicas cognitivas:

- Resolución de problemas
- Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas
- Análisis de creencias erróneas (no es culpable de su experiencia)
- Inoculación del estrés para disminuir la tensión, la activación fisiológica, sustituir ideas negativas por pensamientos positivos

b) Técnicas Conductuales:

- Desensibilización sistemática para conseguir la habituación del objeto temido
- Interrupción del pensamiento I Técnicas de relajación
- Terapias de grupo (grupos de autoayuda) I Terapia familiar, si es necesaria
- Recuperación de actividades cotidianas de acuerdo a la nueva situación general.

7. Atención psicológica para el profesional

En la intervención psicológica ante una catástrofe, se hace fundamental proporcionar recursos y técnicas para afrontar las situaciones estresantes, al profesional que intervendrá en dicha situación.

De esta manera se previene el desgaste emocional y profesional (Síndrome de Burnout). Se deberá trabajar toda el área concerniente al manejo del estrés, de la ansiedad y aplicación del autocontrol ante dicha situación.

8. Metodología

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

8.1 Datos generales

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

Fecha: Sábado 16 de octubre de 2010

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

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

8.2 Grupos de intervención psicológica

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

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

8.3 Comisiones de trabajo

Para definir una mejor organización y ahorrar tiempo y recursos, se tomó la decisión de formar comisiones de trabajo encargadas de los distintos aspectos que se necesitaba cubrir. En tal sentido se nombraron las siguientes comisiones:

- a) Publicidad

- b) Logística
- c) Proyecto escrito
- d) Recolección y distribución de víveres
- e) Monitoreo de la actividad.

8.4 Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

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

9. Cronograma de trabajo

ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación (énfasis en la intervención psicológica que se brindará)	Mirian Castro (español) Aisha Tepaz (Kaqchiquel)	10 min
Información general sobre las actividades a desarrollarse (especialidades médicas, atención psicológica a grupos específicos, entrega de medicamentos, etc.)	Sara Bala	10 min
Intervención psicológica a los grupos específicos, de acuerdo a cada plan de acción elaborado	Cada grupo responsable, de acuerdo al plan de intervención elaborado para la población específica que será atendida	El tiempo que sea necesario
Conducción de personas a las especialidades médicas (aclaración de dudas, persuasión de la necesidad de exámenes para mujeres, etc.)	Cada grupo responsable	15 min

REFACCIÓN PARA LOS COLABORADORES		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea necesario
ALMUERZO PARA COLABORADORES Y ESTUDIANTES (30 min)		
Continuación de la intervención psicológica y atención médica		
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	5 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de Fuentes	Toda la actividad

10. Conclusión

Las catástrofes repercuten en la integridad psicológica de los afectados, tanto víctimas como profesionales que actúan en el lugar del hecho. Es esencial el desempeño de la intervención psicológica que permita que las personas afectadas adquieran una actitud positiva dentro de la difícil situación que están viviendo.

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

11. Recomendaciones

- Realizar una intervención psicológica inmediata en la situación de catástrofe (primeros auxilios psicológicos), fundamental dada la dimensión y el gran impacto psicológico que sufren las víctimas y familiares de las comunidades en mención.
- Dar seguimiento psicológico a los afectados después de la catástrofe, para ayudarlos a reanudar en lo posible, el desarrollo de sus actividades, o bien la adaptación a

cambios importantes originados por la catástrofe. De esta manera se minimizará el nivel del trastorno de estrés postraumático.

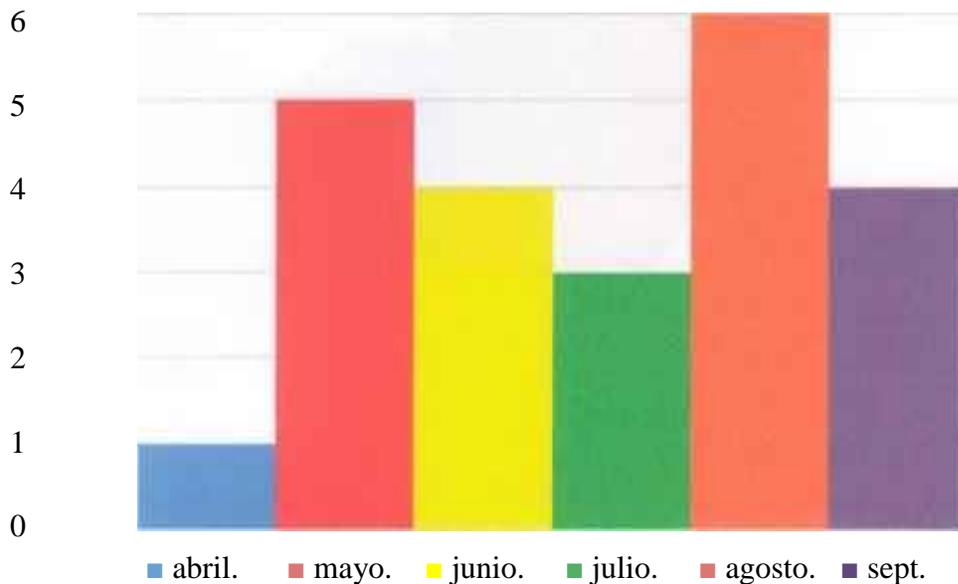
- Evaluar y dar atención psicológica a los profesionales que se desempeñan en situaciones de catástrofe, enfocándose específicamente a prevenir el Síndrome de Bumout.

4.4.1 Presentación de resultados

4.4.2 Programa de atención de casos

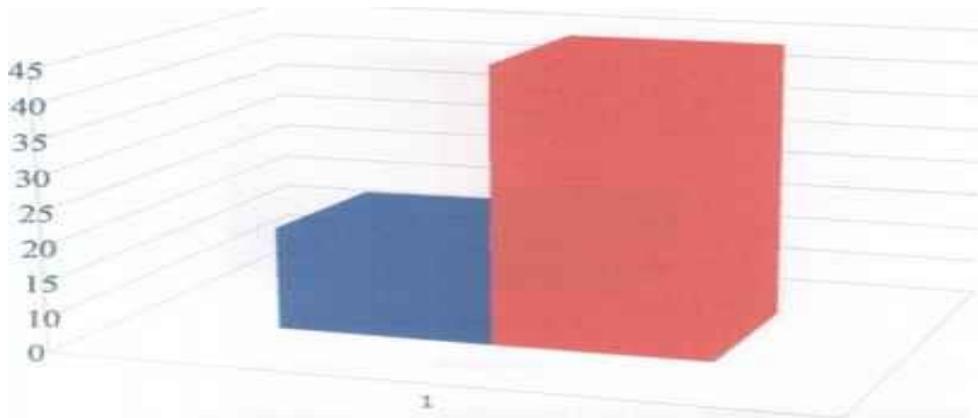
Gráfica 1 Casos atendidos por mes

No. de casos 23



Fuente: 23 pacientes atendidos en el Centro de Salud de Chimaltenango

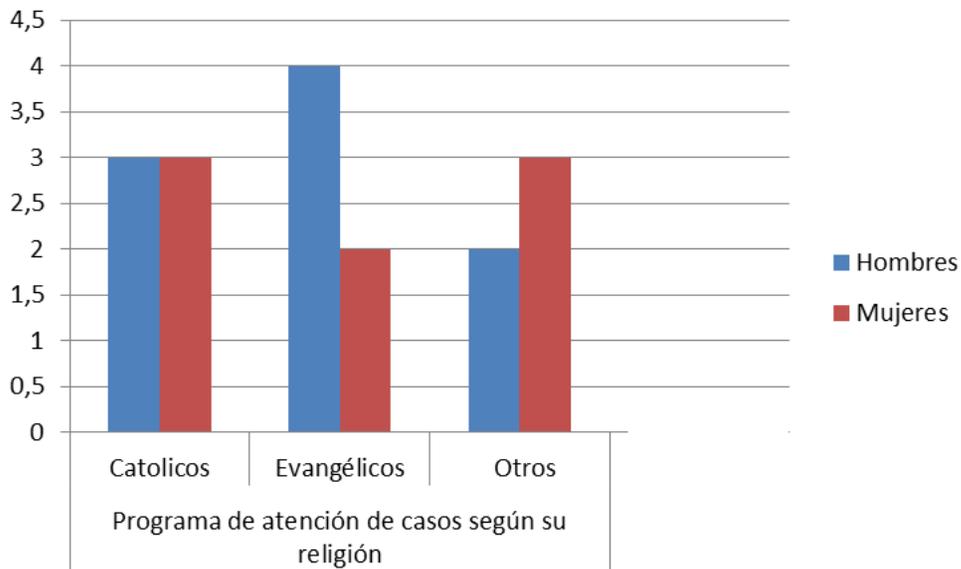
Gráfica 2 Rango de edades del programa de atención de casos



Masculino 3 ■ Femenino 7

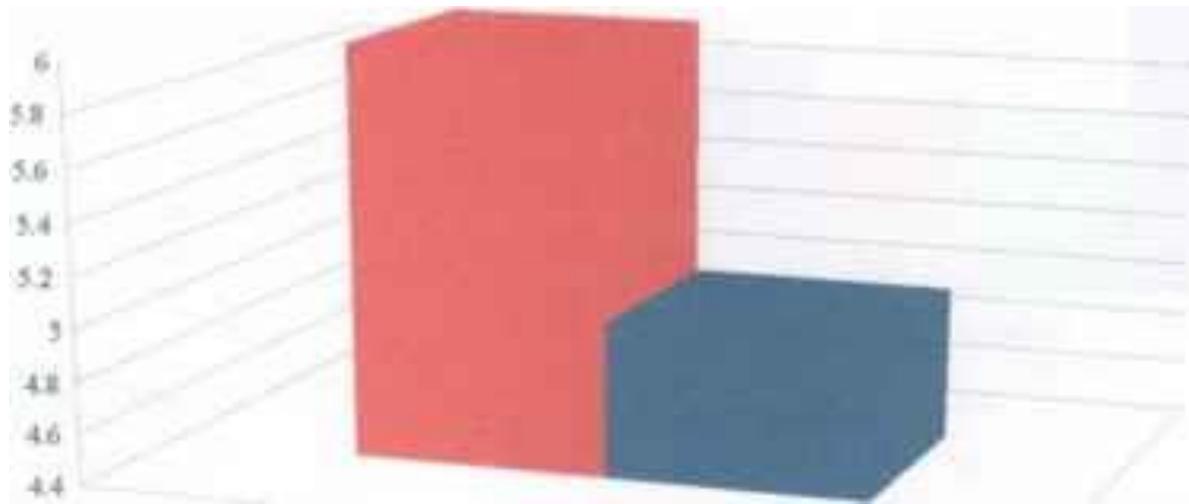
Fuente: edades de los pacientes atendidos en el centro de práctica.

Gráfica 3 Programa de atención de casos según su religión



Fuente: 17 casos de religiones atendidos en el Centro de Salud de Chimaltenango.

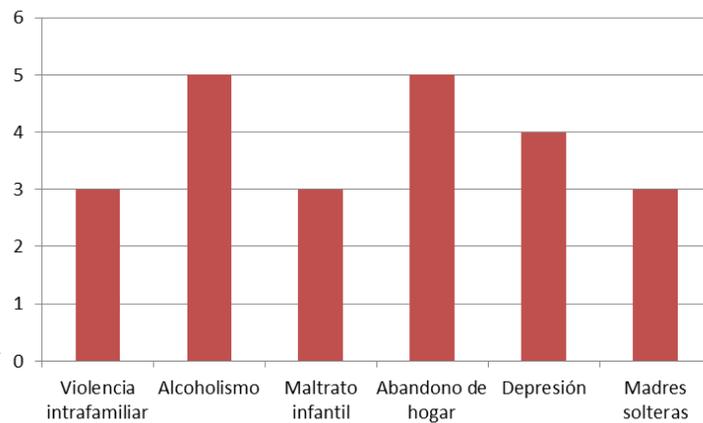
Gráfica 4 Programas de atención de casos sexo femenino y masculino



■ Femenino ■ Masculino

Fuentes: 10 pacientes que llevaron su tratamiento con psicoterapias 6 mujeres y 4 hombres en el Centro de Salud de Chimaltenango.

Gráfica 5 Programa de atención de casos principales problemas atendidos



Fuente: Problemas más comunes en la mayoría de paciente atendidos en el Centro de práctica

4.4.3 Análisis de datos

1. En la gráfica 1 se observa que hubo buena afluencia de los pacientes ya que anteriormente había un psicólogo pero por falta de recursos del Estado guatemalteco no puedo seguir trabajando, pero en el desarrollo de la Práctica Profesional Dirigida se manifestó la cálida aprendida en clases y por eso iba en aumento las visitas de los pacientes.
2. En la gráfica 2 se observa que las mujeres fueron las que más participaron y que mostraron más necesidad que los hombres debido al machismo que aun se vive en esta sociedad.
3. En la gráfica 3 en las mujeres se observa que la demanda fue más en las personas que son evangélicas algo que sorprende debido a los conceptos errados que muchos evangélicos tienen acerca de la psicología.
4. En la gráfica 4 se observa que las mujeres muestran más necesidad que los hombres, debido a los conceptos machistas que aun se dan en la sociedad chimalteca.
5. En la gráfica 5 se observa que el alcoholismo fue lo que tuvo más demanda seguido de la violencia intrafamiliar, luego madres solteras y depresión.

Conclusiones

En la Práctica Profesional Dirigida se desarrollan las ideas con los pacientes, dirigidos hacia su bienestar y salud mental, con esta atención psicológica se apoya al Centro de Salud erradicando conjuntamente conflictos internos.

Se hizo uso de las psicoterapias con más frecuencias la gestáltica, logoterapia, dando un resultado positivo y satisfactorio en la vida de los pacientes y se dio a conocer el carácter profesional formado en la universidad, a la hora de la Práctica Profesional Dirigida, con cada uno de los pacientes participes de la misma.

Se muestra a través de los casos atendidos el compromiso que uno asume como profesional de psicología y se manifiesta el interés de investigar nuevas formas y nuevas herramientas que favorecen un psicoanálisis más completo.

El ojo clínico se desarrolló por las clases impartidas en los salones de clase de la universidad y luego que en la hora de la práctica se alcanzaron las competencias que los catedráticos se propusieron y con la experiencia alcanzada se logró el interés mostrado en cada clase recibida, y fomentando profesionalismo a nosotros los alumnos, los catedráticos de la universidad.

Las investigaciones de cada método de cada psicoterapia se alcanzan por el trabajo en equipo de cada compañero y compañera y así plantearlos y ponerlos en práctica en la ejecución de un caso y formar un carácter profesional en el ámbito de la psicología para poder ayudar a los que requieran nuestro servicio en la sociedad.

Recomendaciones

A los centros de prácticas se les recomienda que tengan una oficina directamente de psicología para las sesiones terapéuticas y tomar en cuenta que se necesita materiales audio visual para dar una mejor impresión y buen manejo a los pacientes que buscan un bienestar mental.

Que el uso de las psicoterapias sean dominadas por los estudiantes para dar una mejor impresión profesional a la hora de realizar la Práctica Profesional Dirigida, para evitar malos comentarios que dañan a la universidad y a los buenos estudiantes y así lograr que se dé la calidad para mejorar salud mental que se promueve.

Que la universidad realicen visitas a los centros de práctica, para ver el compromiso profesional que asume cada estudiante de psicología, verificando si desarrolla las nuevas técnicas para un buen psicoanálisis y un buen psicodiagnóstico, que ayuden y favorezcan a los y las pacientes y que ellos se sientan cómodos en cada sesión impartida por los estudiantes de psicología.

Mantener la calidad e integridad que ofrece la universidad en el tema de psicología, ya que por tener catedráticos concedores de psicología, generan responsabilidad de un buen ojo clínico en cada alumno para que en el transcurso de la práctica, alcancen las competencias de cada catedrático que se propusieron para que cada alumnos de psicología realice un buen psicodiagnóstico en los casos que atienda.

Crear una clínica psicológica para que los y las alumnas de psicología puedan asistir a una psicoterapia, para que adquiera un conocimiento de cómo él o ella realizará cuando este enfrente de los pacientes que lo o la busquen, y así enriquezca su conocimiento laboral; esto para que el alumno o alumna sepa a qué se va a enfrentar y lo que debe de desarrollar como profesional de psicología.

Referencias

- Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prestice-Hall.
- Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
- Belloch , A y Sandísn B.(1,997) *Manual de Psicopatología, volumen 1*,España: Mcgraw-Hill.
- Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
- Bolafíos E. María del Carmen. "Educación Afectivo sexual en la educación infantiF. España.
- CIE 10. (1994) *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor, Madrid.
- Del Barrio, V. (1997). *Los problemas infantiles*. Aguilar. Madrid.
- DSM-IV. (1994) *Diagnostic and statistical anual of mental disorders, 41 edition*, APA, Washington, D.C.
- Ellis, A y Grieger, R: (1990) *Manual de terapia racional emotiva. Volumen 2. D.D.B, Bilbao*.
- Fernandez Ballesteros, R: (1981).*Psicodiagnóstico*. UNED, Madrid.
- Fine, C.G: (1997).(/w modelo de terapia cognitiva para el tratamiento de los trastornos disociativos de identidad y de problemas similares. En- Caballo, V.E: *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1. Siglo XXI, Madrid*.

- Freeman, A y Reinecke, M. A: (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. DDB, Bilbao.
- Gluhoski, V.L y Young, J.E: (1997). *El estado de la cuestión en la terapia cognitiva centrada en esquemas*. En: Caro Gabalda, I: *Manual de psicoterapias cognitivas*, Paidós, Barcelona.
- Lieberman, R.P: *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Martinez Roca, 1995.
- Neimeyer, R.A y Mahoney, M: (1998). *Constructivismo y psicoterapia*. Paidós, Barcelona.
- Ramírez-Basco, M y Thase, M: (1991). *Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares*. En-Caballo, V.E: *Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI, Barcelona.
- Ribes, E: *Psicología y salud*: (1990). *Un análisis conceptual*. Martínez Roca, Barcelona.
- Ruiz, J.J: (199A). *Fundamentos de psicoterapia cognitiva*. 1 "Edición. A demanda, Jaén.
- Vallejo, J : (1988). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat.
- Watzlawick, P; Wekland, J.H y Fisch, R: (1989). *Cambio*. Herder; Barcelona.

Anexos

Fotografías

