

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



Intervención psicológica en el Hospital de Día Roosevelt
(Informe final)

Karla Inova Tible Díaz
Guatemala, marzo de 2009

Intervención psicológica en el Hospital de Día Roosevelt
(Informe final)

Karla Inova Tibble Díaz (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Guatemala, febrero de 2009

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN


ASUNTO: **Karla Inova Tible Dáiz**

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN No.11/2009 DE FECHA 22/02/2008.

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 Psicopedagogía se resuelve:

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


M.A. Jose Ramiro Bolaños Rivera
Decano



C.c. archivo
mc

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, 21 de noviembre de de dos mil ocho.**

*En virtud que el **Informe Final de Práctica Profesional Dirigida**
presentado por: la alumna*

KARLA INOVA TIBLE DIAZ


*cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la
universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el
proceso correspondiente.*



Licenciada Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN, Guatemala veinte y tres de enero del dos mil nueve.-----

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Intervención Psicológica en el Hospital de Día Roosevelt". Presentada por la estudiante: Karla Inova Tible Díaz, previo a optar al grado Académico de Licenciatura, 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 DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, Guatemala a los treinta días del mes de enero del dos mil nueve.-----

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Intervención Psicológica en el Hospital de Día Roosevelt"**, presentado por **KARLA INOVA TIBLE DÍAZ**, 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 Práctica Profesional Dirigida.


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



Guatemala 28 de enero de 2008.

José Ramiro Bolaños
Decano
Facultad de Educación M.A.
Universidad Panamericana
Ciudad, Guatemala

Distinguido Lic. Bolaños:

Por medio de la presente yo, Karla Inova Tible Diaz estudiante de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social en la Universidad Panamericana situada en la ciudad capital; solicito su colaboración para que autorice mi práctica profesional dirigida, en el Hospital de Día Roosevelt, ubicado en la calzada Roosevelt zona 11 ciudad capital.

Agradeciendo de antemano, su colaboración y pronta respuesta, quedo de usted

Atentamente,

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACION

28 ENE 2008

RECIBIDO

FIRMA:

(f)

Karla Inova tible Diaz



Sabiduría Ante Todo,

Adquiere Sabiduría

**Guatemala 27 de Febrero de 2,007.
Ref.F.E. 059**

*Para
Karla Inova Tible
Presente*

Estimada Estudiante:

En atención a su nota emitida en la cual solicita autorización para realizar su Práctica Profesional Dirigida esta Decanatura resuelve:

Aprobar su Solicitud

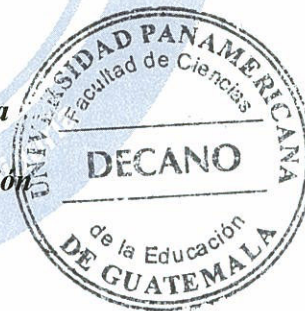
Quedando aprobada a partir del mes de Febrero del año 2,008.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente.

M.A. José Ramón Bolaños Rivera
Decano

Facultad de Ciencias de la Educación



C.c. Archivo



Guatemala, febrero de 2008.

Licda. Rosa María España
Depto. De Recursos Humanos
Hospital Roosevelt
Guatemala

Respetable Licenciada :

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

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

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

Atentamente,

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica

M.A. Jose Ramiro Bolaños Rivera
Decano Facultad de Ciencias de la Educación





GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
HOSPITAL ROOSEVELT
TELEFONO: 2471 3598
GUATEMALA, C. A.

Oficio No. RRHH 260-2008
Guatemala, 28 de Marzo, 2008

Doctor
Marco Augusto Guerrero
Jefe de Pediatría
Presente

Estimado Doctor:

Deseándole éxitos en sus labores. Nos dirigimos a usted respetuosamente con el propósito de informarle que por parte de la universidad Panamericana nos ofrecen apoyo para su departamento en el área de psicología, enviándonos a la estudiante **Karla Inova Tible Días**, durante el período de Abril a Agosto por lo que agradecemos pueda autorizar para que ella colabore en su área.

Sin otro particular agradeciendo por colaboración y la atención prestada .

Atentamente,

Licda. Rosa María España
Desarrollo Organizacional





Hospital Roosevelt

Calzada Roosevelt, Zona II
Teléfono: 24716383 (502) fax 24716383

Jefatura de Pediatría

Oficio No. JP/102/2008
Guatemala, 31 de Marzo de 2008

Licenciada
Rosa Maria España
DESARROLLO ORGANIZACIONAL
Hospital Roosevelt
Presente



Estimada Licenciada España:

En respuesta a su Oficio No. RRHH 260-2008, para que la estudiante **KARLA INOVATIBLE DÍAS**, pueda realizar su práctica en el área de psicología durante los meses de abril a agosto, en los diferentes servicios del Departamento de Pediatría, le informamos que está Jefatura coordino con los Jefes de los diferentes servicios y pueda estar a cargo de la Licda. Roció Cordón Psicóloga de nuestro departamento.

Por lo que solicitamos pueda avocarse con Licda. Cordón para que le asigne sus funciones. Agradeciendo su atención, me suscribo.

Atentamente,

Dr. Marco Augusto Guerrero Rojas
JEFE DEL DEPARTAMENTO PEDIATRIA
HOSPITAL ROOSEVELT

Dr. Marco Augusto Guerrero Rojas
Jefe del Departamento de Pediatría



MAGR/vivian

Copia: Srta. Tible, estudiante de Psicología, archivo
c.c. archivo

U. B. o.
[Handwritten signature]



Guatemala, junio de 2008.

Ing. Valenzuela
Hospital de Día
Guatemala

Respetable Directora :

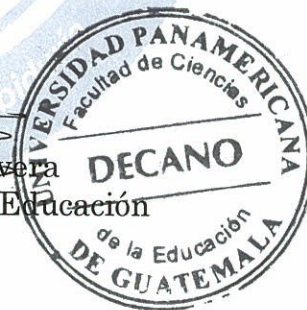
La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna **KARLA INOVA TIBLE DÍAZ** practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso en la institución que usted dignamente dirige.

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

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

Atentamente,


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





Hospital de Día
Hospital Roosevelt

Oficio No.HDD-294/2008
Guatemala, 25 de septiembre de 2008

Señores
Lic. Ramiro Bolaños
Decano Facultad de Educación
De la Universidad Panamericana

Estimados señor:

Un saludo cordial deseándole éxitos en sus labores.

Por medio de la presente estoy autorizando la Practica Profesional dirigida de la Srita. Karla Inova Tible quien se identifica con Cedula de Vecindad No. A-1 642412 como practicante del área de Psicología del Hospital de Día.

Sin otro particular quedo de usted muy atentamente,

Ligia Valenzuela
Administradora Hospital De Día


Ligia Valenzuela Aguilar
Administradora



AFG/srs
c.c. Archivo

Contenido

	Pg.
Resumen	01
Introducción	02
Síntesis descriptiva	03
Capítulo 1	04
1.1 Descripción de la institución	04
1.2 Misión	05
1.3 Visión	05
1.4 Organigrama	06
1.5 Objetivos	07
1.6 Población que atiende	07
1.6.1 Descripción de la población que atiende	08
1.7 Planteamiento del problema	08
Capítulo 2	10
2.1 Psicología clínica	10
2.1.2 El desarrollo explosivo	14
2.2 Trastornos comunes	17
2.2.1 Depresión	17
2.2.2 Ansiedad	21
2.2.3 Estrés	23
2.2.4 Estrés postraumático	26
2.3 Enfermedades psicosomáticas	30
2.3.1 Trastorno de dolor psicógeno	31
2.3.2 Hipocondriasis	32
2.3.3 Trastorno ficticio y de simulación	35
2.3.4 Síndrome de <i>munchausen</i>	36
2.3.5 Duelo	37
2.3.6 Suicidio	40
2.3.7 Violencia intrafamiliar	42

2.3.8	Abuso sexual	45
2.3.9	Enfermedades terminales y crónicas	47
2.3.10	Punto de vista médico para enfermedades como el ataque cardíaco, diabetes y cáncer	50
2.3.11	Ataque cardíaco	50
2.3.12	Diabetes	52
2.3.13	Cáncer	54
2.4	Psicopatología	55
2.4.1	Métodos de psicodiagnóstico	56
2.4.2	La entrevista	56
2.4.3	Ejes del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)	59
2.4.4	Evaluación del enfoque multiaxial (DSM)	60
2.4.5	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta. revisión (DSM-IV-TR)	61
2.4.6	Clasificación estadística internacional de enfermedades 10ma. revisión (CIE-10)	63
2.4.7	Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)	63
2.5	Psicoterapia	65
2.5.1	El psicoanálisis	66
2.5.2	El modelo psicodinámico	70
2.5.3	Terapia centrada en el cliente	71
2.5.4	Terapia existencial	72
2.5.5	Terapia cognoscitiva	74
2.5.6	Terapia conductual	76
2.5.7	Intervención cognitivo –conductual	77
2.5.8	Terapia de grupo	81
2.5.9	Terapia cognitivo-conductual	84
2.5.10	Terapia de pareja	87
2.5.11	Terapia racional emotiva (TRE)	87
2.5.12	Conclusiones	95
Capítulo 3		96
3.1	Programa de Práctica Profesional Dirigida	96
3.2	Cronograma de actividades	99

3.3	Planificación general de las actividades de la Práctica Profesional Dirigida	100
3.4	Subprograma	106
3.4.1	Programa de atención de casos	106
3.4.2	Subprograma de capacitación	109
3.4.3	Subprograma de elaboración del proyecto de salud mental	111
Capítulo 4		114
4.1	Programa de atención de casos	114
4.2	Programa de capacitación	139
4.3	Programa de elaboración del proyecto de salud mental	143
4.4	Gráficas y análisis de resultados	177
4.4.1	Presentación de resultados de atención de casos	177
4.4.2	Presentación de resultados de talleres	180
4.4.3	Presentación de resultados del proyecto de salud mental	182
Conclusiones		185
Recomendaciones		186
Referencias		187
Anexos		188

Índice de gráficas

	Pg.
Gráfica No. 1 Mayor porcentaje en el sexo femenino en pacientes preoperatorios.	177
Gráfica No. 2 Meses del año y edades en los que se trabajo y atendió a más pacientes	178
Gráfica No. 3 Trastornos más frecuentes en pacientes preoperatorios	179
Gráfica No.4 Charlas impartidas en la empresa Poscret S.A	180
Gráfica No.5 Mes utilizado para capacitar al personal de la empresa Poscret S.A	181
Gráfica No.6 Charlas impartidas en el proyecto de salud mental en la aldea Lo de Coy Mixco	182
Gráfica No.7 Mayor interés por la psicoterapia individual en el proyecto de salud mental	183
Gráfica No 8 Temas impartidos en la capacitación grupal	184

Resumen

El desarrollo del presente trabajo constituye la aplicación de la Práctica Profesional Dirigida en el quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana. Este trabajo tiene como objetivo fundamental dar a conocer lo que se realizó durante dicha práctica, para lo cual se presentan los capítulos siguientes, que contienen el marco de referencia en el cual se menciona la descripción del Hospital de día Roosevelt donde se realizó la práctica.

El referente teórico contiene la información de los temas investigados que sirvieron de base para la aplicación de la práctica; tomando en cuenta las temáticas principales las cuales se estudiaron, haciendo un análisis sobre la forma en que se ve afectada la población que asiste al Hospital de Día Roosevelt, lugar donde se realizó la práctica.

En el referente metodológico se presenta la metodología utilizada durante el trabajo, usando algunos instrumentos tales como: programas, planificaciones y agendas. Se dan a conocer los subprogramas de atención de casos y de capacitación, incluyendo las historias clínicas y el contenido de los talleres dados.

En la presentación de los resultados se muestran los logros obtenidos durante el trabajo de la práctica, se presentan algunos de los casos atendidos y el contenido de las capacitaciones y conferencias dadas. Se pueden visualizar a través de gráficas los hechos más notables del trabajo realizado en el Hospital de Día Roosevelt durante el ciclo 2008.

Introducción

El presente informe, de la practicante de Psicología y Consejería Social, se propone compartir, lo que ha sido la práctica profesional dirigida en la institución del Hospital de Día Roosevelt en la Ciudad de Guatemala, haciendo una reflexión de los problemas que afectan a los pacientes pre-operatorios, dentro de un contexto social, siendo estos la depresión, angustia, estrés, miedo a la muerte por enfermedad, duelo, abuso físico, psicológico y sexual del niño, intentos de suicidio, violencia intrafamiliar, incesto, baja autoestima etc. Dichos problemas son vivenciados a diario por la población estudiada dando una manifestación a la necesidad de atención que tienen al ser víctimas de distintos tipos de enfermedades, incluyendo las enfermedades psicosomáticas.

Tanto el Hospital Roosevelt como el Hospital de Día Roosevelt, brindan ayuda gratuita a personas adolescentes, niños, adultos y ancianos de distintos sexos y edades que atraviesan por problemas de salud física y emocional, ayudándolos así, a restaurarla.

Hoy en día es una realidad que se han incrementado las enfermedades físicas en toda la población mundial, no importando el nivel socioeconómico. También afloran las enfermedades emocionales como respuesta al estrés que conlleva síntomas no solo físicos sino psicosomáticos, por el ritmo tan acelerado de vida que llevan las personas cotidianamente, un estrés crónico, que al no ser detectado a tiempo, comienza a verse afectada la salud física ya que el sistema inmunológico de muchas personas tiende a disminuir y por ende, la persona se vuelve más susceptible no solamente a infecciones, enfermedades físicas sino a trastornos psicosomáticos.

Síntesis descriptiva

El presente trabajo de Práctica Profesional Dirigida se realizó en el Hospital Roosevelt y el Hospital de Día Roosevelt. La terapia que se utilizó tanto para niños, adolescentes, adultos y pacientes pre-operatorios fue la terapia breve y de emergencia como modelo de intervención.

La intervención en crisis no alcanza a abordar todos los problemas importantes, ya que ésta evita aspectos mucho más profundos ligados al desarrollo de la personalidad o trastornos de salud mental grave por el número tan reducido de citas de las que dispone el practicante en psicología para tratar a diario a pacientes distintos con diferentes problemas. El tiempo tan reducido que tienen los practicantes de psicología para abordar una gran cantidad de casos, no es nada fácil ya que se está hablando de una ayuda emergente; sin embargo, tanto en el Hospital de Día Roosevelt como en el Hospital Roosevelt el trabajo de práctica apuntó al desarrollo de habilidades que le permitirían al paciente prepararse y anticipar futuras situaciones de estrés, incluyendo entre estas, habilidades para la construcción de un mejor vínculo por parte del practicante de psicología hacia el sistema de salud mental del Hospital Roosevelt quienes se encargarían de seguir dándole tratamiento al paciente.

Los casos de los niños/as víctimas de abuso intrafamiliar que se presentaron fueron resueltos con la mayor brevedad posible en beneficio del paciente, los cuales fueron enviados a otros hogares para su bienestar físico y psicológico, evitando así cualquier cercanía de parte del grupo primario ya que según se pudo observar el grupo en mención, complicaba nuevamente el cuadro clínico del paciente; por lo tanto se presentó por escrito una orden de parte del Juez de Familia donde se confirmaba el egreso inmediato del paciente a otros centros ofreciéndoles una mejor calidad de vida.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

El propósito de este capítulo es proporcionar un marco de referencia que se considera necesario para ubicar adecuadamente la institución en la cual se llevó a cabo la Práctica Profesional Dirigida.

La descripción de la institución da una pauta de cómo está organizada o estructurada, así mismo, la descripción de la población que se atiende y el planteamiento del problema que se estudió durante dicha práctica.

1.1 Descripción de la institución

El Hospital de Día Roosevelt está situado en la Calzada Roosevelt zona 11 del departamento de Guatemala. La directora que se encuentra a cargo de la institución es la Ingeniera Ligia Valenzuela.

El Hospital de Día Roosevelt da inició en febrero de 1995 gracias a las donaciones de equipo médico quirúrgico del gobierno y república del Japón, para atender pacientes con procedimientos electivos con recursos limitados. El equipo donado para la Unidad de Hospital de Día Roosevelt, es para efectuar procedimientos por video laparoscopia diagnóstica y operatoria. En un comienzo dichas intervenciones fueron realizadas solamente por el médico León Arango Portillo quien estaba al frente de la Dirección General de Servicios Hospitalarios del Hospital de Día Roosevelt.

El Hospital de Día se crea en la solicitud global para equipar 12 hospitales, en ese entonces todas las actividades de intervención quirúrgica estaban divididas entre los Hospitales de Área Nacional, Regional y Distrital.

La unidad de Hospital de Día Roosevelt es una entidad no lucrativa atendiendo a personas adolescentes, adultos y ancianos de diferentes sexos, no importando el nivel socioeconómico o religión que tengan los pacientes.

El Hospital de Día Roosevelt le ahorra millones de quetzales al Hospital Roosevelt ya que en muy raros casos se quedan ingresados en el Hospital de Día Roosevelt de lo contrario, la estancia de los pacientes es solamente por horas ya que la mayoría entra al plan de cirugía ambulatorio gracias a la colaboración que prestan autoridades de Hospital Roosevelt en sus diferentes departamentos, donativos que brindan a los pacientes atendidos o empresas altruistas que colaboran con su donación.

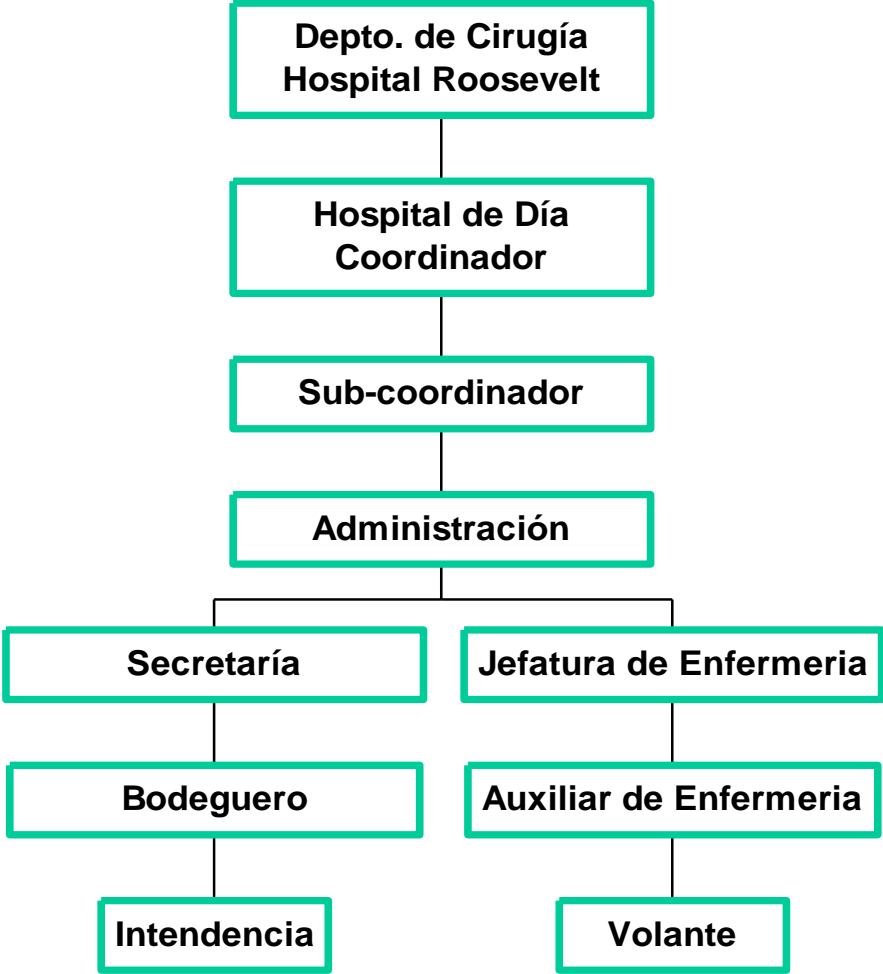
1.2 Misión

Proveer un servicio médico quirúrgico de excelente calidad que, mediante la utilización de tecnología avanzada y recursos humanos competente y motivado mejore la calidad de vida de nuestros usuarios permitiéndoles reintegrarse a sus actividades diarias en el menor tiempo posible.

1.3 Visión

Ser una unidad de atención hospitalaria ambulatoria, que provea servicios accesibles, oportunos y de calidad en respuesta a las demandas de salud de la población y de nuestros estudiantes.

1.4 Organigrama del Hospital de Día Roosevelt



1.5 Objetivos

a) Objetivo general

- Poseer servicios médicos con énfasis en la calidad y atención del usuario.
- Ofrecer al paciente seguridad y efectividad en su tratamiento médico quirúrgico.
- Centralizar el cuerpo médico y la tecnología avanzada poniéndolo al alcance de la clase más necesitada a un mínimo costo.
- Disminuir la lista de espera para cirugía electiva de la consulta externa del Hospital Roosevelt.

b) Objetivos específicos

- Proporcionar a los pacientes la oportunidad de regresar ese mismo día a sus hogares guardando reposo y los cuidados necesarios para poder reintegrarse lo antes posible a su vida cotidiana.
- Facilitar los medios para que el personal del Hospital de día Roosevelt pueda asistir a conferencias u otras oportunidades de crecimiento profesional.
- Brindar a los pacientes preoperatorios mejores estrategias y metodologías de servicio de salud adecuadas garantizando su pronta recuperación.
- Ofrecer oportunidad de crecimiento al profesional en salud.

1.6 Población que atiende

El Hospital de Día Roosevelt es una entidad no lucrativa que atiende a personas adolescentes, adultos y ancianos de diferentes sexos, no importando el nivel socioeconómico, nivel intelectual y religión. Los pacientes solamente hacen uso de las instalaciones del Hospital de día Roosevelt por unas horas ya que la mayoría de pacientes que se atiende entra al plan de cirugía ambulatorio, solamente en casos muy contados los pacientes pueden quedar ingresados en el Hospital de Día Roosevelt para luego ser transferidos al Hospital Roosevelt.

1.6.1 Descripción de la población que atiende

El Hospital de Día Roosevelt ofrece una serie de beneficios para el paciente preoperatorio adolescente, adulto y anciano de ambos sexos, sin importar la religión, el nivel cultural, económico o social del paciente. Aunque también se atienden emergencias por accidentes, problemas de violencia intrafamiliar, eventos traumáticos, enfermedades crónicas y todo tipo de dolencias comunes.

El beneficio que ofrece el Hospital de Día Roosevelt es altamente profesional tanto en conocimientos médicos como en tecnología, sin dejar de mencionar que no lucra con los servicios prestados ya que todos son completamente gratuitos incluyendo los exámenes de rayos x, exámenes de laboratorio como un gran descuento en medicinas.

Como prioridad ofrece al paciente una atención individual esmerada, atención en el ambiente hospitalario con todas las garantías y soportes con los que debe de contar un buen hospital, como servicios sanitarios completamente limpios y desinfectados, medicamentos necesarios sin costo alguno utilizados en sala de operación como en el área de recuperación todos estos servicios se dan con un alto nivel de calidad ya que la mejoría del paciente para el Hospital de Día Roosevelt es fundamental.

La existencia del Hospital de Día Roosevelt presupone además de los beneficios enumerados, una alternativa ideal para el acercamiento de los servicios de salud a la comunidad como también una importante oportunidad de docencia al estudiante que realiza sus prácticas profesionales.

1.7 Planteamiento del problema

Durante el tiempo de Práctica Profesional Dirigida realizada en el Hospital de Día Roosevelt y el Hospital Roosevelt se pudo observar que los principales problemas que afectan a la población son en primera instancia la depresión, el estrés, la ansiedad, las ideas suicidas, el temor a la muerte por enfermedad o por la intervención quirúrgica a que va a ser sometido, también llegan pacientes que están viviendo violencia intrafamiliar.

La mayoría de pacientes lucen angustiados, no solo por el simple hecho de llegar a ser intervenidos quirúrgicamente sino que también a veces, no saben si algún tumor que será extirpado podría ser maligno y así, apresurar su muerte, y dejar a sus familias sin un aporte económico o bien, dejar en la orfandad a sus hijos.

Se ha observado que la atención que se le brinda al paciente en cuanto a salud física se refiere, no es suficiente, actualmente los médicos han comenzado a darse cuenta de lo importante que resulta que a los pacientes pre-operatorios se les pueda brindar un buen servicio en salud mental, ya que los pacientes al ser intervenidos quirúrgicamente no presentan los problemas en sala de operación que usualmente presenta los pacientes cuando no han sido atendidos a nivel psicológico también tienen una mejor recuperación y se sienten motivados para mejorar su vida.

El problema es que aún sabiendo que esta ayuda es importante para los pacientes, el Hospital de Día Roosevelt aún no cuenta con un presupuesto que permita ofrecer permanentemente ese servicio. Es por ello que la falta de servicio profesional de Psicología no puede pasarse desapercibido ya que es, una herramienta fundamental para que el paciente recupere su salud física prontamente.

Capítulo II

Referente teórico

Introducción

El presente capítulo contiene las temáticas principales estudiadas durante la Práctica Profesional Dirigida ayudando esto a comprender de mejor manera los problemas trabajados durante este ejercicio profesional en el que fue necesario, analizar y aplicar el conocimiento y destrezas adquiridas con el fin de dar un buen servicio psicológico a la población atendida.

2.1 Psicología clínica

Es una rama de la psicología que investiga y explica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente para reducir sus síntomas y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mejor sentido.

La psicología clínica tiene un aspecto característico que la distingue aunque no de manera obvia, de las otras ramas de la psicología. Es lo que ha sido llamado actitud clínica o percepción clínica o sea, la orientación exclusiva que tiene el psicólogo clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica, y de otro tipo, con sus esfuerzos que hace para evaluar a una persona particular para poder entenderla y ayudarla. La misma palabra clínico, viene del griego y significa, el que visita al que guarda cama y de la misma manera que en la medicina, indica la preocupación que el clínico tiene por ayudar a quienes están en problemas, siempre en su contexto de atención individualizada.

En el área de la psicología clínica la idea generalizada de que el psicólogo clínico es un psicoterapeuta o un especialista en pruebas es, en el mejor de los casos como todos los estereotipos, parcialmente objetiva. La investigación, que como ya se mencionó es un aspecto fundamental de esta especialidad, es poco conocida, y menos aún otras actividades de los psicólogos clínicos, como la enseñanza, la consulta y la administración. No parecería exagerado decir que un gran número de psicólogos clínicos se dedican a una combinación de estas seis actividades como la evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultoría y administración.

Al hablar de la distribución de los psicólogos por sus funciones no todos los psicólogos se dedican a las seis funciones ya mencionadas. Hay quienes se dedican en forma casi exclusiva a un solo tipo de actividad, mientras que otros se dedican a varias. Para muchos psicólogos clínicos, la posibilidad de distribuir su tiempo entre varias actividades es uno de los aspectos más importantes de su carrera, y los resultados de varias encuestas realizadas durante los últimos veinte años forman un modelo de actividades bien definido. Desafortunadamente, cada encuesta investiga la actividad de los psicólogos de distinta manera, pero aún así se puede tener una imagen de las múltiples tareas a la que se dedican.

Garfield y Kurtz (1976) y *Kelly (1961)* encontraron que más del 50% de los psicólogos encuestados tenían dos trabajos y algunos tenían tres o más. Incluso quienes tenían un solo trabajo, se dedicaban a muchas actividades en ese único trabajo. Esos datos y otros semejantes, están causando cierta preocupación, porque parece indicar que los psicólogos clínicos están abandonando la investigación, campo en el que habían tenido siempre gran participación. En lo que se refiere a las actividades de servicio, se nota una tendencia creciente a dedicarse al tratamiento, abandonando cada vez más la evaluación.

Aunque las raíces históricas de la psicología clínica estaban en la filosofía, y aunque muchos de los primeros psicólogos se preocupaban por problemas filosóficos como el de las relaciones entre espíritu y cuerpo, esta disciplina enfocó estos y otros aspectos de la conducta humana por medio de investigaciones, utilizando como método las armas poderosas de la ciencia siendo la observación y la experimentación. Así la historia original de la psicología comienza oficialmente en el laboratorio de psicología de *Wundt* en la Universidad de *Leipzig*. En el momento en que comenzó a surgir la psicología Clínica, unos 17 años después de que *Wundt* fundara su laboratorio, ya estaba establecida la tradición de la investigación experimental para la psicología. En ese momento ya había laboratorios de psicología en la mayor parte de las universidades de Europa y de los Estados Unidos, y los psicólogos de aquel tiempo estaban muy ocupados experimentando las sensaciones, la percepción, la memoria, la asociación, las emociones, los tiempos de las reacciones y muchos otros aspectos de la conducta humana. Resultó espontáneo que los primeros psicólogos clínicos, con formación de psicólogos, habituados ya a pensar como científicos y a usar los métodos de laboratorio, utilizaran estos sistemas en los problemas clínicos.

El éxito obtenido fue irregular, pero la tradición de investigación que aportaron quedó establecida y fue creciendo en el nuevo campo hasta el día en que la psicología clínica fue aceptada como una profesión cuyos expertos investigan y valoran los conocimientos que se van adquiriendo en los aspectos clínicos de la conducta humana y en los modos como puede cambiar el comportamiento.

La tradición de investigación presente en la psicología ha llevado siempre a los psicólogos clínicos a investigar experimentalmente la precisión y el valor de su trabajo. Desde el principio, los psicólogos clínicos han usado los métodos de laboratorio para hacer la evaluación de lo que están haciendo. Estas investigaciones han aumentado paulatinamente la popularidad de que goza la psicología clínica al ir descubriendo la utilidad de esta especialidad. La tendencia que tienen los psicólogos clínicos a realizar evaluaciones a fondo, los ha llevado a la investigación de los mismos métodos que emplean, como muchos otros psicólogos, que investigan con frecuencia con que eficacia están llevando a cabo sus investigaciones

a) Historia

A fines del siglo XIX, estaban dadas las condiciones para que pudiera aparecer como disciplina independiente. La psicología se consideraba ya como ciencia, y algunos psicólogos estaban comenzando a aplicar los métodos científicos al estudio de las diferencias individuales. Además, la consideración dinámica del comportamiento estaba por surgir en psiquiatría, abriendo nuevos y amplios campos a los psicólogos que se interesaban en las desviaciones del comportamiento.

El primer psicólogo clínico reconocido como tal apareció en este contexto histórico. Se trata de un americano de nombre *Lighthner Whitmer*. Antes de recibirse, estudió en la Universidad de *Pennsylvania*, bajo la dirección de *James Mckeen Catell*, y después de graduarse en 1888 siguió los pasos de su famoso maestro, yendo a *Leipzig* para comenzar su doctorado en psicología con *Wundt*. Witmer recibió su doctorado en 1892 y fue nombrado director del laboratorio de psicología de la Universidad de *Pennsylvania*, que había quedado sin titular el mismo año, al incorporarse *Catell*, a la Universidad de *Columbia*.

La postura que tomó *Witmer* desde el principio fue hacer el diagnóstico del problema del niño, para administrar después el procedimiento apropiado para curarlo. En este primer caso, por ejemplo, resultó que el alumno de la señorita *Maguire* tenía un problema de visión, *Witmer* le recomendó el uso de lentes e hizo que el niño fuera seguido de cerca. El segundo caso de *Witmer* fue el de un niño con problemas de lenguaje, *Witmer* lo solucionó proporcionándole un maestro de lenguaje. Hay ciertos aspectos en estos primeros casos que durante mucho tiempo caracterizaron el trabajo clínico posterior como los siguientes.

-Los pacientes eran niños. Eso fue natural, porque *Witmer* había estado dando un curso de psicología infantil que había sido tomado por maestros interesados en ayudar a sus discípulos.

-Las demandas de ayudar a los pacientes se hicieron porque ya había precedido algún tipo de diagnóstico.

-*Witmer* no trabajó solo. Pidió la ayuda de otros expertos, iniciando lo que después se llamó trabajo de equipo, en el que profesionistas de distintas especialidades contribuyeron a la solución de cada caso determinado.

-Había interés explícito por prevenir futuros problemas, con el diagnóstico y el tratamiento que se daba. En la convención de 1896 de la *American Psychological Association* que tenía entonces cuatro años de fundada, *Witmer* comunicó a sus colegas que había descubierto un nuevo tipo de psicología y describió sus elementos básicos. *Joseph Collins*, su amigo allí presente, describe como sigue la escena: *Witmer* dijo que la psicología era el resultado del examen de muchos seres humanos, uno tras otro, y que el método analítico de discernir las capacidades y defectos mentales va desarrollando una clasificación ordenada de la conducta observada mediante generalizaciones post-analítica. Dijo que la clínica psicológica es una institución de servicio social y público, útil para hacer investigaciones originales y para enseñar a los estudiantes la ortogénesis psicológica que incluye orientación vocacional, educativa, correctiva, de higiene, industrial y social. La única reacción que obtuvo fue que arquearan ligeramente las cejas algunos de los miembros de mayor edad de la asociación.

Un importante desarrollo del siglo XX del que *Witmer* no quiso saber nada fue el diagnóstico de adultos. Se inició en los laboratorios de psicología que se habían instalado en varios hospitales de enfermos mentales (en *Massachusetts, McLean y Boston*) y otros lugares como Washington D.C para ayudar al diagnóstico y tratamiento de los casos de lesiones cerebrales y de otros problemas. Después de 1907, el examen psicológico de todos los pacientes se hizo por rutina, y se comenzaron a hacer diagnósticos en las prisiones para identificar a los presos que estuvieran enfermos y para elaborar los planes de rehabilitación. (*Rotter,1971*). Esto despertó el interés de los psicólogos por los adultos se fue convirtiendo en el aspecto central de la psicología clínica, *Witmer* nunca quiso orientarse en este sentido.

El aspecto que quizás sea el más importante, fue que *Witmer* nunca quiso unirse a otros psicólogos interesados en la psicología clínica en adoptar las teorías freudianas sobre el comportamiento normal y anormal que estaban cobrando fuerza en psiquiatría. La psicología clínica se incorporó a este movimiento por la estrecha colaboración que los psicólogos prestaban a los psiquiatras en los laboratorios de los hospitales de enfermedades mentales y en las clínicas de orientación infantil, en las que, a pesar de ser dirigidas frecuentemente por psiquiatras, casi siempre tenían psicólogos prestando allí sus servicios.

2.1.1 El desarrollo explosivo

Como en tiempos de la Primera Guerra, cuando Estados Unidos entró en la Segunda Guerra Mundial, fue necesario hacer en masa al personal del ejército pruebas de inteligencia, de aptitudes y personalidad. Nuevamente se formó un comité de psicología para hacer frente a la tarea; la psicometría (medida de la mente) y la clínica eran mucho más complejas que en tiempos de la comisión *Yerkes*, por lo que este comité produjo pruebas psicológicas más numerosas, entre las que se cuentan el *Army General Classification Test* (pruebas para aplicarse en grupo), un cuestionario de diferenciación psiquiátrica llamado el *Personal Inventory*, pruebas breves de inteligencia, formas resumidas del *Rorschach* (prueba de mancha de la tinta) y el test temático de apercepción de apercepción (*TAT*) y varias pruebas de aptitudes para la selección de oficiales, pilotos y de otros más.

El interés por la psicología clínica quizás no hubiera pasado a mayores si no hubiera sido por lo mucho que quedaba por hacer. La guerra había dejado a 40,000 personas en hospitales neuropsiquiátricos pertenecientes a la Asociación de Veteranos de Guerra (VA). La ayuda que se brindó fue poca ya que no se contaba con la necesaria cantidad de psicólogos y psiquiatras para hacer frente a las necesidades tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Mientras que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y los departamentos de psicología de las universidades habían demostrado inseguridad acerca del *status*, la educación y el papel que el psicólogo clínico debía tener, las necesidades de la VA de 1946 se definía al psicólogo clínico como el profesional que se dedica al diagnóstico, al tratamiento y a la investigación de los desórdenes del comportamiento de los adultos y se describiría a los psicólogos clínicos como *Ph. D. (Philosophical Doctors)*. Y lo que es más importante, la VA declaraba necesitar 4700 psicólogos para otros tantos puestos bien pagados y de gran prestigio, manifestándose dispuesta a facilitar ayuda económica para su formación, *Hataway* (1957, p. 107) dice “Este documento, más que cualquier otro factor, sirvió para el desarrollo de la psicología clínica”. Cuando se tiene en cuenta esta situación, se puede entender porqué no todos los departamentos de psicología que iniciaron cursos de formación después de la guerra, lo hicieron con gran entusiasmo. Los catedráticos que sentían simpatía o que habían hecho trabajo clínico durante la guerra, consideraban el apoyo económico del gobierno como una bendición, mientras que aquellos que estaban dedicados a la psicología como ciencia pura, objetaban la instauración de una formación orientada al profesionalismo por considerarla una intrusión que se estaba dando únicamente porque el gobierno estaba pagando.

La VA y el Servicio de Salud Público de los Estados Unidos (*United States Public Health Service. USPH*) siguieron adelante con sus planes de financiamiento y pidieron asistencia a la APA para que indicara qué programas de tipo universitario valía la pena apoyar con fondos de la federación.

Así comenzó lo que debería llegar a ser una nueva experiencia educativa; la formación del estudiante como científico y como practicante, no en dos escuelas profesionales distintas (como en el caso de leyes y medicina) sino en los cursos de postgrado de las universidades. La experiencia se continuó con apoyo de la asociación psiquiátrica americana (APA), del gobierno, de las instituciones que suministraban los internados y de las universidades.

Hacia mediados de los años setenta, prácticamente había cambiado todo lo que era la psicología clínica antes de la Segunda Guerra Mundial. Antes de la guerra, los psicólogos clínicos se dedicaban a hacer diagnósticos fundamentalmente de niños. Cuando la psiquiatría permitió a los psicólogos clínicos adentrarse en el terreno del tratamiento, comenzaron a aliviar las enfermedades mentales, aplicando técnicas psicoanalíticas. A partir de 1945 las funciones, los lugares de trabajo y los clientes eran completamente diferentes. Se reconoció la importancia de los tratamientos de prevención y de curación, teniendo disponibles perspectivas teóricas más amplias y todo un arsenal de técnicas prácticas para diagnosticar y ayudar a cambiar el comportamiento.

Ahora bien, el mayor problema al que se enfrentan los psicólogos clínicos es el de la oposición entre ciencia y práctica profesional. Hay quienes afirman que la actividad científica y la práctica profesional son incompatibles y que se vuelven completamente subjetivos e intuitivos, para ellos la misma palabra “datos” llega a ser despreciable, mientras que otros se transforman en investigadores de tiempo completo con la esperanza de que los resultados de su investigación de laboratorio pueda un día lograr que la práctica profesional llegue a ser científica. Esa polarización puede acarrear muy graves consecuencias. Con frecuencia separa al que se dedica a la práctica profesional de los resultados de la investigación que podrían ser de utilidad para el trabajo práctico, y por otro lado puede colocar al investigador en un ambiente de laboratorio tan artificial que los resultados de su investigación sólo sean aplicables en otros laboratorios en los que se den situaciones similares, pudiendo perder de vista algunos de los problemas clínicos más importantes y más interesantes. Estas situaciones límite se ven a veces con alarma, porque podrían significar una disminución de la influencia mutua que podrá darse entre los investigadores y los que están en la práctica profesional, pudiendo comprometer, en opinión de algunos observadores, el futuro de la misma psicología clínica. Por eso y a pesar de las presiones que hay para llevar a cabo una completa diferenciación entre el aspecto científico y el de la práctica profesional (con programas completamente diferentes, por ejemplo), otra alternativa más difícil quizás, pero mucho más atractiva, sigue pareciendo la mejor opción. Consistiría en organizar una carrera que evite identificarse exclusivamente con la investigación científica o con la práctica profesional, produciendo, utilizando y respetando la experiencia de los dos campos, el científico y el de la práctica profesional, de tal manera que se alimenten mutuamente en vez de hacerse mutuamente la competencia.

Si es legítimo considerar el pasado como indicador del futuro, se podría afirmar que las distintas posiciones en este problema van a continuar en contacto y enfrentándose. Este problema surge de la diferencia de puntos de vista. Los que consideran la psicología clínica como un arte y hacen poco uso del laboratorio se sitúan generalmente en un lado de la contienda, mientras que los que desconocen la importancia del juicio subjetivo y de otros aspectos aparentemente no científicos de la práctica psicológica, se encuentran en el otro bando. Pero, no se puede predecir con la misma certeza de qué lado van a estar quienes consideran la psicología clínica como una especialidad en la que actualmente se dan todavía algunos aspectos de arte, pero que tiene una base científica sólida, y que va creciendo en su capacidad de aprovechar ambos aspectos. Estas diferencias de orientación de los psicólogos se deben a la amplitud de su campo, y no se limita a la controversia entre ciencia y práctica profesional.

En la medida en que ha crecido la importancia de la psicología clínica, ha ido desapareciendo la preocupación por defender su derecho a existir, permitiendo una mayor tolerancia para las ideas divergentes, no sólo sobre el papel de la terapia y de la formación, sino también sobre problemas más fundamentales como son el desarrollo de los problemas del comportamiento y los sistemas que se pueden utilizar para aliviarlos.

2.2 Trastornos comunes

2.2.1 Depresión

Es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la mayoría de los casos, el paciente describe su estado, y así lo ven los demás como derribado o socavado en su potencialidad, debilitada su base de sustentación afectiva, desplazado su eje de acción usual, desganado. Es uno de los más importantes depredadores de la felicidad humana.

El término depresión se emplea con frecuencia en las conversaciones diarias para describir una baja normal del estado de ánimo. Estos cambios pueden ser adaptativos, pues al evocar alguna pérdida la persona se sentirá estimulada para recuperar actividades o amistades. Pero si la depresión se prolonga, empieza a causar más problemas que a dar soluciones; entonces, las personas reflexionan sobre los aspectos negativos, meditan sobre amarguras antiguas y se sienten pesimistas hacia el

futuro. Están resentidas, irritables o enojadas casi todo el tiempo, sintiendo lástima por sí mismas y con una constante necesidad de reafirmación por parte de los demás.

Si la depresión se hace más profunda, sobresalen más síntomas. Estos incluyen cambios emocionales adicionales (sentimientos de extrema tristeza y desesperanza), cambios cognitivos (baja autoestima, culpabilidad, dificultades de concentración y memoria), cambios conductuales como (sentirse agitado o lento, menor interés por actividades sociales o recreativas) y cambios corporales (sueños, hambre, problemas sexuales, malestares y dolores, pérdida de la energía).

Existen varios tipos de trastornos depresivos. A continuación se describen brevemente los tres tipos más comunes: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

a) 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.

b) La distimia: es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

c) 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 sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón). Algunas de las características de los pacientes con trastorno bipolar: son personas con dificultad para distinguir entre la izquierda y la derecha, que tienen capacidad para mantenerse despiertos durante largo tiempo y, debido a su energía extra y predisposición, tienden a pensar que son superiores a los demás, entre otras.

No todas las personas que están en fases depresivas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo. dentro de los síntomas de la depresión se encuentran; estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta." dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso, pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio, inquietud, irritabilidad, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos, ritmo cardiaco, sensación de pérdida de control de algunas partes del cuerpo y otros dolores crónicos, sensación de estar en un "hoyo" o un "callejón sin salida".

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar.

Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes

no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

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

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva.

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas

son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas.

2.2.2 Ansiedad

La ansiedad es parte normal en la vida diaria de la mayoría de las personas. Tiene la útil función de mantener a las personas motivadas para hacer el esfuerzo de superar situaciones amenazantes. Como por ejemplo; la experiencia común de estar angustiado antes de una entrevista, el temor a un mal desempeño hace que se trabaja arduamente para prepararse. Sin embargo, también es una experiencia común que la ansiedad haga tener un mal desempeño. En otras palabras, la ansiedad puede convertirse en una desventaja.

En términos de evolución, la ansiedad es un mecanismo que habilita a los animales y a los seres humanos para enfrentarse al peligro y la amenaza. Si un animal se encuentra con un depredador, hay una reacción de supervivencia, su organismo sufre cambios fisiológicos que elevan los niveles de excitación, facilitan la mejor ejecución para aumentar las oportunidades de sobrevivir, ya sea para quedarse y pelear contra el animal amenazante, o bien, para emprender una huida rápida; el mecanismo de pelea o huida.

La diferencia entre ansiedad adaptativa y ansiedad patológica radica en la identificación de la amenaza. Mientras que en la primera la amenaza es del todo clara (ataque de un oso o la posibilidad de ser reprobado en un examen), en la segunda con frecuencia la amenaza no se identifica (el que la

padece únicamente se percata del temor, no de la fuente que lo origina) o está fuera de toda proporción (por ejemplo, temor a ser avergonzado) o bien es irracional (como ansiedad de caer gravemente enfermo a pesar de todos los testimonios en contra).

El resultado es que los cambios orgánicos de la reacción de supervivencia ocurren en situaciones donde no existe peligro. Muchos de éstos síntomas se producen por la descarga de adrenalina (epinefrina) de la glándula suprarrenal localizada justo encima del riñón. Ante la percepción de un peligro, sea real o imaginario, la adrenalina se libera en el organismo con el fin de provocar la reacción de sobrevivencia.

Todos los síntomas de la ansiedad son consecuencia de los cambios orgánicos que facilitan la ejecución en situaciones de verdadera amenaza. El problema de la ansiedad clínica es que como la amenaza se percibe de manera enfermiza, el individuo angustiado, por falta de otro objetivo, se concentra en sus síntomas corporales y su malestar. Los síntomas de ansiedad pueden ser sumamente desagradables y amenazadores en sí mismos y mucha gente concluye, de manera natural, que padece algún mal físico.

Los síntomas de la ansiedad son muy diversos entre estos podríamos citar como los mareos, aturdimiento, visión borrosa, bochorno, boca seca, garganta cerrada (con frecuencia acompañada de sensación de ahogo) tensión y dolor muscular, dificultad al respirar, corazón acelerado y palpitaciones, sensaciones de náusea, cosquilleos en el estómago, punzadas y entumecimiento de las extremidades, urgencia de orinar y defecar, sensaciones de frío y temblores, síntomas de alerta y exploración como sentirse en peligro, respuestas exageradas de sobresalto, concentración deficiente, dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido, irritabilidad. El número de síntomas y su severidad varían de un individuo a otro.

Joseph Wolpe (1958) desarrolló una de las primeras técnicas de tratamiento conductual, denominada desensibilización sistemática por inhibición recíproca. A los pacientes con fobia se les enfrenta gradualmente a situaciones u objetos cada vez más temidos o amenazantes (imaginarios o reales) mientras que, al mismo tiempo, se ponen en práctica técnicas de relajación previamente preparadas.

La teoría que sustenta esta técnica, que ha tenido éxito, es que al aunar la situación u objeto temido al estado de relajación se crea una nueva asociación donde se inhibe la ocurrencia de la reacción de ansiedad.

Otros argumentan que esta técnica funciona no por el efecto de inhibición que la relajación da la ansiedad, sino por la exposición a la situación temida. En la actualidad se supone que la clave para superar la ansiedad es confrontar o enfrentar el temor.

La exposición es el medio más eficaz para conseguirlo, en especial sí le permite al paciente refutar cualquier predicción hecha de que algo terrible sucederá. Los terapeutas, por lo general, emplean la técnica gradual, elaborando las situaciones temidas de semana a semana, conforme progresa la terapia. Al mismo tiempo, aumenta la confianza del paciente al manejar dichas exposiciones.

2.2.3 Estrés

La palabra estrés comenzó a usarse en física, y no fue hasta los años treinta cuando *Hans Selye* comienza a estilizarla para referirse a las circunstancias y acontecimientos que influyen sobre una persona y producen reacciones en ella. El estrés es un fenómeno fisiológico normal, es la respuesta que emite el organismo ante estímulos percibidos como amenazantes. Por eso, el buen estrés es positivo porque, ayuda a soportar situaciones exigentes y a reaccionar frente a las demandas del entorno. El estrés negativo distrés, aparece cuando el organismo no es capaz de adaptarse a la situación, de dar respuestas adecuadas a las demandas del entorno. Se produce una activación y ansiedad desmesurada acompañada de incapacidad para centrarse eficazmente en las tareas. Un ejemplo que merece la atención mantenerlo presente es que el malabarista ejecuta su maniobra con tres bolas, después con cuatro, más tarde con cinco; pero al incorporar la sexta, se le caen todas las bolas, no solo la sexta. Por lo tanto, las personas tienen una limitada capacidad de trabajo y de respuesta a las situaciones. Las exigencias de la vida moderna la competencia, el estatus social, la ambición, la frustración, la depresión, las creencias y el modo de ver las cosas producen estrés.

Las personas con tendencia a sufrir de estrés crónico pueden tener dos tipos de personalidad la personalidad obsesiva que enmascara generalmente una depresión y la personalidad competitiva y la personalidad obsesiva se caracteriza por el deseo de control, de seguridad, de poder y de

perfeccionismo; y la lucha es consigo mismo. Los síntomas de la personalidad obsesiva son la ansiedad, las fobias y ataques de pánico. Las personas con personalidad competitiva son hiperactivas, audaces, sesean ser líderes, les agradan los desafíos y destacarse del resto de la gente; y su lucha es con los demás. Los síntomas de esta personalidad son la hipertensión y las enfermedades cardíacas.

Los síntomas del estrés son muchos y resulta difícil hacer un diagnóstico diferencial porque esos mismos síntomas suelen ser de también de otras patologías; sin embargo, si se obtuviera datos sobre la personalidad y la actividad que desarrolla un paciente, se puede deducir si los trastornos que sufre pueden deberse o no al estrés.

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

Si alguien cree ser irremplazable, difícilmente podrá salir de una circunstancia que le produce estrés. De irremplazable están llenos los cementerios, y sin embargo en poco tiempo, esa tarea que realizaba el desaparecido que parecía era imprescindible, la puede realizar otro y muchas veces hasta mejor.

La existencia del inconsciente colectivo nos permite inferir que existen en el mundo muchas personas a quienes se les presentan las mismas ideas y las mismas formas de actuar, en un momento histórico dado. Por lo tanto, lo que no pueda hacer esa persona que vive con estrés, lo hará otra tal vez de la misma forma o aún mejor. Sin embargo, el desarrollo de la verdadera autoestima, o sea ese sentimiento que reconcilia al hombre consigo mismo y otorga paz interior, no pasa por el rendimiento personal, sino o quién es uno mismo, qué actividad tiene, cómo se comporta y cómo se relaciona.

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

Los trastornos digestivos como la dispepsia, el meteorismo, las digestiones lentas, la acidez, el colon irritable son síntomas de estrés. El apuro para ganarle al tiempo nos hace comer mal y más

rápido, sin masticar adecuadamente, tragando entero y sin disfrutar de la comida que en vez de ser un placer se convierte en un trámite más. El estrés también puede ocasionar el estrechamiento de las arterias coronarias que pueden llegar a contraerse y a endurecerse debido al estrés, dificultando la circulación de la sangre y favoreciendo el aumento de la presión arterial.

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

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

El estrés es una afección del mundo moderno cuyas causas se atribuyen en general a la personalidad competitiva e hiperactiva que se transforma a su vez en una de las principales causas de alteraciones funcionales y orgánicas. Las personas en las grandes ciudades se sienten sometidos a grandes presiones y sumergidos en una cadena de situaciones de las que les es imposible escapar. A veces esa imposibilidad de decir basta, cuando las cosas superan la capacidad de un ser humano se debe a factores económicos que siempre son los más importantes, porque la mayoría de las veces ocurre por la necesidad psicológica de cumplir con las propias expectativas demasiado ambiciosas para llevar a cabo.

Las personas con agendas repletas de compromisos se imponen la obligación de cumplirlos y muchas veces no tienen la suficiente flexibilidad como para dejar de lado alguno de ellos para ocuparse de los asuntos de su propia vida personal. El hecho de no dejar tiempo disponible para los afectos o los asuntos personales, genera culpa y estrés y disminuye la capacidad para desenvolverse adecuadamente en esa desenfrenada actividad diaria. La frustración por el no cumplimiento de las expectativas produce estrés, baja autoestima e impotencia porque las personas toman como punto de referencia el ego. El ego es el tirano que nos mantiene al frente de una lucha casi siempre desigual, cuyos resultados tienen un alto costo; la pérdida de la salud. Uno de los factores de riesgo de sufrir ataques cardíacos o accidentes cerebro vasculares es el estrés, que no siempre se relaciona

con el trabajo. El trabajo cuando se asume en forma competitiva con la intención de trepar una pirámide puede ser una de las causas principales del estrés; pero esta actitud en el desempeño de una función, condiciona a una persona a actuar de la misma manera frente a las demás circunstancias de su vida dando lugar a un estilo de vida generador de estrés.

Las mudanzas y los viajes generan estrés, y los casamientos u otros compromisos sociales también. Pero todas estas circunstancias no serían causa de estrés si no estuvieran acompañadas de la respectiva, expectativa que imponen las reglas sociales y que la mayoría se obliga obedecer.

2.2.4 Estrés postraumático

Toda experiencia dramática produce estrés post traumático y quizás otros fenómenos extraordinarios. Las percepciones quedan grabadas en la conciencia y según el grado en que lleguen a afectar a un individuo pueden producir consecuencias capaces de alterar su equilibrio psíquico, modificar su comportamiento habitual y hasta su forma de ver el mundo. Diariamente ocurren en el mundo tragedias que terminan con la vida de mucha gente.

El avance de la tecnología brinda cada vez más comodidades en todos los ámbitos como también mayores posibilidades de trasladarse a cualquier parte del mundo en mucho menos tiempo que antes, pero también crean nuevas situaciones de riesgo que o distintos motivos a veces resultan inevitables. En estas ocasiones el hombre tiene la capacidad de comportarse de una manera diferente a la de su vida cotidiana y es capaz de realizar actos de heroísmo que jamás hubiera imaginado poder realizar, de sobrevivir en condiciones extremas, de contar con fuerzas inesperadas a pesar de sentirse agotado, de enfrentar situaciones de desastre con inusitada presencia de ánimo y de luchar por su vida y la de los demás. Después de una catástrofe, durante la cual el cuerpo se dispone a utilizar físicamente todos sus recursos para salvar la vida, se puede registrar en mayor o menor medida una etapa con signos de estrés en el estado anímico de la mayoría de las personas.

En casos de accidentes aéreos las empresas de aeronavegación cuentan con equipos de apoyo psicoterapéutico destinados a ayudar a las víctimas a elaborar emocionalmente dicho suceso que puede afectar su vida cotidiana y su trabajo. Aunque dicho trauma no haya dejado secuelas físicas, pueden quedar cicatrices psicológicas permanentes que pueden cambiar el rumbo de una vida.

Una característica frecuente de los trastornos postraumáticos es una tendencia a volver a experimentar el suceso. Son comunes los recuerdos dolorosos y que interfieren, así como los sueños o pesadillas recurrentes. La experiencia repetida de un suceso traumático puede tener un aura de irrealidad. Cuando esto sucede, la persona se siente anestesiada emocionalmente en medio de un flujo de pensamientos sobre el evento que no se detiene. Además de volver a experimentar el desencadenante del estrés.

Las personas que sufren trastornos postraumáticos quizá muestren excitación autonómica excesiva, un estado de hiper-alerta, dificultad para concentrarse, recuerdos dolorosos que interfieren en los sueños, también tienen dificultad para completar las tareas, dificultad para conciliar el sueño y pesadillas recurrentes, reducción en las relaciones interpersonales, intimidad y sexualidad. También son comunes los sentimientos dolorosos de culpabilidad, al igual que la depresión, la inquietud y la irritabilidad. En algunos casos, pueden existir brotes de conducta impulsiva, por lo general sin explicación y el abuso del alcohol y las drogas.

Al afrontar un trauma, un individuo emplea una enorme cantidad de energía psicológica para detener los pensamientos sobre éste. A pesar que el evento terminó, se vuelve a revivir todos los días y existe un temor irracional a que suceda una vez más. Es este temor el que provoca una hipervigilancia y agitación. Los pensamientos que interfieren, las imágenes y los sueños se pueden volver tan preocupantes que la persona no puede participar en el trabajo, relaciones interpersonales u otra área importante en la vida del individuo.

En algunos casos de reacciones desadaptadas al trauma, puede existir una combinación de pensamientos intrusivos y negación. En el estado de intrusión, el individuo no puede dejar de tener pensamientos atemorizantes que se relacionan con el evento traumático. En el estado de negación, el individuo ignora las implicaciones de las amenazas y pérdidas, olvida los problemas importantes y quizá muestre una falta de interés por la vida.

En la actualidad, el trastorno del estrés postraumático (TEP), en el cual la reacción continúa durante un período considerable, es un diagnóstico psiquiátrico establecido, pero todavía es controvertido.

Ciertos síntomas quizás estén relacionados con el tipo de trauma que se experimentó, como el hecho de si el individuo desempeña un papel en la causa del evento traumático o no. Las víctimas de los crímenes en los que hay violencia y humillación (por ejemplo la violación) con frecuencia se sienten temerosas y avergonzadas. Las víctimas casi siempre muestran este tipo de reacción. Su enojo por ser víctimas y la falta de control que sienten con respecto del suceso en muchas ocasiones dan como resultado efectos a largo plazo.

Con frecuencia, las personas se sobreponen a las reacciones desadaptadas ante el estrés con el transcurso del tiempo, pero la ayuda de un experto puede acelerar el proceso.

El clínico tiene dos funciones principales; proporcionar apoyo social a las personas que tienen problemas y fortalecer la capacidad para el afrontamiento. Varios procedimientos se utilizan en el tratamiento de los problemas relacionados con el estrés como los siguientes.

a) Terapia de apoyo

Es difícil recuperarse de un trastorno relacionado con el estrés si se está o se siente aislado en el aspecto social. Ya que la mayor parte de las reacciones ante el estrés comprenden sentimientos de inadecuación y aislamiento, muchas personas pueden recibir ayuda al ser escuchados y alentados de manera empática. A pesar que utilizan términos diferentes, los clínicos orientados psicodinámicamente y aquellos que se inclinan por el aspecto humanista, hacen énfasis en la relación entre el paciente y el terapeuta como un medio para facilitar el control adaptativo. Los seguidores de Freud describen sus esfuerzos en este aspecto como el reforzamiento del ego del cliente. Cuando el ego puede manipular la realidad de manera más efectiva, puede controlar las demandas incesantes del id con menos estrés. Se genera un clima de apoyo por parte de los terapeutas *rogerianos*, al aceptar a los pacientes tal como son, aunado al reconocimiento de sus fortalezas y la poca importancia que se presta a sus fallas, ayuda a sus clientes a sentirse más positivos sobre sí mismos. Los clientes que reciben la terapia de apoyo acostumbran comentar con alivio, que el terapeuta no los critica directa ni indirectamente por la forma en que manejan las situaciones difíciles. En un ambiente de apoyo, los pacientes se pueden relajar lo suficiente para participar en la solución de problemas y la consideración minuciosa de las alternativas que antes parecían imposibles.

b) Entrenamiento de relajación

Es posible que las personas aprendan formas de ayudarse para sí mismas a controlar el estrés. Es un hecho muy conocido el que la gente puede aprender a regular en forma voluntaria ciertos efectos del sistema nervioso autónomo. Esa regulación, a su vez, puede afectar su estado emocional. Por ejemplo, la ansiedad puede ser a causa de la sensación de tensión que se experimenta cuando las fibras musculares se acortan o contraen, como lo hacen durante el estrés. Por el contrario, la tensión no se puede presentar cuando las fibras musculares se alargan o relajan. El entrenamiento de relajación comprende los pasos que a continuación se exponen.

-Centrar la atención en una serie de grupos específicos de músculos.

-Tensar cada grupo.

-Mantener la tensión durante cinco o siete segundos.

Decirse a sí mismo que se debe relajar y liberar de inmediato la tensión.

-Centrar la atención en cada grupo de músculos conforme se relaja.

El entrenamiento de relajación se emplea no sólo como técnica en sí, sino también como base para otras terapias. Se puede aplicar en una amplia variedad de problemas que se relacionan con el estrés y se puede enseñar de manera individual o grupal.

c) Desensibilización sistemática

Este procedimiento consiste en una combinación de entrenamiento de relajación, y una jerarquía de estímulos que producen ansiedad para eliminar de manera gradual el temor de una situación específica. La persona aprende a mantener el estado de relajación mientras imagina estímulos que se relacionan con la ansiedad de los diferentes niveles de la jerarquía.

2.3 Enfermedades psicosomáticas

Síntoma (del latín *symptoma*), fenómeno revelador de una enfermedad. Señal de algo que está sucediendo o va a suceder.

Psicosomático: (viene de *Psico* y somático). Que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario. *Psico*; (del Griego). *Elem. Compos.* Significa alma o actividad mental. Somático; (del griego, corporal). Es un ser animado, que es material. Se dice del síntoma cuya naturaleza es eminentemente *corpóreo* o material, para diferenciarlo del síntoma, por lo que los síntomas psicosomáticos hablarían fusionando y simplificando definiciones, del fenómeno revelador de una enfermedad que implica una acción de la psique sobre el cuerpo o, al contrario (del cuerpo sobre la *psique*).

Esta definición de entrada ya es problemática. Para *McDougall* una de las diferencias fundamentales entre los síntomas conversivos y los síntomas psicosomáticos, es que en la conversión el salto es de la mente hacia el cuerpo, mientras que en la patología psicosomático el salto es del cuerpo hacia la mente. Una de la crítica que hace *McDougall* a la hora de definir lo psicosomático, en su alegato por una cierta anormalidad, es que el término psicosomático, en el lenguaje y en el pensamiento psicoanalítico, remite siempre a la patología del psicosomático, como si el concepto de unidad psicosomática no patológica faltara. Si el misterio del dolor y de la enfermedad psicosomático es difícil de conceptuar, la captación de lo que constituye la salud y el placer psicosomático pareciera más esquiva, ya sea goce del cuerpo en buena salud, goce sexual, goce de la vida. Es importante observar que todos son hechos esencialmente psicosomáticos.

Para algunos los síntomas psicosomáticos deberían de quedarse en el consultorio del médico corriendo el riesgo de ser clasificado como caso perdido, para otros el psicoanálisis es el que debería ser el encargado de este tipo de pacientes. Y en medio existen los que creen que son pacientes que deberían de sr manejados en conjunto y de manera multidisciplinaria. Según las teorías y las escuelas, lo psicosomático puede ser un modo de funcionamiento, un síntoma aislado en respuesta a un evento estresante, o una estructura de personalidad específica.

2.3.1 Trastorno del dolor psicógeno

El dolor agudo y prolongado, ya sea sin síntomas orgánicos o en exceso de acuerdo con lo que se puede esperar por los síntomas orgánicos, se clasifica como un trastorno del dolor psicógeno. Existe una relación temporal entre la frecuencia de una pérdida interpersonal real, amenazante o imaginaria y las quejas de dolor. Tal vez, las quejas se utilizan para evocar respuestas sociales, como la atención por parte de los demás.

Decir que algo nos duele es el resultado, de un proceso de valoración que con frecuencia nos hace ir al médico. El dolor está influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Como es obvio, la condición de nuestro sistema orgánico tiene un papel importante en la forma en que interpretamos las señales que provienen del organismo. Pero también participa nuestro estado psicológico y, por esta razón, el dolor es uno de los aspectos más misteriosos y evasivos de la enfermedad y su tratamiento. Los factores sociales también influyen en la percepción del dolor. Cuando un miembro de la familia dice sentir dolor, es probable que los demás respondan con atención y expresiones de preocupación. Esta respuesta quizá sirva como un estímulo para más quejas de dolor.

La palabra *pain* (dolor) se deriva del griego *paine*, que significa castigo a mediados de este siglo, estaba claro que el dolor era una experiencia compleja con determinantes múltiples. Un obstáculo para el tratamiento contra el dolor es la dificultad que tienen las personas para describirlo en forma objetiva. Si tiene una protuberancia puede señalarla o si un hueso está roto se ve en los rayos x; pero el dolor no tiene estas referencias objetivas. Varios planteamientos recientes sobre el dolor centran la atención en los comportamientos ante este (por ejemplo, quejarse de dolor) y las condiciones que los fortalecen o debilitan. En algunos casos, el dolor se relaciona con un trastorno físico identificable, por ejemplo el dolor que se relaciona con el deterioro de los discos que separan y acojinan los huesos de la columna vertebral. Incluso en las situaciones en las que la fuente del dolor se puede identificar en los cambios orgánicos, algunas personas experimentan un dolor que las incapacita, mientras que otras que padecen cambios muy similares no lo experimentan. Los planteamientos psicológicos se centran en estos comportamientos y las condiciones que los fortalecen o debilitan. Otra clase de actitudes ante el dolor, no tienen antecedentes tan claros. A pesar de las minuciosas investigaciones médicas, no se pueden encontrar cambios orgánicos.

2.3.2 Hipocondriásis

La hipocondriásis se diagnostica cuando una persona muestra un temor irreal a las enfermedades, a pesar de estar seguro de que su funcionamiento social u ocupacional no se verá afectado. Los hipocondríacos tienen una preocupación obsesiva por la condición de los órganos de su cuerpo y vigilan de manera continua su salud. Ya que temen desarrollar una enfermedad, siguen la pista muy de cerca a todos los síntomas potenciales al mantenerse al día incluso de los cambios más actuales en el funcionamiento del organismo. Tienden a mal interpretar la naturaleza de la importancia de la actividad fisiológica y a exagerar los síntomas cuando se presenta.

A esta enfermedad también se le llama imaginaria, es un término inventado por los médicos para referirse al paciente cuyos exámenes no registran aparentemente ninguna enfermedad. Entonces diagnostican, en su ignorancia, y obviamente para librarse del paciente, que el enfermo imagina estar enfermo. Sin embargo, el supuesto hipocondríaco no inventa la enfermedad porque realmente está enfermo. Que el médico sea incapaz de determinar la causa del trastorno es el problema.

La hipocondriásis es, en esencia, una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondríaca está constantemente sometida a un análisis minucioso y preocupado de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica.

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo. Puede ocurrir, por ejemplo, con lunares, pequeñas heridas, toses, incluso latidos del corazón, movimientos involuntarios, o sensaciones físicas no muy claras. Aunque el médico le asegure que no tiene nada, el hipocondríaco solamente se queda tranquilo un rato, pero su preocupación vuelve de nuevo.

La interpretación catastrófica de los signos corporales más ínfimos por parte del individuo, es el mecanismo que desencadena la hipocondría. Se sabe que este trastorno afecta a menudo a ambientes familiares, es decir, que muchos miembros de una familia tienden a estar afectados. Hay familias que son especialmente sensibles y están muy inclinadas hacia la interpretación de los signos de enfermedad en todos los ámbitos de la vida. De esta forma, los miembros de la misma

familia aprenden a interpretar de negativamente cualquier signo corporal y lo asocian con angustia, miedo o ansiedad.

Se está ante un trastorno asociado muy a menudo con la ansiedad, por lo que el principal síntoma de la hipocondría es la preocupación exagerada que siente por su salud. El hipocondríaco medita constantemente sobre sus síntomas, reales o imaginarios, llegando a percatarse de signos funcionales que normalmente se escapan a la conciencia (intensidad de los latidos cardíacos, funciones digestivas, etc.). Puede describir su cuadro clínico con una sutileza impresionante, aclarando repetidas veces el alcance de cada uno de sus síntomas físicos. La atención del hipocondríaco se centra no sólo en el estudio de sí mismo (se toma el pulso, la temperatura, el número de respiraciones por minuto y la tensión arterial varias veces al día), sino también en la cantidad y composición de los alimentos. Sabe con qué aguas hace mejor la digestión, qué grados de ventilación o de temperatura le convienen, etc.

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos.

La sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que experimenta acompañada de una especial alteración negativa del estado de ánimo, sumamente desagradable, y que le hace colocarse en una actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves. Finalmente, el hipocondríaco acaba renunciando a casi todo para consagrarse a cuidar su enfermedad imaginaria.

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

La hipocondría hay que distinguirla de ser aprensivo; en la hipocondría el malestar es significativo y afectando la vida laboral, social u otras áreas importantes de la vida del sujeto. Hay que considerar también que la duración de la sintomatología sea significativa, al menos 6 meses, antes de diagnosticar dicha enfermedad.

Se debe asegurar que el paciente no tenga verdaderamente ninguna enfermedad física. Una vez que se ha descartado, si el paciente sigue con angustia, preocupación y dudas acerca de su estado de salud, es conveniente estudiar la posibilidad de un trastorno psicológico.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación (CIE 10) para la hipocondría especifican que debe existir la convicción de "estar padeciendo como máximo dos enfermedades médicas importantes" y exigen que, por lo menos, una de ellas sea correcta y específicamente nombrada por el individuo que presenta el trastorno hipocondríaco.

En psiquiatría, la actitud hipocondríaca aparece como un síntoma en algunas formas de depresión endógena, especialmente en la melancolía involutiva (depresión de los ancianos). También puede adquirir en ciertos casos los rasgos de un desarrollo delirante, de contenido hipocondríaco, en la llamada *paranoia hipocondríaca*. Multitud de neuróticos, tanto histéricos, neurasténicos, como organoneuróticos y pacientes psicósomáticos, destacan en su cuadro clínico general la actitud hipocondríaca.

En algunos casos, se utilizan psicofármacos inicialmente para controlar los síntomas ansiosos tan importantes que padecen estos pacientes.

Conjuntamente, se puede utilizar una terapia psicológica cognitivo-conductual, en la que se promueve la pérdida de la angustia y el miedo a la enfermedad que el hipocondríaco siente.

En un principio se le pide que no acuda a más la consulta del médico ni a las urgencias hospitalarias y que no hable de salud ni de enfermedad. Para esto es muy conveniente la colaboración de la familia del paciente, ya que han de entender que tiene un problema real, aunque no el que el paciente refiere, sino otro igualmente preocupante. Una vez que se ha establecido este marco fuera de la consulta, comienza el tratamiento psicológico propiamente dicho. El tratamiento básico consiste en perder el miedo a la enfermedad y a la muerte. Muchas veces la propia angustia

producida por el pensamiento de estar enfermo, como sensación desagradable e incontrolable, se convierte en el desencadenante dicho miedo. Para conseguir la desaparición de estos temores, se emplea la desensibilización en la imaginación a situaciones temidas y evitadas, para que finalmente el paciente pueda acercarse a ellas sin angustia y sin miedo. El paciente puede entonces, comenzar a reinterpretar sus sensaciones corporales y sentir también aquellas que son agradables o neutras y su cuerpo deja de ser una fuente de dolor o temor y se puede convertir en un generador de placer y confianza.

Finalmente, se trabaja para que el paciente pueda enfrentar con éxito otros problemas que aparecen en su vida cotidiana: toma de decisiones difíciles, cambio de trabajo, separaciones, etc. Se intenta evitar de forma que en el futuro se desencadenen situaciones de depresión o angustia continuada que le pueden hacer recaer en sus problemas hipocondríacos.

2.3.3 Trastorno ficticio y de simulación

Aunque los trastornos y problemas somatoformes que en forma tradicional se han descrito como psicofisiológicos (por ejemplo, el asma y las úlceras pépticas) son diferentes en varios aspectos, comparten el hecho de que la persona con el trastorno asume el papel de un paciente, alguien que recibe atención y cuidado. Otro grupo de condiciones que se caracterizan por el mismo rasgo son los trastornos ficticios. No obstante, en estas condiciones los síntomas físicos y psicológicos son autoinducidos de modo voluntario por el paciente. Implican una fabricación total o exageración de una condición preexistente.

En un trastorno ficticio, el único objetivo aparente es el deseo de asumir el papel de paciente. La persona tiene antecedentes de mentiras incontrolables, demandas de atención por parte del personal profesional y narraciones dramáticas de dolores vagos. Clasificar un conjunto de síntomas como ficticios puede ser bastante difícil. La manera dramática en que el paciente presenta sus problemas por lo regular presenta sospechas sin embargo, muchos individuos con ese trastorno se las arreglan para recopilar un poco de información médica y, por tanto, pueden llegar a ser buenos actores para hacer que sus síntomas parezcan ciertos (Sutherland y Rodin, 1990).

Los trastornos ficticios empiezan de modo común durante el inicio de la edad adulta y son problemas físicos auténticos. Como consecuencia los síntomas se presentan de forma dramática pero en realidad son vagos por lo que los individuos con trastornos ficticios se someten a hospitalizaciones frecuentes durante las cuales llegan a hacerse cirugías innecesarias. Mientras que los trastornos de somatización son más comunes en las mujeres, los trastornos ficticios prevalecen más en los hombres. A pesar que los síntomas de los somatizadores y aquellas personas con trastornos ficticios son los mismos, los somatizadores piensan que en realidad están enfermos, pero quienes padecen un trastorno ficticio sólo buscan atención al crear los síntomas.

2.3.4 Síndrome de *munchausen*

Se refiere a un tipo de trastorno artificial que se caracteriza por simulación repetida y consciente de la enfermedad, con el único propósito de obtener atención médica. Un paciente con ese síndrome puede viajar grandes distancia para aparecer en hospitales con historias dramáticas y verosímiles, aunque falsas, que convencen a los médicos y a los miembros del personal de que padecen una enfermedad. El síndrome se llama así en honor del Barón Von *Munchausen* un oficial de la caballería alemana del siglo XVIII que se hizo legendario por decir mentiras elaboradas. Los pacientes con ese síndrome dicen mentiras increíbles sobre sus historiales clínicos. También fingen síntomas por ejemplo; pueden pretender que tiene dolores, pueden poner sangre en una muestra de orina o manipular el termómetro para dar la impresión de tener fiebre. En ocasiones incluso van más allá, haciéndose un daño real a sí mismos al quemarse o cortarse, tomar medicamentos peligrosos o inyectando un material extraño en sus venas. A menudo convencen a los doctores de que realicen cirugías innecesarias. Pueden pasar la mayor parte de su vida cambiando de un hospital a otro, tratando de que se les admita. Una vez que están en un hospital, se niegan a acatar las reglas y demandas y exigen una atención constante.

Una variante del síndrome de *Munchausen*, que afecta en forma particular es aquella en la cual una madre produce síntomas de enfermedad en su hijo y luego lo presenta para tratamiento. La preocupación de la madre puede ser convincente porque ella misma siente una necesidad de que se le cuide; es como si considerara el cuerpo del niño como una extensión de su propio cuerpo. El infante va con la madre porque la relación es muy estrecha e intensa y la actividad muy excitante.

Tener un trastorno ficticio no es lo mismo que la simulación. Las personas con trastorno ficticios sólo buscan atención y quieren que se les cuide. Por otro lado, las personas que simulan, buscan atención médica y hospitalización para lograr algún objetivo específico como una compensación, una pensión por incapacidad o evadirse de la policía. En tanto que las quejas y hospitalizaciones múltiples parecen casi un patrón continuo en los trastornos artificiales, la simulación termina en forma abrupta cuando el paciente obtiene lo que desea. Por el contrario, la gente con trastornos ficticios parece ser incapaz de dejar de decir mentiras y crear síntomas. Pero, la persona misma induce estas dos condiciones y ambas aumentan en respuesta a altos niveles de estrés.

Puede ser difícil distinguir los trastornos ficticios y la simulación de otras condiciones. El juicio de que un síntoma particular está bajo control voluntario se establece ocasionalmente al excluir todas las otras causas posibles. Diferencias entre un trastorno ficticio y la simulación también presenta problemas. Cuando el personal clínico no tiene una conciencia plena del propósito particular por el que la persona que simula crea sus síntomas, se incrementan las posibilidades de un diagnóstico erróneo. En ciertas circunstancias, un acto de simulación podría considerarse de adaptación (por ejemplo, cuando un prisionero de guerra finge una enfermedad), pero los trastornos ficticios casi siempre se observan en personas con severas perturbaciones de personalidad de por vida.

2.3.5 Duelo

El duelo, es el proceso mediante el cual se elabora psicológicamente la tristeza normal que provoca la pérdida de un ser querido. Este proceso tiene que permitir sentir plenamente esa tristeza, pero a la vez nos ha de llevar, en un tiempo variable, a la vuelta, a la vida normal, a la capacidad de sentir nuevamente placer y bienestar, a establecer nuevas relaciones etc. Todo ello sin que por eso se tenga que renunciar al cariño que se sentía por el difunto, ni a su recuerdo.

La pérdida de un ser querido es vivida de manera única e individual por cada uno de los dolientes. Cuatro grupos de factores afectan de manera importante al duelo: Los factores psicológicos y los recursos personales.

La pérdida y el sentido de la pérdida son únicos. Una misma pérdida tiene un significado diferente para diferentes personas, porque cada uno la percibe de manera distinta, dependiendo del; sentido,

calidad e inversión emocional de esa relación para el doliente, dependencia o independencia que ha generado, cantidad y calidad de los «asuntos» sin resolver entre el doliente y el fallecido, características del fallecido, (edad, sexo, personalidad), percepción del doliente sobre la «realización, satisfacción y cumplimiento « que la vida ha deparado al fallecido, rol y funciones del fallecido para el doliente, su familia y el sistema social en que se movía, que van a dar lugar a determinado número de pérdidas secundarias.

La respuesta a la pérdida y la manera de afrontar el trauma o del duelo es análoga a otras respuestas vitales de la persona dependen de; su comportamiento adaptativo, personalidad, carácter y salud mental, el grado de confianza en sí mismo, el nivel de madurez e inteligencia, relacionados de manera positiva con una buena resolución del duelo, al dar más posibilidades de entender el sentido de aplicaciones de esa muerte, el haber o no sufrido otros duelos, que pueden afectarle de manera positiva - sabe que «sobrevive» a la pérdida - o negativa, la posibilidad de expresar el duelo, la concurrencia de otras crisis personales, que complican el duelo. Cada una de ellas demanda energía y atención, en momentos en que se está «vacío», la comprensión, implicaciones, manera de afrontar y expresar la pérdida, están influidos siempre por el propio sentido de la existencia y la fundamentación religioso filosófica, cultural y social del doliente. Existen ciertos tipos de duelo como los siguientes.

- a) Anticipatorio, en caso de muertes anunciadas.
- b) Retardado, en aquellas personas que «se controlan», «no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una «hiperactividad». Durante meses o incluso años, cualquier recuerdo o imagen, desencadena el duelo no resuelto.
- c) Crónico, que arrastra el doliente durante años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal.
- d) Patológico, caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas hipocondríacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol. Requiere ayuda profesional.

En general, puede decirse que el duelo ha sido resuelto cuando el doliente ha cumplido los citados objetivos. La duración del duelo es siempre variable y dependiente de factores particulares que influyen en la respuesta individual a la pérdida.

Los síntomas más intensos del duelo agudo pueden durar entre 6 y 12 meses, pero se conocen procesos que necesitan 3 años y más. Hay aspectos de la pérdida que acompañan al doliente para siempre o del duelo mediato, que se prolongan durante años y a veces hasta su muerte.

El tiempo es terapéutico porque da una perspectiva, ayuda a resituar los hechos, adaptarse al cambio y procesar sentimientos. Sin embargo, que «el tiempo todo lo cura», «sólo se necesita tiempo», «con el tiempo el dolor es menor», sólo es cierto si se toma el duelo como un traba o, se afronta la pérdida sin negarla inhibirla o posponerla y se atraviesa el dolor, sin evitarlo o circunvalarlo

Son factores de riesgo el tipo de muerte, las características de la relación doliente-fallecido ya mencionadas, las características del superviviente y las circunstancias sociales.

Las ideas de suicidio son frecuentes en el caso de la muerte de un niño pequeño de manera súbita e inesperada, en viudos, ancianos y hombres que pierden a su madre.

Los supervivientes más vulnerables pueden ser: las amas de casa que no trabajan fuera del hogar, las personas con niños pequeños en casa, los cuales sufren asimismo un riesgo; aquellos que expresan intensos sentimientos de autorreproche. Las circunstancias sociales adversas se dan en personas de baja condición socioeconómica, aquellas que tienen apoyo social inadecuado, las que viven solas; las que han tenido trastornos psiquiátricos previos; también en las que abusan del alcohol u otras drogas. En las crisis agudas de desorganización conductual, es mejor no intervenir si lo solucionan familiares o amigos. En otros casos, el profesional debe mantener una actitud tolerante, empática, sin críticas ni juicios de valor y tratando siempre de calmar la angustia del doliente. La posible demora potencial del duelo y su sincronización.

2.3.6 Suicidio

Las personas que padecen trastornos del estado de ánimo, ya sea de tipo unipolar o bipolar, son mucho más susceptibles al suicidio que otras personas en la población general o que aquellos en cualquier otro grupo de diagnóstico del DSM. En un estudio que se efectuó en Suecia, aquellas personas con un trastorno del estado de ánimo (ya sea unipolar o bipolar) tuvieron un alto riesgo de suicidio que los individuos a quienes no se había diagnosticado ningún trastorno psiquiátrico. El índice de suicidio para la categoría bipolar sola es mucho más alto que el de la población en general. Los resultados de un gran número de estudios para determinar la frecuencia de los intentos de suicidio por parte de personas con un trastorno bipolar, demostraron que de 25 a 50% de esos pacientes han intentado suicidarse por lo menos en una ocasión

La mayor parte de los científicos sociales están de acuerdo en que el suicidio es una forma compleja de conducta, que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. Por ejemplo, los psiquiatras han descubierto que, en los casos estudiados, existe generalmente una fuerte depresión. Otros científicos afirman que algunas personas son genéticamente más propensas que otras a las depresiones y por lo tanto al suicidio.

Los psicólogos y sociólogos han encontrado muchas otras influencias personales y situacionales que también contribuyen a la muerte voluntaria. Ésta se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión. Estos sentimientos se conocen por las notas o cartas que, en ocasiones, deja la persona antes de suicidarse. No obstante, la causa más frecuente es la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio. La pérdida de un ser querido, o dolores crónicos, físicos o emocionales, pueden producir una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución.

Los intentos fallidos de suicidio pueden significar una petición de ayuda que, si es ignorada, puede ser precursora de posteriores intentos. Sin embargo, estas peticiones de ayuda hay que diferenciarlas de otras formas más manipuladoras de intento o amenaza de suicidio que buscan llamar la atención,

cuyo propósito es controlar las emociones y el comportamiento de otras personas, normalmente familiares.

Se sabe que el suicidio es ilegal en muchos países y está fuertemente condenado por la sociedad en otros, especialmente en países con mayoría de población católica. En el extremo contrario se encuentran otros países que honran ciertos tipos de suicidio. Antiguamente los japoneses, por ejemplo, respetaban el harakiri. También en la India, hasta finales del siglo XIX, se llevaba a cabo el *suttee*. Durante la II Guerra Mundial, los pilotos kamikazes japoneses consideraban como un gran acto de honor el llevar a cabo misiones suicidas de bombardeo estrellando sus aviones contra el objetivo enemigo.

Todas las formas básicas de suicidio del pasado existen en la actualidad. Las inclinaciones actuales de los índices de periodicidad o frecuencia son confusas dado que las estadísticas no son totalmente fiables y se recogen de formas diferentes de acuerdo a cada país. Los índices de suicidio son generalmente menores en sociedades católicas que en sociedades protestantes, pero esto probablemente sólo refleja el hecho de que los primeros tienen una mayor necesidad de ocultar los suicidios que los segundos. Algunos expertos creen que la tendencia hacia el aumento de los índices oficiales de suicidio en los países occidentales en el último siglo se debe a la mejora de los métodos estadísticos y a una consideración menor del suicidio como estigma.

La mayor esperanza de vida en las naciones más desarrolladas probablemente empuja a algunos ancianos que han perdido a un ser querido o sufren enfermedades terminales a suicidarse. En ocasiones piden la eutanasia voluntaria, que se define como el suicidio asistido a una persona con una enfermedad terminal muy dolorosa. En Holanda y en el Territorio del Norte (Australia) la eutanasia voluntaria no es ilegal. Aunque allí tampoco hay una ley que la ampare, si el doctor que asista al suicida sigue una pauta legal y realiza los informes adecuados, no puede ser perseguido judicialmente.

Algunos psicólogos piensan que los sentimientos crecientes de soledad, desarraigo y falta de sentido en la vida contribuyen al aumento del número de suicidios en los países industrializados.

Como no suelen existir previsiones específicas en los códigos penales, por lo general si la eutanasia se practica sin el consentimiento de la persona, la mayoría de los ordenamientos la consideran delito de homicidio, y si se lleva a cabo con consentimiento, delito de auxilio al suicidio. Con todo, un médico puede, sin embargo, decidir la no prolongación de la vida de un paciente desahuciado, o la administración de una droga que le aliviará el sufrimiento, aunque le acorte la vida. El problema se suele plantear cuando la víctima se encuentra imposibilitada para prestar el consentimiento y no había manifestado nada al respecto con anterioridad.

2.3.7 Violencia intrafamiliar

Es aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

La violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

Hay autores que señalan que la violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; y además, en algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas.

a) Diferentes formas de violencia intrafamiliar

-Física en la cual se puede encontrar los golpes, mordidas, patadas y empujones.

-Sexual en la que se dan relaciones forzadas, amenazas con intimidación o manipulación de genitales.

-Psicológicas se dan insultos como eres gorda, tonta, no sirves para nada o eres bruta.

-Patrimoniales son en las que el individuo destruye muebles, ropa y en fin cualquier objeto material.

b) Víctimas de la violencia intrafamiliar

-Violencia contra niños.

-Violencia contra la mujer.

-Violencia contra los ancianos.

-Violencia contra los jóvenes.

La violencia doméstica se lleva a cabo contra la mujer/o contra el varón por parte de su pareja es, en ciertos casos violencia instrumental para obtener el control de los recursos económicos del hogar y ejercer el control sobre la mujer pero esta forma también tiene un componente emocional, el hacer daño que retroalimenta a la violencia si ella es exitosa. La violencia doméstica sufrida o presentada por los niños produce problemas emocionales psicológicos. La violencia es, un fenómeno complejo que tienen múltiples causas y a la vez estas causas se relacionan entre sí.

La conducta violenta se aprende y la primera oportunidad para aprender a comportarse agresivamente surge en el hogar observado e imitando la conducta agresiva de los padres, de los familiares, de otros conocidos muy allegados a la familia, de cuidadores e incluso personajes que aparecen en los medios de comunicación máxima. Las reacciones de los padres que premian la conducta agresiva de sus hijos y el maltrato infantil por arte de ellos, son algunos de los mecanismos mediante los cuales los niños aprenden a una temprana edad, a expresarse en forma violenta.

El niño aprende estímulos agresivos con conductas violentas y a responder con violencia o frustraciones u otros eventos nocivos. A pesar que los niños abusados no necesariamente crecen y repiten el tipo de abuso experimentado, y los adultos violentos no necesariamente han tenido una niñez abusiva, los estudios muestran una relación significativa entre la víctima durante la niñez tanto los niños que son abusados como los que son testigos, del abuso crónico de otros familiares.

La violencia también se aprende en la escuela y en las calles. En muchos casos, la violencia, se manifiesta contra la mujer como sufrimiento físico, sexual o mental en contra de ella. También en

otros casos la violencia incluye amenazas, o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada. También se considera víctima de abuso la criminalidad o sexual cuando ocurre mutilación genital.

No se consideran las manifestaciones de violencia intrafamiliar de mujeres hacia hombres por efectuarse muy raras veces y ser producto muchas veces de la defensa propia.

c) Factores que incrementan el abuso en el agresor

-Ser hombre.

-Presenciar violencia intrafamiliar.

-Ser víctima de abuso físico, psicológico o sexual en la niñez.

-Negligencia en el cuidado del niño.

-Uso del alcohol, drogas u otra clase de sustancia por parte de los padres.

d) Consecuencias

Los hijos de mujeres maltratadas pueden nacer con deficiencia de peso, los niños también pueden presentar problemas de salud y problemas en la escuela, también muchos niños para evitar el maltrato dentro de sus hogares huyen a las calles por lo que muchos son violados o llegan hacer adictos a las sustancias convirtiéndose más tarde en miembros de pandillas o simples delincuentes para lograr subsistir. Tanto los agresores como las víctimas de violencia intrafamiliar fueron víctimas o presenciaron la violencia en el hogar.

Debido a los efectos devastadores que genera lo interno de las familias, pone en peligro la estructura o la forma de la misma es decir, según la formación que se le dé al individuo así actuará dentro de la sociedad que lo rodea afectándola como también, a todos los miembros de la familia.

2.3.8 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.

En la actividad sexual se incluye cualquier tipo de penetración, roces o caricias de órganos genitales en contra de la voluntad (por lo tanto, esto puede ser acosos), o tocamiento de los órganos genitales del abusador como también, cualquier acción que inste 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). Los tipos de abuso sexual son la violación la cual es considerada, un delito sin importar la edad de la víctima y el estupro.

El abuso sexual en niños y niñas y jóvenes es difícil detectar dada, la variedad de indicadores que presenta y el hecho, de que la mayoría de las personas no conoce cuales son esos indicadores o bien, no presta atención al niño, niña o joven suficiente atención como, para notar que algo lo está afectando. Generalmente las personas piensan que si un niño, niña o joven se comporta diferente, esto se debe a que está tratando de ser independiente, llamar la atención, que se ha vuelto rebelde o que está pasando por la etapa difícil de la adolescencia. Un cambio en la conducta no significa necesariamente que la persona sea víctima de abuso, pero los cambios significativos en diferentes áreas del comportamiento, deben ser explorados como un posible indicador que requiere especial atención. Los indicadores antecitados, son especialmente representativos de abuso sexual.

a) Indicadores físicos.

Infecciones recurrentes en el tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual, ropa interior inexplicablemente manchada o rota. También sangrados alrededor de la boca del ano o vagina (también fisuras), aumento general de trastornos somáticos tales como; dolores de estómago, cabeza, etc., regurgitación o vómito de alimentos especialmente sí el ofensor ha introducido su pene en la boca del niño, niña o el joven (*felatio*), tono de voz o lenguaje propio de un niño o niña más pequeño y dolor o enrojecimiento en el área de la vagina, el pene o el ano.

También hay otros indicadores como lo son el mojarse en la cama (enuresis), ensuciarse en la ropa (encopresis), brotes o rasguños inexplicables, privarse voluntariamente de alimentos, picazón anormal en el pene o la vagina, olor extraño en el área genital, hallazgo de objetos pequeños en el ano o la vagina del menor embarazo temprano de 9 a 14 años de edad particularmente, dificultad para caminar o sentarse o vergüenza de su propio cuerpo.

Lamentable en muchos casos de abuso sexual en el niño, niña o joven no se reportan a las agencias sociales o a la policía ya que el abuso en un gran porcentaje es cometido por miembros de la familia y por lo general prefieren que el caso no se conozca. Lo que más preocupa es que los actos que pueden ser más peligrosos, aquellos que realiza una persona con acceso continuo al niño, niña o joven son los que menos se delatan.

Se han desarrollado materiales especiales para ayudar a los clínicos a entrevistar a los niños o niñas pequeñas a fin de determinar si se presentó un abuso sexual. Ya que con frecuencia, el abuso de los niños se convierte en un asunto legal surgen dudas acerca de si se puede confiar en la verdad de los reportes de los niños sobre el abuso. Un estudio de profesionales que con regularidad tratan con el abuso de los niños o niñas encontró, que en general creen que los reportes eran ciertos (*Conte y otros, 1991*) los factores que se tomaron en cuenta para hacer que los reportes fueran auténticos, incluyeron indicios físicos del abuso.

A pesar de que muchas personas parecen recuperarse del abuso sexual durante la niñez sin efectos a largo plazo, todavía no se tiene una idea sobre la forma en que otras pueden resultar afectadas. Los estudios de investigación sugieren que las clases de abuso que parecen ser más dañinas son aquellas que comprenden a las figuras parentales, el contacto genital y la fuerza (*Browne y Finkelhol, 1986*).

Conforme aumentan los reportes de abuso sexual en los niños, se ponen en práctica formas para proteger a los pequeños. Algunas campañas de información se concentran en el contacto que los niños tienen con extraños o personas que conocen. Para prevenir este tipo de agresión, es necesario enseñar a los niños a reconocer las señales de problemas y a tener la suficiente seguridad para informar a un adulto responsable. La forma en que se logran estas tareas representa un reto importante para los investigadores que se orientan hacia la prevención (*Repucci y Haugard, 1989*).

2.3.9 Enfermedades terminales y crónicas

La enfermedad crónica se define como un “trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo”. De acuerdo con otra definición, se trata de un "proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible".

Las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes entre otras, se han incrementado de una forma significativa y constituyen las principales causas de mortalidad y padecimientos en la población de todo el mundo. El 50% de los orígenes de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y comportamentales relacionados con aprendizajes y hábitos no saludables, tales como una alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentario y falta de ejercicio; patrones irregulares en el comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, el estrés y la depresión, esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y enfermedad, entre otros.

Ser diagnosticado con una enfermedad crónica como cáncer, diabetes o problemas del corazón suele asociarse con una serie de temores, miedos, perplejidad, incompreensión, incertidumbre, entre otros aspectos. En suma, el diagnóstico de estas enfermedades supone sufrimiento en mayor o menor grado. A pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la vida de los pacientes, y en cierto modo, el curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro. Si el afrontamiento de tales eventos privados/cognitivos supone respuestas literales de lo que esos miedos y preocupaciones "dicen o aconsejan hacer", se puede llegar a producir un empobrecimiento vital que termina por incrementar considerablemente el sufrimiento personal.

El trastorno de evitación experiencial (TEE) sería un componente central en tales casos, caracterizados por un patrón generalizado de rigidez conductual o inflexibilidad psicológica ante los eventos privados, que termina resultando limitante y empobrecedor para la persona. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) es una terapia que se está mostrando efectiva para alterar los

contextos verbales que tienen atrapado al paciente en el TEE y especialmente en casos en los que el sufrimiento es elevado y de carácter crónico. La ACT promueve la flexibilidad conductual, lo que permite a la persona aceptar los eventos privados en vez de tomarlos como barreras literales, y actuar con la responsabilidad que conlleva en pro de vivir una vida más plena, aún en condiciones difíciles debido a la enfermedad.

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas las investigaciones, y el desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, el dolor crónico, la artritis, el asma, la diabetes, el cáncer, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades reumáticas, la diabetes, el SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, entre otros. Por esto, en psicología de la salud y enfermedades crónicas las presentamos a profundidad. A continuación se describirán algunas enfermedades terminales y crónicas. Pero entre todas las enfermedades que acompañan juntamente a enfermedades crónicas y terminales tenemos una enfermedad que por lo general interfiere con el estado emocional del y hace su aparición en el estado anímico del paciente siendo esta, la depresión la que aparece casi en todos los cuadros clínicos pero también pueden aparecer otros trastornos del estado de ánimo como ansiedad, angustia, trastorno adaptativo con síntomas depresivos en el que un estresante es causante del estado de ánimo (diabetes) pero, en el que no se presenta ideas suicidas y así podríamos mencionar muchísimos más pero el que impera por sobre todos es la que muchos a veces no saben que la tienen o muchas veces si lo saben pero no le dan importancia y es, según lo refieren la enfermedad silenciosa. A continuación se describen los siguientes síntomas.

-Estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente.

-Sentimientos de desesperanza o pesimismo

-Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.

-Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.

-Fatiga crónica, falta de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta

-Pensamiento de muerte o suicidio; intentos de suicidio

-Insomnio o bien deseos de seguir durmiendo cuando acaba de dormir bastante tiempo.

-Inquietud, irritabilidad

-Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico como dolores constantes de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos.

Por lo general las personas deprimidas por la noticia de una enfermedad crónica o terminal se sienten sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas como seguir un tratamiento inconscientemente muchos buscan la forma de evitar seguir viviendo al no tomar los medicamentos; el problema es que el período de recuperación se prolonga y muchas veces debe de ser seguido, en una institución hospitalaria donde a veces muchos pacientes, se deprimen aún más. A continuación algunas terapias para ayudar al paciente a sentirse emocionalmente mejor.

a) Terapia de conversación ya sea individual o grupal,

Esto hace que los pacientes puedan expresar su dolor, los problemas por los que están atravesando como el poder resolverlos de la mejor forma posible y así poder lograr tener, una mejor calidad de vida. Existen también grupos de apoyo de sobrevivientes de enfermedades severas los cuales han sido de gran apoyo, ya que ellos han vivido esas mismas experiencias y han experimentado una gran cantidad de síntomas como los de la depresión etc. Hay otros grupos que se han formado en las iglesias y en los cuales también se puede encontrar paz y al mismo tiempo fortalecer o aprender a tener fe en el poder de Dios y así, poder ver la vida y la enfermedad desde otra perspectiva. Algunos terapeutas también utilizan la logoterapia para hacerle ver al paciente que aunque el ser humano asegure el tiempo de vida para una persona el que tiene la última decisión es Dios. Se puede incluir dentro de la logoterapia la historia de *Victor Frankl*; alguien quien también vivió muy de cerca el poder morir.

b) La psicoterapia de comportamiento también ayuda al paciente con ciertas enfermedades como por ejemplo la diabetes a que pueda encontrar la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También ayuda a guiar al paciente para que abandone patrones de conducta que

contribuyen o fueron consecuencias de su estado de ánimo actual. Hay otras más pero a continuación se mencionará otra que también sirve de gran ayuda.

c) Técnica (enojo bajo control)

-Preguntarle al paciente, qué lo enoja, de qué manera esa ira afecta su vida o a la de su familia. Luego pedirle que haga un seguimiento de los momentos en que el paciente. Pedirle que cada tarde, repase el día mentalmente o bien lo haga de manera escrita y conteste a las preguntas siguientes; cuándo se enoja, a qué hora, con quién se enoja y que hizo al respecto.

-Después de algunas semanas leer nuevamente enfrente del terapeuta o a solas las anotaciones y tratar de concentrarse en si hay algún patrón de conducta que le produzca un episodio de ira para modificar los pensamientos, las respuestas físicas y las actividades que alimentan su ira. Tratar de que el paciente identifique las señales de alerta cuando comienza a llenarse de ira. Y luego preguntarse así mismo o bien preguntar el terapeuta, si se siente tenso, evaluar si habla en voz más alta y más rápido que de costumbre.

-Informarle luego al paciente de que cuando sienta que la ira se apodera de el debe, intentar calmarse de la siguiente forma; hablar lentamente, beber un poco de agua, sentarse, recostarse y por ende llega automáticamente la tranquilidad. El seguir estos pasos no implica que deje de sentirse enojado, pero comienza hacerse cargo de la ira que tanto como los síntomas depresivos hunden más en la desesperación a la paciente. La ira puede llegar a ser también, un motor para el paciente la acción para el cambio y así poder hacer un mejor uso de ella y lograr una mejor calidad de vida.

2.3.10 Punto de vista médico (cáncer, diabetes y ataque cardíaco)

2.3.11 Ataque cardíaco

La enfermedad coronaria del corazón afecta a las válvulas de la sangre del corazón y puede causar ataques del corazón. Ya que la enfermedad del corazón es la causa de las muertes en la mujer debe ser motivo de preocupación para cada mujer. Una de cada diez mujeres entre las edades de 45 y 64 años sufren de alguna forma de enfermedad del corazón y esto ha aumentado de uno a cinco sobre mujeres de 65 años de edad. Las enfermedades cardiovasculares reclaman más vidas femeninas

cada año que las próximas dieciséis causas de muerte combinadas, y casi el doble de todas las formas de cáncer. La incidencia de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad, particularmente después de la menopausia. Las mujeres antes de entrar a la menopausia también están en riesgo de enfermedades cardiovasculares si estas tienen factores de riesgo cardíacos tales como; fumar, hipertensión, diabetes, colesterol elevado, demasiado estrés e historia familiar de la enfermedad cardiovascular prematura. Los cuatro riesgos mayores para una enfermedad cardiovascular son fumar cigarrillos, alta presión de la sangre y alto colesterol y manejar mucho estrés. Otros factores de riesgo tales como estar en sobre peso o tener diabetes también son condiciones para que la persona debiera estar bajo un control médico, igual sólo un factor de riesgo podría aumentar las probabilidades de tener problemas relacionados al corazón. Mientras más factores de riesgo tiene una persona más son sus posibilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares como un ataque cardíaco o ataque cerebral (apoplejía).

La enfermedad cardiovascular puede ser silenciosa pero usualmente tiene sus síntomas como la falta de fluido de sangre al músculo del corazón puede causar síntomas de incomodidad o dolor en el pecho, respiración corta, fatiga, y a veces palpitaciones y mareos por lo tanto hablando con el médico sobre los síntomas, seguido por una buena rutina de cuidado médico, son los primeros pasos necesarios para determinar si son necesarias más evaluaciones. Muchos factores de riesgo cardíaco pueden ser controlados, modificados o eliminados, incluyendo hipertensión, diabetes, colesterol elevado, fumar, y obesidad/inactividad física.

Para determinar esta enfermedad se necesitan exámenes diagnósticos para confirmar la presencia y para calcular la severidad de la enfermedad coronaria del corazón. Con frecuencia, más de un examen es necesario porque exámenes necesarios suplen diferente información. También, los pacientes varían en sus síntomas y puede que necesiten más de un examen para encontrar la condición cardíaca. Los exámenes primarios usados para diagnosticar una enfermedad cardíaca son los electrocardiogramas (ECG o EKG) y el examen para la tensión /examen de la rueda de *andartradmil* o ejercicio ECG). Existen diferentes criterios para la lectura de un EKG en las mujeres comparado con los hombres.

Algunos estudios enseñan que el estrógeno puede disminuir las posibilidades de desarrollar o disminuir la severidad de la enfermedad. Pero la terapia de estrógeno también tiene riesgos. Puede

que aumente el riesgo de cáncer del seno y cáncer del útero. El paciente y el doctor deberán decidir si los beneficios de terapia de hormonas merecen el riesgo o buscar alguna otra hormona natural ya que se debe considerar a la salud en su totalidad.

Ahora bien cuando ya se han producido ataques al corazón, las intervenciones psicológicas ayudan antes y después de los episodios. El breve asesoramiento psicológico antes de las intervenciones médicas ayuda para que se esté menos tiempo en la unidad de cuidados intensivos, se tenga menor malestar emocional y haya una permanencia más corta en el hospital. Después de los ataques del corazón, la terapia de grupo para pacientes en recuperación mejora el bienestar psicológico y reduce el índice de mortalidad en los primeros tres años de la recuperación. Además, los estudios han demostrado que dos horas de asesoramiento psicológico a la semana durante siete semanas reducen un 60 por ciento el índice de re-hospitalización para los pacientes con problemas cardíacos.

2.3.12 Diabetes

La diabetes es un desorden del metabolismo, es el proceso que convierte el alimento que se ingiere al organismo para convertirlo en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (la insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago). En personas con diabetes uno de los dos siguientes componentes falla siendo estos; el páncreas porque ya no produce, o produce poca insulina (tipo I); o bien las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (tipo II).

Hay dos tipos principales de diabetes. Tipo I es el dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. En el tipo II, que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad. Es importante llevar un buen control de la diabetes porque este defecto de la insulina provoca que la glucosa se consolide en la sangre, de forma que el cuerpo se ve privado de

su principal fuente de energía. Además los altos niveles de glucosa en la sangre pueden dañar los vasos sanguíneos, los riñones y los nervios. Un buen control de los niveles de azúcar es posible mediante las siguientes medidas básicas como; una dieta planificada, actividad física, manejo del estrés, toma correcta de medicamentos, y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre.

Gracias a una serie de avances tecnológicos de los últimos años es más fácil mejorar el control del nivel de azúcar en la sangre. Mucha gente que padece el tipo I de diabetes ha podido mejorar su control mediante terapias intensivas de insulina, mediante múltiples inyecciones diarias, o mediante bombas de insulina. La *The Food and Drug Administration (FDA)*, ha aprobado el humador que es un nuevo tipo de insulina de acción rápida que debe ayudar a controlar el aumento de azúcar que ocurre inmediatamente después de comer. Las investigaciones más avanzadas buscan desarrollar una pequeña bomba de insulina implantable que hiciera innecesarias las inyecciones.

Existe una nueva píldora para el tratamiento de diabetes del tipo II que es el *Glucóphago* (metformina) el cual funciona aumentando la sensibilidad del cuerpo a la insulina. A diferencia de otras píldoras, que tienden a causar un aumento de peso, el *Glucóphago* a su programa, *precose (acarbose)*, otro tipo de píldora novedosa, funciona bloqueando la absorción de fécula, con lo cual se reduce la oleada de azúcar que se produce inmediatamente después de comer. Continuando con el progreso de mejorar los síntomas de la diabetes se siguen confeccionando aparatos con los que los pacientes pueden medir su nivel de glucosa en su propio hogar. Cada vez son más pequeños y más rápidos que los modelos anteriores, y funcionan con muestras de sangre más pequeñas. Uno de los mejores indicadores del control de la diabetes es el *Test* de hemoglobina *Glycosylatada* que muestra el nivel de azúcar promedio sobre un período de tres meses. Esta prueba debiera usarse con frecuencia para mejorar el control de la diabetes, y de esa forma reducir el riesgo de complicaciones de la enfermedad.

Los pacientes también pueden afrontar mejor su enfermedad y calidad de vida con técnicas de meditación, relajación, con *yoga*, *gi gong*, psicodrama cognitivo y cambios psicológicos significativos que afectan su ingesta de alimentos y la actividad física.

2.3.13 Cáncer

El cáncer no es una enfermedad, sino más bien muchas enfermedades. De hecho, hay cien tipos diferentes de cáncer. Todos los cánceres empiezan en las células. Las células son las unidades básicas que forman los tejidos del cuerpo. Para entender mejor qué es el cáncer, es necesario saber cómo las células normales se vuelven cancerosas y es cuando el cuerpo está compuesto de muchos tipos de células. Estas células crecen y se dividen para producir nuevas células conforme el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen, mueren y éstas son reemplazadas por células nuevas pero a veces, este proceso ordenado se divide de las células descontrolándose y entonces las células nuevas, se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita. Cuando esto pasa, las células viejas no mueren cuando deberían morir y estas células que no son necesarias, pueden formar una masa de tejido. Esta masa de tejido es lo que se le llama tumor. No todos los tumores son cancerosos ya que pueden ser, benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos y generalmente, se pueden extraer (extirpar). En la mayoría de los casos, estos tumores no vuelven a crecer. Las células de los tumores benignos no se diseminan o riegan a otros tejidos o partes del cuerpo.

Los tumores malignos son cancerosos. Las células en estos tumores pueden invadir el tejido a su alrededor y diseminarse (regarse) a otros órganos del cuerpo. Cuando el cáncer se disemina o riega de una parte del cuerpo a otra, se llama metástasis.

El nombre del cáncer depende del órgano o tipo de célula donde empezó u originó. Por ejemplo, el cáncer que empieza en el estómago se llama cáncer de estómago. Algunos cánceres no forman tumores por ejemplo, la leucemia es un cáncer de la médula (tejido esponjoso se encuentra dentro de los huesos).

En el cáncer la etapa o estadio describe la extensión o gravedad del cáncer que aqueja al paciente. El conocer la etapa de la enfermedad ayuda al médico y al profesional de la salud mental a planear, el tratamiento y a estimar el pronóstico.

-Los sistemas de estadificación (extensión o gravedad del cáncer) han evolucionado con el tiempo y siguen cambiando conforme los científicos aprenden más sobre el cáncer)

-El sistema de estadificación TNM está basado en la extensión del tumor (T), la diseminación a los ganglios linfáticos (N) y la metástasis (diseminación a otras partes del cuerpo (M)). La mayoría de los cánceres se pueden describir como; etapa 0, etapa I, etapa II, etapa III, etapa IV.

-Exámenes físicos, estudios de imágenes, pruebas de laboratorio, informes de patología e informes de cirugía proporcionan información para determinar la etapa del cáncer.

Las terapias psicológicas utilizadas en pacientes con cáncer han mostrado mejorías en su salud física como en su calidad de vida. La terapia de grupo, la hipnosis y el entrenamiento en relajación son útiles para mejorar el estado de ánimo de los pacientes, disminuyendo su malestar emocional y mejorando su capacidad de enfrentar los tratamientos con quimioterapia y radioterapia.

Las intervenciones psicológicas en los ataques del corazón ayudan antes y después de los episodios. El breve asesoramiento psicológico antes de las intervenciones médicas ayuda para que se esté menos tiempo en la unidad de cuidados intensivos, se tenga menor malestar emocional y haya una permanencia más corta en el hospital. Después de los ataques del corazón, la terapia de grupo para pacientes en recuperación mejora el bienestar psicológico y reduce el índice de mortalidad en los primeros tres años de la recuperación. Además, los estudios han demostrado que dos horas de asesoramiento psicológico a la semana durante siete semanas reducen un 60 por ciento el índice del re-hospitalización para los pacientes con problemas cardíacos.

Por último los pacientes con diabetes pueden afrontar mejor su enfermedad y calidad de vida mediante técnicas de meditación, yoga, qi gong, psicodrama cognitivo y cambios psicológicos significativos que afectan su ingesta de alimentos y la actividad física.

2.4 Psicopatología

El término psicopatología etimológicamente viene de *psyché* (*psyjé*): alma o razón. *Páthos* (pazos): enfermedad. *Logía*: o logos: que significa discusión o discurso racional, que puede ser usado en dos sentidos primero como designación de un área de estudio: 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

enfermedades o trastornos mentales. También puede ser usado como término descriptivo: aquella referencia específica a un signo o síntoma que se pueda encontrar formando parte de un trastorno mental.

2.4.1 Métodos de psicodiagnóstico

Conjunto de herramientas y procedimientos básicos que se utilizan para poder emitir un diagnóstico adecuado del estado psicológico del paciente. Dicho proceso no es instantáneo, se debe desarrollar una relación entre el psicólogo/a y el o la paciente, con el objetivo hacer una descripción lo más profunda posible de la personalidad del sujeto. El término diagnóstico se remite a sus orígenes al terreno de la medicina, asociándose directamente con la definición de la naturaleza de los padecimientos sufridos por los enfermos. El diagnóstico tiene por objeto la obtención de un conjunto de indicadores que posibilitan el conocimiento sistematizado de una situación determinada, así como la planeación de acciones para decodificar su futuro.

En numerosos campos de la psicología teórica y aplicada se emplean las entrevistas, la observación, evaluaciones de clasificación de los trastornos, *tests* de inteligencia en los albores de la psicología científica, que miden la capacidad de un individuo para relacionarse con su entorno desarrollados el siglo XX, el test de personalidad, pruebas proyectivas y una variedad más; como también, sistemas para llevar a cabo la clasificación del trastorno.

2.4.2 La entrevista

La entrevista sigue siendo el instrumento de evaluación que se emplea con mayor frecuencia. Las entrevistas clínicas son de dos tipos de evaluación y terapéuticas. El propósito de la entrevista de evaluación y diagnóstica es recopilar información y evaluar la conducta. Con base en la conducta verbal y no verbal del paciente durante la entrevista, el entrevistador trata de comprender la razón por la cual el paciente busca ayuda y qué se puede hacer desde un punto de vista terapéutico. La entrevista terapéutica (o sesión de terapia) ocurre después de que se realizó una evaluación preliminar. Su objetivo es la verdadera modificación de la conducta y las actitudes desadaptadas.

Por lo general en las entrevistas participan dos individuos el entrevistador y el cliente, aunque en ocasiones se incluyen a otras personas, como los miembros de la familia,. Estos últimos también pueden entrevistarse por separado. Con frecuencia, las decisiones del tratamiento se basan en gran

medida en los datos que se recopilan durante la entrevista de evaluación, que puede comenzar como una llamada telefónica y continuar después con un encuentro personal. La entrevista de evaluación busca identificar los problemas determinar la naturaleza y extensión de la conducta desadaptada. Por lo regular, los entrevistadores comienzan por tratar de descubrir la forma como el cliente describe, entiende e interpreta su propio problema. En algunos casos, la queja no es específica, en otros casos, puede parecer demasiado clara. Entonces, el entrevistador puede obtener una mejor comprensión de los agentes desencadenantes de estrés que estaban presentes en la vida del cliente mientras se desarrollaba el problema.

A) Componentes de la entrevista clínica

a) Rapport: se refiere a la forma como el entrevistador y el paciente se relacionan entre sí. Para llegar al *rapport*, el entrevistador busca hacer que el paciente se sienta cómodo y muestra interés por el problema que se analiza dependiendo del paciente y el problema, el entrevistador elige técnicas para crear el *rapport* y obtener información. Estas técnicas van desde las preguntas abiertas hasta el desafío con mucho tacto de algo que dice el paciente.

b) Escala mental

para determinar el nivel mental en el cual funciona el paciente, el entrevistador debe evaluar las respuestas queda a las preguntas son claras o confusas, agradables o con enojo, orientadas hacia la realidad o llenas de ideas extrañas.

c) Diagnóstico

El entrevistador revisa en forma continua su formulación de los problemas y la personalidad del paciente. Este proceso incluye un diagnóstico.

d) Entrevista estructurada

La entrevista estructurada o estandarizada, utilizan una serie de preguntas estándar para determinar si están presentes algunos síntomas específicos. La estandarización se logra al proporcionar al entrevistador un glosario de definiciones de síntomas, una serie de preguntas que son pertinentes a los síntomas, un conjunto de temas sobre los cuales se debe obtener información y puntos de

interrupción que indican cuándo dejar de insistir en un tema particular. Además, el clínico recibe instrucciones para evaluar la presencia y severidad de los síntomas en término numéricos. La mayor parte de las entrevistas estructuradas permiten que el entrevistador inicie con una forma estandarizada en circunstancias específicas. El entrevistador también tiene la opción de seguir líneas de encuesta (que incluyen el regreso a una línea anterior de preguntas o el cambio a una sección totalmente distinta) sugeridas por las respuestas.

e) Entrevista diagnóstica

El programa de entrevista diagnóstica (DIS) ilustra el potencial de la entrevista estructurada (Robin y otros, 1981). El DIS está diseñado para permitir el diagnóstico de trastornos seleccionados, como el de pánico. Una persona que sufre este último tiene ataques de ansiedad recurrentes que con frecuencia son impredecibles, a pesar que ciertas situaciones, como viajar en autobús pueden llegar a relacionarse con un ataque de pánico. Los ataques de pánico son notorios por su frecuencia, severidad y síntomas, que incluyen sudoración, temblor, desmayo y palpitaciones cardíacas.

La sección del DIS que se refiere al trastorno de pánico, ofrece las preguntas siguientes y los procedimientos para interpretar las respuestas y derivar la clasificación apropiada como las siguientes.

- ¿Se presento un ataque de pánico?
- ¿Cuántos ataques de pánico se han presentado?
- ¿Los ataques son recurrentes en lugar de aislados?
- ¿Los ataques son característico de la vida de la persona en vez de estar limitados a un período breve y atípico?
- ¿A qué edad empezaron los ataques?
- ¿Los ataques se pueden explicar como síntoma de otro trastorno?
- ¿La persona está tensa, nerviosa o muy sensitiva entre cada ataque?

El DIS sigue evolucionando y ahora incluye procedimientos, encuestas y criterios apropiados par emplearlos con grupos específicos de síntomas. En forma periódica, se agregan grupos nuevos. Las preguntas se formulan no sólo acerca de los síntomas, sino también sobre las experiencias recientes

y pasadas que se relacionan con la aparición de éstos. Por ejemplo, en el caso de bulimia, cuyo síntoma principal es comer en exceso, las preguntas se hacen con respecto a los tipos de alimentos que se consumen, el estado de ánimo que presenta la persona durante y después de la comida excesiva, el ambiente en el que se come, cómo terminan estos períodos, el aumento de peso. La aparición y presencia más reciente del trastorno se determina a partir de las fechas del primero y el más reciente período cuando se comió en exceso.

2.4.3 Ejes del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM)

El concepto multiaxial básico del DSM es que es necesario evaluar en forma integral, diferentes áreas de información sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la condición de una persona. Los cinco ejes del sistema del DSM ilustran este enfoque.

a) Eje I

Consciente de lo que es la clasificación primaria o diagnóstico del problema que requiere atención (por ejemplo el miedo a las alturas)

b) El eje II

Clasifica cualesquiera de los trastornos del desarrollo o de la personalidad que empiezan en la niñez o la adolescencia y que, por o general, continúan de manera estable hasta la edad adulta. Algunos ejemplos son el retraso mental y los trastornos de la personalidad como una tendencia injustificada a interpretar las acciones de los demás como una amenaza.

c) Eje III

Se refiere a cualquiera de los trastornos físicos que parecen ser pertinentes para un caso (por ejemplo, del paciente con respecto a los ataques cardíacos).

d) Eje IV

Califica la severidad de los causantes psicosociales de estrés en el pasado inmediato del paciente que pueden haber contribuido al problema clínico, y quizás tenga una influencia sobre el curso del tratamiento (por ejemplo, divorcio, muerte de un pariente, pérdida del trabajo. También se hace notar si el estrés es agudo o crónico.

e) El eje V

Contiene una evaluación global del funcionamiento psicológico, las relaciones sociales y las actividades ocupacionales que presenta el paciente. Se califican tanto el funcionamiento actual como el nivel más elevado del funcionamiento durante el año anterior. Es probable que el comportamiento de dos personas que presentan trastornos severos, se interprete de manera diferente e incluso se le de tratamiento distinto si una tiene antecedentes de buenas relaciones con los demás y un registro de trabajo excelente, mientras que la otra tiene antecedentes de inadaptación social e incapacidad de conservar un trabajo,

En 1980, se realiza un esfuerzo especial para que sea tan específico como sea posible al describir las principales categorías de diagnóstico y, al enlistar los síntomas y factores pertinentes para los trastornos en particular. Estos incluyen las características típicas del trastorno, la edad en la cual por lo general se desarrolla, su probable pronóstico o resultado, el grado de deterioro social y ocupacional que comprende, las posibles complicaciones (por ejemplo, los intentos de suicidio por parte de los individuos deprimidos), los aspectos de la vida de una persona que aumentan el riesgo de un trastorno severo, las diferencias sexuales y los patrones familiares implicables.

2.4.4 Evaluación del enfoque multiaxial DSM

El DSM-III, DSM-R y DSM-IV-TR difieren de los manuales de clasificación anteriores en el énfasis que dan a la descripción de los problemas clínicos, en lugar de interpretarlos y enlistar los criterios específicos para cada categoría diagnóstica. Este cambio se presentó como resultado de la preocupación que los diagnósticos psiquiátricos con frecuencia son poco confiables porque se basan en suposiciones sobre las causas subyacentes de los problemas. Una revisión de los sistemas de diagnóstico anteriores ilustrará el curso que los clínicos siguen al clasificar la conducta normal.

El DSM-I, se publicó en 1952, y el DSM-II, que se publicó en 1968, eran volúmenes bastante pequeños que el DSM-II, DSM-III y el DSM-IV. Los DSM recientes son mucho más extensos porque cubren un panorama más amplio de las desadaptaciones, utilizan más ejemplos de las clasificaciones particulares, y, por el hecho que el propósito de los DSM recientes son una descripción confiable y clara de los trastornos. El lenguaje tanto del DSM-I como del DSM-II tenía gran influencia de la teoría psicoanalítica y los manuales centraban la atención en procesos internos

que no se pueden observar. Como resultado de ello, con frecuencia los diagnósticos de los clínicos variaban mucho. Por el contrario, los DSM recientes utilizan un lenguaje mucho más preciso. Otra razón para la superioridad de los DSM más recientes es que en su desarrollo, se llevaron a cabo extensas pruebas de campo en las que estas pruebas incluyeron a miles de pacientes y cientos de clínicos que revisaron los DSM para facilitar su uso y aumentar la confiabilidad, así como para corregir las definiciones antes de la publicación.

A pesar que representan avances en la clasificación clínica, nadie cree que los DSM recientes sean definitivos en materia de diagnóstico ya que entre sus limitaciones se encuentran la desconfianza continua en los juicios clínicos basados en la impresión del clínico. Quizá sea mejor considerar los DSM recientes como conjuntos de lineamientos para caracterizar los problemas clínicos y se preocupan principalmente de la descripción de estos problemas. Además los expertos que han dedicado toda su carrera a estudiar un tema específico, como por ejemplo la esquizofrenia, presentan grandes diferencias de opinión acerca de qué tipos de conducta se deben analizar. Es probable que las principales contribuciones del DSM-III, DSM-R y DSM-IV resulten ser el conocimiento nuevo, creado por los argumentos que lo han estimulado.

2.4.5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición. (DSM-IV-TR)

Es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

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

A) Ejes

a) Eje I:

Reporta la mayoría de los trastornos o condiciones incluidas en el sistema de clasificación, excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Cuando es necesario describir exactamente a un individuo en particular, se puede listar más de un trastorno en el eje I. En tal caso, el diagnóstico principal se presenta primero.

b) Eje II

Trata con trastornos de la personalidad y retraso mental, que empiezan ambos en la niñez o en la adolescencia y que por lo general, continúan hasta la edad adulta. Un ejemplo sería el trastorno de la personalidad en el cual existe una tendencia injustificada a interpretar las acciones de los demás como una amenaza. El eje II también se puede utilizar para señalar características de la personalidad desadaptada y mecanismos de defensa que no cumplen con todos los criterios de un trastorno de la personalidad.

c) Eje III

Describe condiciones médicas generales que parecen relevantes para un caso (por ejemplo, los antecedentes de un paciente con respecto de los ataques cardíacos)

d) Eje IV

Describe los problemas psicosociales y ambientales (por ejemplo, problemas de vivienda, un evento negativo de vida o estrés familiar). En algunos casos, otros problemas y pueden ser el resultado de dificultades de ajuste creados por el trastorno.

e) Eje V

Es una evaluación global del funcionamiento psicológico, social y de las actividades ocupacionales del paciente. El clínico lleva a cabo una evaluación global del funcionamiento (EGF) al cual califica con una escala del 1 al 100. Las calificaciones bajas indican que los individuos representan un peligro para ellos mismos y para los demás. Las calificaciones altas indican un funcionamiento bueno o superior (por ejemplo, intervenir en una variedad de actividades y ser eficaz en las relaciones interpersonales).

2.4.6 Clasificación estadística internacional de enfermedades 10ma. revisión (CIE-10)

Es la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, en su 6ª edición, por primera vez incluyó un apartado sobre trastornos mentales.

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

Un informe psicológico, es un informe escrito y confidencial que expone verbalmente los resultados de un proceso de psicodiagnóstico y que generalmente va dirigido al solicitante del mismo (médico especialista tratante, psicólogo/a tratante, encargado de selección de personal de una empresa, profesor/a jefe/a. Uno de los problemas éticos mas comunes en el proceso psicodiagnóstico es, que no se trata simplemente de “etiquetar” o clasificar” al paciente, sino de realizar una intervención adecuada con el propósito de beneficiar a la persona.

2.4.7 Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)

Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico comprende cuatro partes. Dado que la GLADP se plantea adaptar la CIE a América Latina, tiene las mismas diferencias con el DSM que ella. Cabe destacar que la GLADP plantea dos componentes para arribar a un diagnóstico completo. En el primer componente se plantea lo siguiente:

Eje I.

Trastornos clínicos y problemas relacionados. Incluye a las clases, categorías y subcategorías de la CIE 10, problemas del individuo que, sin ser enfermedades, requieren de atención clínica y los síndromes culturales latinoamericanos. Su equivalente en la CIE 10 es el capítulo V ó F y corresponde a las condiciones albergadas en los ejes I, II, III, del DSM-IV-TR

Eje II.

Discapacidades. Correspondería al eje II de la CIE y al eje IV del DSM-IV-TR.

Eje III.

Factores contextuales: corresponde al eje III de la CIE y al eje IV del DSM-IV-TR.

Evalúa intensidad y frecuencia. Se codifica de ninguna a masiva de acuerdo a:

0 Ninguna: no hay discapacidades identificables en esta área

1 Mínima: perceptible, pero baja en intensidad y frecuencia

2 Moderada: mediana en intensidad y frecuencia

3 Importante: mediana en intensidad y frecuencia

4 Grave: alta en intensidad y frecuencia, moderada o baja en la otra

5 Masiva: alta en intensidad y frecuencia

Eje IV

Calidad de vida: está basada en la percepción del paciente y formulada a través de una calificación global directa o de un instrumento estandarizado. Es útil tomar la opinión de la familia.

El segundo componente es la parte idiográfica: se expresa con lenguaje coloquial, es lo más idiosincrásico del paciente. Es fundamentalmente cualitativo y se vincula con la investigación etnográfica. Incluye:

-Problemas clínicos y su contextualización desde una perspectiva compartida del clínico, paciente y la familia. Se debe dejar constancia de desacuerdos si los hubiese. Este punto incluye la síntesis de los problemas así como los mecanismos implicados desde las disciplinas que sean pertinentes.

-Factores positivos del paciente pertinentes al tratamiento y promoción de la salud.

-Expectativas sobre restauración y promoción de salud del paciente.

2.5 Psicoterapia

Se le llama así, al tratamiento de los trastornos mentales, emocionales, de personalidad y comportamiento, mediante métodos como el dialogar, el escuchar y orientar. También se llama terapia de conversación.

Todas las formas de psicoterapia comprenden intercambios entre un paciente y un terapeuta. Estos intercambios, que son no verbales y verbales, buscan la comprensión de lo que se encuentra en la mente del paciente. Después, esta comprensión de lo que se encuentra en la mente del paciente. Después, esta comprensión se utiliza como base para los esfuerzos por cambiar las formas inadaptadas de pensar, reaccionar, reaccionar ante las situaciones y relacionarse con los demás, que tiene el paciente.

Los principales modelos de la psicoterapia actual pueden ser agrupados en cinco orientaciones (*Feixas y miró*, 1993). Entre los modelos se encuentran los psicodinámicos, los modelos humanísticos-existenciales y los modelos conductuales.

Fuerzas pulsionales de la libido el concepto de pulsión de muerte (*Thanatos*). A esta época pertenecen a las obras "Introducción a la metapsicología"(1915), A partir de ese momento el Yo se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico, y el psicoanálisis se dirige a aliviar al Yo de las presiones tanto del ello como del superyó.

Los principales disidentes del psicoanálisis freudiano (*Adler y Jung*) hablan formando parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos psicológicos y psicoterapéuticos.

Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación proponiendo un método terapéutico más directivo centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales y es el fundador de las primeras clínicas de trabajo psicológico con problemas infantiles.

Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobretodo en las religiones.

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes; los que hacen un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objetales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destaca las aportaciones de la llamada Psicología del Yo y de las relaciones objetales (*Sullivan, Hartman, Rappaport, y Anna Freud* . Otra tendencia destaca el papel de las experiencias tempranas en el funcionamiento de la personalidad. Una tercera línea intenta aplicar el psicoanálisis a otras patologías distintas a las neurosis como las psicosis y los trastornos de personalidad (*From, Reichman, Sullivan, kohut y kemberg*). Una cuarta línea destaca el papel de los aspectos psicosociales en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (*Sullivan, Fromm, Erikson*). Una quinta línea, muy relevante para la psicoterapia, alica formas breves de psicoterapia psicoanalítica basadas en la investigación (*Mann, Sifneos, Malan, Davanloo y Strupp*). Otra quinta línea retoma el psicoanálisis en un intento de volver a sus fuentes a partir de la obra de J. Lacan y su tesis del Inconsciente estructurado como un lenguaje. Por último, una sexta línea, la más actual, intenta de acercar el psicoanálisis a los modelos de la psicología cognitiva (*Erdely, Peterfreund, Bowlby, Arieti*). La nota común es la diversidad. A continuación se menciona la manera en la que se trabajan algunas psicoterapias.).

2.5.1 El psicoanálisis

Es un subtipo específico de la psicoterapia. El psicoanalista sostiene una serie de sesiones con el cliente para determinar si esta aproximación terapéutica es la adecuada. Un psicoanálisis requiere un promedio de dos a cinco años, por lo general con cuatro o cinco sesiones por semana. Con los años, se incrementa el número total de sesiones. En contraste con la terapia psicodinámica, el cliente se recuesta en un sofá y el terapeuta se sienta fuera del alcance de la vista dl cliente con el objeto de evitar distraerlo del proceso de asociación libre. En la asociación libre el paciente, expresa los pensamientos y sentimientos en la manera más libre y desinhibida posible. Esta expresión da como resultado un flujo de ideas que no se limita con interrupciones ni explicaciones. El análisis de los sueños y fantasías también es importante en el psicoanálisis en un grado más alto que en las otras terapias psicodinámicas.

Una característica importante de muchas formas de psicoterapia es la transferencia, el desplazamiento por parte del paciente del afecto y los sentimientos de una persona importante

(madre, padre, cónyuge) a otra, de manera específica al terapeuta. En la transferencia positiva, el paciente se siente amigable y cariñoso con el terapeuta. En la transferencia negativa, predomina la hostilidad. La contratransferencia se refiere a las reacciones emocionales del terapeuta hacia el paciente. Para el éxito del tratamiento, es importante que el terapeuta esté consciente de las reacciones de contratransferencia. Es probable que estas también proporcionen claves importantes sobre las relaciones del cliente con otras personas. Los psicoanalistas deben ser analizados por la creencia de que *insight* aumenta la conciencia de sus reacciones de contratransferencia.

En las etapas iniciales de la psicoterapia, se deben buscar respuestas tentativas para varias preguntas; ¿Por qué el cliente recurrió a mí?, ¿Cuáles son los problemas de presión desde el punto de vista del cliente?, ¿De qué problemas subyacentes no está consciente el cliente?, ¿Será posible ayudar al cliente a que explore estos problemas subyacentes?. Las respuestas a estas preguntas ayudan al terapeuta a establecer objetivos y decidir las tácticas para las etapas posteriores de la terapia. Con frecuencia, los clientes sienten que como resultado de su experiencia en la terapia, son capaces de verse a sí mismos, su vida anterior y las personas en su vida desde un punto de vista más objetivo.

La identificación de las reacciones subjetivas tanto de clientes como de terapeutas ante lo que sucede en las sesiones de terapia, es una labor importante de la investigación. El estudio de sesiones de psicoterapias buenas y malas ilustra la forma en que se puede lograr este planteamiento.

Entre los conceptos fundamentales se suele definir el psicoanálisis desde cuatro niveles (*Laplanche y Pontalis, 1968; Baker, 1985*).

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

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

El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales; la asociación libre, el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y el análisis de resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (regla de abstinencia, regla de atención flotante).

A) Algunos procesos

a) Asociación libre

Consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas. A veces el terapeuta insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio pensamiento va generando en su propio discurso.

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

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres). La reexperimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes (que van haciendo mas conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina análisis de la transferencia.

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

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

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

b) Hipnosis

La hipnosis es el proceso de inducir un estado parecido al trance, en el cual la persona que se hipnotiza es receptiva a las sugerencias que hace el hipnotizador. Además de la receptividad a las sugerencias, el estado hipnótico se caracteriza por un estado alterado de conciencia en el cual parecen aumentar al máximo la atención y concentración focalizadas. La persona que está hipnotizada parece estar muy atenta a la experiencia interna durante la sesión de hipnotismo. Algunos psicoterapeutas emplean la hipnosis con varios propósitos; sugerir cambios específicos en el pensamiento o comportamiento, como ayuda en la psicoterapia (por ejemplo, para ayudar a que un paciente supere la ansiedad o maneje las ideas que le molestan) y para aumentar la relajación. A pesar que la técnica se ha empleado durante años en el aspecto clínico, la investigación sobre la hipnosis apenas empieza. Existen bastantes controversias acerca de lo que en realidad es la hipnosis y si en realidad comprende un estado parecido al trance. Debido a su éxito para inducir estados que

parecen involucrar relajación ha despertado el interés de los terapeutas conductuales, así como de los psicoterapeutas para seguir aplicándola e investigando todavía más esta técnica.

2.5.2 El modelo Psicodinámico

La mayoría de los psicoterapeutas se apegan a un tipo de teoría psicodinámica o cognoscitiva. Las orientaciones psicodinámicas hacen énfasis en el papel del conflicto inconsciente en la causa de los problemas personales, en tanto que las orientaciones cognoscitivas hacen énfasis en el papel del pensamiento irreal o irracional. Muchos psicoterapeutas emplean tanto los conceptos Psicodinámico como cognoscitivo para trabajar con sus clientes.

En el transcurso de su trabajo y sin importar sus orientaciones teóricas, los psicoterapeutas deben realizar tres labores; escuchar, entender y responder. El terapeuta escucha al paciente con el objeto de aprender sobre sus preocupaciones. Escuchar cumple con dos funciones; permite que el terapeuta conozca los temas que el paciente trata en forma espontánea y proporciona la información pertinente para la hipótesis del terapeuta sobre los problemas del cliente. Escuchar ofrece una base para que el terapeuta comprenda el concepto que tiene el paciente de sí mismo y su perspectiva del mundo.

Al escuchar y comprender, el terapeuta puede responder. La respuesta debe ser una pregunta que se dirige a la obtención de mayor información o puede ser un comentario. Este último debe ser una interpretación de lo que sucede en la sesión o en las relaciones interpersonales del paciente. Estas relaciones se pueden dividir en tres categorías. La relación actual en el tratamiento, las relaciones actuales fuera del tratamiento y las relaciones anteriores.

La relación actual en el tratamiento tiene que ver con la interacción entre el terapeuta y el cliente. Los terapeutas se interesan en determinar el grado en el cual estos tres tipos de relaciones se pueden enlazar; por ejemplo, ¿los conflictos entre el cliente y el terapeuta son similares a los conflictos anteriores con sus padres o los actuales con su cónyuge o amigo?. Además de buscar una continuidad en las relaciones interpersonales, el terapeuta deberá siempre estar atento a los temas que se vuelven a presentar durante varias sesiones.

A pesar que el psicoanálisis ejerce gran influencia en el desarrollo de la terapia psicodinámica, en la actualidad existe una gran variedad de aproximaciones terapéuticas psicodinámicas. Ya que el psicoanálisis se lleva mucho tiempo y es costoso, sólo una pequeña parte de las personas que desean someterse a éste pueden experimentar esa forma de terapia. Sin embargo, las técnicas y conceptos del psicoanálisis se utilizan con mucha frecuencia en formas que lo hacen más accesibles para el tratamiento de más pacientes por parte de muchos terapeutas con orientación psicodinámica. La terapia psicodinámica por lo general se realiza con el cliente y el terapeuta sentados uno frente al otro o casi frente al otro. Se alienta al cliente para que revise las relaciones anteriores con sus padres y otras personas importantes, pero el terapeuta también dirige la atención a las situaciones que enfrenta el cliente en la actualidad. Se espera que el cliente lleve la mayor parte de la conversación, mientras que el terapeuta psicodinámico incluye, de manera ocasional, frases aclaratorias para ayudar al cliente en la comprensión de la dinámica del problema que lo llevó a buscar ayuda profesional.

Varias formas de psicoterapia no están de acuerdo con las suposiciones de la teoría psicodinámica aunque las modifican en cierta forma. Los *neofreudianos* aceptan la mayor parte de los principios psicodinámicos pero rechazan el énfasis que la teoría psicoanalítica da a los impulsos inconscientes. Las terapias humanistas dan importancia al deseo por parte de las personas de lograr el respeto de sí mismas. Los terapeutas existenciales, cuyos puntos de vista con frecuencia se superponen con los de los terapeutas humanista, hacen énfasis en la necesidad de confrontar las preguntas básicas sobre la existencia, como ; ¿Cuál es el significado de mi vida? ¿Me escondo de mi mismo?.

2.5.3 Terapia centrada en el cliente

Carl Rogers, es el creador de la terapia centrada en el cliente, consideró que el individuo busca el crecimiento personal pero necesita el apoyo de un terapeuta que lo aprecia y acepte. El terapeuta es un facilitador no directivo que alienta la autoexploración del paciente y sus esfuerzos por lograr más madurez y confianza en sí mismo.

Mientras que en la terapia psicodinámica tradicional la relación terapéutica y las interpretaciones del terapeuta ayudan a los pacientes a resolver los problemas personales, en la terapia centrada en el

cliente un terapeuta que no emite juicios, facilita el proceso de comprensión de sí mismo al servir como espejo para el paciente.

Como grupo los terapeutas que se centran en el cliente se encuentran entre los líderes en la investigación de lo que en realidad sucede en la psicoterapia. Rogers consideró la psicoterapia como un proceso de crecimiento y alentó el estudio objetivo de los sucesos que ocurren en el transcurso de la terapia. Reconoció que las ideas de la gente y la forma de ver el mundo influyen en su vida emocional.

El terapeuta que se centra en el cliente cree que las percepciones y cogniciones determinan si un individuo tiene relaciones interpersonales cálidas y positivas o relaciones forzadas que provocan emociones desagradables. Conforme el paciente reestructura su punto de vista del mundo, las emociones problemáticas como la ansiedad y el enojo se vuelven menos fuertes. Los terapeutas centrados en el cliente creen que las personas no son destructivas de manera innata, pero sí tienen sentimientos negativos. Desde esta perspectiva, estos sentimientos se consideran una consecuencia de las distorsiones que se imponen desde el exterior y que obligan a las personas a alterar sus comportamientos y sentimientos en forma muy parecida a una semilla que se encuentra atrapada debajo de un ladrillo y tiene que desviar su crecimiento para alcanzar aire y sol. Rogers consideró la terapia como orientada en el presente y existencial. Las etiquetas y los diagnósticos no eran útiles. Lo que se necesitaba era una consideración positiva incondicional, que se reflejaba en la forma de escuchar del terapeuta sin juicios y con simpatía. En tanto que un terapeuta conductual se concentra en hacer que los pacientes cambien su comportamiento, un terapeuta seguidor de Rogers se concentra en proporcionar un entorno en el cual el paciente se sienta libre de expresar sus pensamientos y sentimientos. Los terapeutas centrados en el cliente suponen que una consideración positiva incondicional aumentará la autoaceptación y el conocimiento de sí mismo por parte del paciente que, a su vez, lo llevará a cambiar su comportamiento.

2.5.4 Terapia existencial

Las terapias existenciales también hacen énfasis en el presente y la necesidad de reconocer la unicidad de cada paciente. Los terapeutas existenciales trabajan como socios de sus pacientes. Muchos combinan los planteamientos humanistas y psicodinámicos para manejar la ansiedad, sus

causas y las defensas que el paciente desarrolla para afrontarla. En este sentido, la aproximación existencial es un híbrido terapéutico.

El énfasis de la terapia existencial radica en ayudar a los pacientes a manejar los aspectos básicos con respecto del significado y la dirección de su vida y las elecciones mediante las cuales dan forma a su destino. Al igual que la mayoría de los clínicos que dan tratamiento a pacientes no hospitalizados, la mayoría de los terapeutas existenciales trabajan con personas que tienen problemas por la ansiedad y la depresión. Los terapeutas existenciales consideran que su labor primordial es ayudar a las personas solitarias a hacer elecciones constructivas y obtener la suficiente confianza para satisfacer su unicidad en lugar de reprimir y distorsionar sus experiencias. Entre las terapias existencialistas se encuentra la terapia de la *gestalt*.

a) Terapia de la Gestalt

La terapia de la *Gestalt* se centra en las percepciones que los clientes tienen de sí mismos y del mundo. Se basa en el reconocimiento de que las personas organizan en forma inconsciente sus percepciones como una *Gestalt* un todo significativo e integral. Un terapeuta *Gestalt* emplea varias técnicas, que incluyen la representación de papeles en un esfuerzo por estimular al cliente para que exprese sus emociones fuertes.

Fritz Perls, el creador de la terapia de la *Gestalt*, hizo énfasis en la relación entre las percepciones distorsionadas, las motivaciones y las emociones. La terapia de *Perls* estuvo en función de su personalidad. Podía ser inspirador y manipulador, perceptivo y hostil. En su autobiografía, dice; creo que soy el mejor terapeuta para cualquier tipo de neurosis en Estados Unidos, quizá en el mundo entero, al mismo tiempo tengo que admitir que no puedo trabajar con éxito con todas las personas (*Perls*, 1969). A diferencia de la mayoría de los terapeutas humanistas, que hacen énfasis en la importancia de las consideraciones positivas incondicionales para el paciente. *Perls* creía que la labor principal del terapeuta era frustrar al paciente, hacerlo que se sienta lo suficientemente enojado para luchar contra sus conflictos con la autoridad y, por tanto desarrollar los sentimientos de autoestima. *Perls*, creía que, en lugar de tratar de reconstruir los antecedentes de las relaciones del paciente con otras personas como se hace en la terapia psicodinámica tradicional y el psicoanálisis,

el terapeuta debe dar importancia a las experiencias del paciente en todo momento conforme progresa cada sesión.

Los terapeutas de la *Gestalt* creen que la ansiedad y los trastornos de personalidad surgen cuando las personas disocian de la conciencia partes de sí mismo, en especial la necesidad de gratificación personal. Ya que los sueños con frecuencia contienen claves sobre las partes que se disocian del ser, los terapeutas de la *Gestalt* alientan la discusión y la expresión de los sueños.

2.5.5 Las psicoterapias cognoscitivas

Las psicoterapias cognoscitivas buscan corregir las malas interpretaciones que contribuyen a la inadaptación, la demora y la infelicidad. La persona trata de evitar todo tipo de estrés aun cuando lo mejor sería tratar de afrontar las situaciones normales de estrés, ya que el éxito para manejarlas puede ofrecer la única evidencia convincente de bienestar mental.

Ya que las opiniones, creencias e interpretaciones por lo regular se forman con base en la evidencia, adecuada o inadecuada, también podemos suponer que la evidencia puede modificar las creencias. De hecho, es probable que la psicoterapia ofrezca una de las pocas situaciones en las cuales los individuos se ven alentados a pensar de manera sistemática sobre sus creencias, sobre todo en aquellas que tienen de sí mismo. Varios planteamientos psicoterapéuticos comparten la suposición de que un comportamiento inadaptado es un producto de las condiciones y percepciones irreales. Las distintas terapias cognoscitivas utilizan tácticas diferentes para dar una nueva dirección a la forma en que las personas consideran e interpretan sus experiencias, pero por lo general todas rechazan el énfasis freudiano en el papel poderoso de los impulsos inconscientes.

George Kelly desarrolló una de las primeras aproximaciones cognoscitivas a la terapia. La psicología de los constructos personales de *Kelly* (1995) lo llevó a pedir a los clientes que analizaran los papeles que desempeñaban en la interacción con otras personas y las suposiciones que se encontraban detrás de esos papeles. En su terapia de los papeles fijos, *Kelly* alentaba a sus clientes para que practicaran papeles y relaciones nuevas. *Kelly* consideraba a las personas como solucionadores de problemas cuyas creencias y suposiciones erróneas con frecuencia los llevaban a soluciones indeseables para los problemas de la vida. De acuerdo con *Kelly*, al alentar al paciente

para que hablara sobre sus constructos personales y papeles sociales, el terapeuta ayuda a que el paciente se cuestione sobre los aspectos de la vida que provocan ansiedad y los vuelva a evaluar.

Otra aproximación clínica que se basa en la teoría cognoscitiva es la terapia racional emotiva de Albert Ellis (1970) cree que el pensamiento de autoderrota se encuentra en la raíz del comportamiento inadaptado. Este pensamiento se basa en suposiciones arbitrarias e inexactas sobre sí mismo y los demás. Con frecuencia, está marcado por una preocupación por los deberes u otras situaciones se enmarca el debo que. De modo que la terapia racional emotiva tiene dos objetivos hacer que las personas se cuestione estas creencias fundamentales pero erróneas y después cambiarlas por otras más constructivas

Durante el curso de la terapia, los terapeutas cognoscitivos en realidad demuestran las maneras en que las autoverbalizaciones irreales pueden crear o empeorar los problemas emocionales. El terapeuta también pregunta y contradice en forma activa las suposiciones erróneas e irracionales del paciente y sugiere formas alternas de pensar. Con frecuencia se utiliza representación de papeles, con el terapeuta demostrando las consecuencias conductuales de los distintos tipos de creencias.

a) Terapia cognoscitiva de Aaron Beck (1976)

También se dirige hacia los pensamientos subyacentes a las reacciones emocionales intensas y persistentes. La técnica de Beck comprende un cuestionamiento frecuente y sutil al paciente acerca de las bases que tiene para decir algo. Beck habla de pensamientos automáticos que parecen surgir por sí mismos, sin razonamiento. Estos pensamientos se aceptan como válidos aun cuando no son producto de la consideración racional de alternativas. Los niños que simplemente aceptan los valores de sus padres sin ponerlos en duda participan de pensamientos automáticos. De acuerdo con Beck, la terapia se debe dirigir hacia la eliminación del pensamiento automático y reemplazarlos con pensamientos que resulten de la consideración racional de las alternativas.

La terapia cognoscitiva de Beck se utiliza para distintos tipos de comportamiento inadaptado, pero el se especializa en el trabajo con personas deprimidas En este trabajo, se pone especial énfasis en las ideas irracionales que contribuyen con los sentimientos de depresión y los pensamientos de suicidio. En su forma básica, el planteamiento consiste en un cuestionamiento cooperativo sobre la

validez de las creencias falsas del cliente sobre sí mismo, el mundo o el futuro. Por ejemplo se puede alentar a un paciente que piensa que es un individuo que no vale nada para que ofrezca evidencias que apoyen ese punto de vista y después se le pide que considere interpretaciones posibles de tal evidencia. Además, se le puede asignar la tarea de probar en forma empírica la validez de una creencia depresiva. Con el tiempo, el peso de la evidencia debe servir para eliminar la actitud depresiva (*Beck y Weishaar, 1989*).

La hipótesis de la terapia cognoscitiva es que la mejor manera de resolver los problemas emocionales es alterar el pensamiento del paciente mediante la reestructuración cognoscitiva. Esa forma de psicoterapia se concentra sobre todo en el modo en que las personas perciben el mundo y cómo razonan sobre éste en las situaciones cotidianas. Se emplean varias técnicas para exponer y corregir los sesgos en la atención y el recuerdo, la mala interpretación de los eventos y afirmaciones, falsas suposiciones, creencias rígidas, generalizaciones injustificadas, inferencias que se basan en evidencias insuficientes y otros errores.

2.5.6 Terapia conductual

En un esfuerzo por cambiar la conducta inadaptada, la terapia conductual utiliza técnicas basadas en el condicionamiento operante y clásico. Las técnicas operantes que se emplean en este tipo de terapia llevaron a una corriente que se conoce como modificación de la conducta. La aproximación del condicionamiento clásico da como resultado una variedad de técnicas de desensibilización que se utilizan para reducir el temor que sienten las personas a situaciones específicas u objetos particulares. La modificación de conducta se refiere a la aplicación de los principios de aprendizaje operantes para producir un cambio específico en el comportamiento, a pesar que la modificación de conducta se originó como una técnica basada en el acondicionamiento operante, en la actualidad, las combinaciones de aproximaciones conductuales y cognoscitivas constituyen las estrategias que más se utilizan para los programas de cambio conductual. Los métodos de condicionamiento operante emplean programas de reforzamiento y modelamiento para lograr en forma gradual la respuesta deseada. Se pueden utilizar señales especiales para destacar una situación que requiere de una respuesta en particular.

A) Técnicas utilizadas

a) Desvanecimiento

El desvanecimiento se refiere a la eliminación gradual de esas señales especiales cuando ya no son necesarias. Los reforzadores positivos (como los premios o el dinero) se emplean para reforzar las respuestas deseadas.

b) La economía de fichas

Es una de las aplicaciones más comunes de los principios operantes para modificar el comportamiento inadaptado. En una economía de fichas, los pacientes reciben como recompensa fichas como las de *póker*, por conductas socialmente deseables. Las fichas después se pueden intercambiar por artículos o actividades. Para eliminar la respuesta indeseable, se pueden utilizar los procedimientos de extinción y castigo. Cuando se emplea el castigo para eliminar una respuesta, es buena idea reforzar positivamente una respuesta alterna más deseable.

c) Biorretroalimentación

Otro desarrollo importante de los últimos años es el uso de procedimientos de biorretroalimentación en los cuales el individuo es reforzado siempre que tiene lugar un cambio asignado en el funcionamiento corporal. A través de la biorretroalimentación, el individuo se vuelve capaz de controlar los procesos internos, como la temperatura corporal y el ritmo cardíaco, que se relaciona con la inadaptación.

2.5.7 Intervenciones cognitivo-conductuales

En años recientes, se ha reconocido cada vez más las influencias simultáneas de las manipulaciones del entorno, como las que se emplean en los programas de modificación de la conducta, y los procesos cognitivos. Las intervenciones cognitivo-conductuales resultantes se concentran en corregir las malas interpretaciones de las personas, reforzar sus habilidades de afrontamiento y los

sentimientos de control de su propia vida y facilitar una conversación constructiva consigo mismo, o las cosas que por lo regular se dicen las personas al enfrentar distintas clases de situaciones.

Existen cada vez más evidencias de que el entrenamiento cognitivo-conductual puede ser muy efectivo para ayudar a las personas a superar sus temores e inhibiciones y aumentar sus habilidades de afrontamiento. Si bien el mecanismo mediante el cual esta capacitación lleva un mejoramiento del comportamiento no se ha descrito por completo, un factor importante p, parece ser la sensación de autoeficacia por parte del paciente, es decir, la creencia del paciente de que es capaz de realizar las tareas. Las sensaciones de autoeficacia aumentan cuando los individuos adquieren nuevas, habilidades que a su vez los alientan a reforzar las propias aún más.

Las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia de que uno es capaz de realizar con éxito el comportamiento que se requiere para producir un resultado en particular. Si las personas poseen las habilidades necesarias y existen incentivos adecuados, las expectativas de eficacia pueden ser determinantes principales, ya sea para iniciar un comportamiento de afrontamiento, la cantidad de esfuerzo que se va a invertir y durante cuánto tiempo se mantendrá ese comportamiento frente a circunstancias que provocan estrés. Las expectativas de autoeficacia se pueden alterar por medio de logros en el desempeño, experiencias vicarias, persuasión verbal o activación emocional. De estos los logros, en el desempeño tienen el efecto más positivo en las sensaciones de autoeficacia. (Bandera, 1982, 1986). Entre los entrenamientos cognitivo-conductuales para bajar la tensión están los siguientes.

A) Entrenamiento para la relajación

El entrenamiento para la relajación con frecuencia ayuda a las personas que padecen tensión y ansiedad general. En una aproximación, se hace especial énfasis en aprender a contrastar la tensión muscular con la relajación muscular. En otro, se utilizan procedimientos de meditación. Las terapias de relajación parecen ser útiles para una variedad de trastornos psicossomáticos, en especial dolores de cabeza por lesión y migrañas. Sin embargo, por lo regular no son suficientes.

Los estilos de vida, entornos sociales y perspectivas del mundo pueden crear o formar los problemas de la persona en la vida.

La investigación sobre las habilidades de relajación requieren de dar respuesta a dos preguntas; ¿El individuo aprendió la habilidad para la relajación? ¿El uso de esta habilidad lleva a resultados clínicos benéficos?. Como es obvio, si las habilidades nunca se aprendieron., hay pocas razones para esperar resultantes positivos del entrenamiento para la relajación. Son necesarios grupos de control apropiados para proporcionar una base adecuada para juzgar la efectividad del entrenamiento. También existe una necesidad de estudios que exploren la efectividad de la capacitación para la relajación sola y en combinación con otros tipos de terapia como los que a continuación se mencionan.

a) Relajación muscular

La relajación muscular involucra la tensión y después relajación de los distintos grupos de músculos. Se alienta al individuo para que observe las diferencias entre tenso y sentirse relajado. La capacitación para la relajación se utiliza en muchos métodos de parto natural y en el yoga. Las personas que tienen problemas para conciliar el sueño con frecuencia encuentran que los ejercicios de relajación los ayuda n a dormirse pronto. Pero conforme mejora su habilidad para relajarse solos, se sienten motivados a realizar los ejercicios de relajación en las situaciones estresante que enfrentan en la vida diaria.

b) Meditación

En el entrenamiento para la relajación que abarca la meditación, el individuo aprende a concentrarse en un pensamiento, sensación, palabra, objeto o estado mental. Algunas técnicas son muy activas y requieren que la persona realice un gran esfuerzo para concentrarse en algo específico. Por ejemplo, ciertas técnicas de yoga requieren que la persona que las practica mantenga posiciones específicas y controle en forma deliberada su respiración a otras funciones del organismo. Otras técnicas de meditación, como la meditación trascendental (MT), son estrategias pasivas. La persona que las practica simplemente permanecen en una atmósfera tranquila y realizan un intento relajado por lograr un estado de paz interior. El individuo se concentra en un *mantra* (una palabra que se elige en forma especial) y trata, pero no se presiona de excluir cualquier otro pensamiento. Las técnicas más pasivas se practican durante un período de 20 minutos todos los días, por o regular un vez en la mañana y una más antes de la cena.

c) Terapia de exposición

La terapia de exposición se basa en el principio de que la exposición continua a los estímulos que provocan ansiedad la reduce a niveles controlables, a la vez que disminuye las respuestas fóbicas. La exposición consiste en un acercamiento gradual hacia una situación que provoca ansiedad en esas condiciones, la ansiedad que se experimenta en la situación se mantiene en un nivel relativamente bajo. La exposición a situaciones que provocan temor es una de las formas más efectivas para superar el miedo. Sin embargo, se obtienen resultados positivos sólo si los pacientes están dispuestos a exponerse a situaciones que les causan temor. A pesar que la exposición en vivo muchas veces no está, también es efectiva. El tratamiento de exposición es apropiado para muchas respuestas emocionales desagradables o que no ofrecen ninguna ventaja. Si el tratamiento es efectivo por lo general se puede observar una mejoría en cinco o seis sesiones.

d) Abrumación

Es una forma de terapia de exposición en la cual se expone al paciente a una situación de estímulos que provocan ansiedad y no se termina solo porque el paciente experimente un nivel elevado de tensión. En la abrumación, la sesión clínica está saturada con pensamientos e imágenes atemorizantes con la esperanza de que las respuestas emocionales a éstos desaparezcan al quemarse. Si esto sucede, se dice que ocurrió la extinción

e) Desensibilización sistemática

La teoría que se centra detrás de la desensibilización sistemática es que la respuesta de relajación compite con las respuestas de ansiedad que se aprendieron antes, como los temores y fobias. La investigación ha demostrado que practicar la relajación cuando en realidad están presentes los estímulos que provocan temor la desensibilización en vivo produce resultados superiores que si sólo se imagina el estímulo. La desensibilización funciona mejor con las personas que por lo regular muestran incrementos notorios en la activación fisiológica (por ejemplo ritmo cardiaco acelerado, palmas húmedas), cuando se exponen a estímulos que provocan temor.

f) Intención paradójica

Es una técnica en la cual la terapeuta pide al paciente que presente comportamientos que parecen opuestos a su objetivo terapéutico. Por ejemplo, es probable que a un individuo que se queja de incapacidad para conciliar el sueño en un intervalo satisfactorio, se le pida que permanezca despierto tanto tiempo como sea posible. A un agorafóbico que no puede asistir a lugares donde hay mucha gente por temor a sufrir palpitaciones cardiacas severas se le puede indicar que vaya a lugares públicos y trate de sentirse ansioso. La intención paradójica es una técnica relativamente nueva que requiere de más investigaciones. Todavía no está claro cuándo es apropiada o porque parece ser efectiva en casos especiales. Tal vez sea efectiva porque requiere que el paciente presente el mismo comportamiento que busca cambiar en condiciones que no pueden apoyar su continuación. La exposición a situaciones que provoca ansiedad es un elemento de la intención paradójica y puede contribuir a su efectividad (*Shoham-Salomon, 1989*)

2.5.8 Terapia de grupo

Al describir al grupo terapéutico se debe de entender que el ser humano se comporta por diferentes factores: biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos, se refieren a aquellas peculiaridades que son heredadas. Hay dos mundos diferentes de personas, no reacciona igual una persona que vive rodeada de influencias culturales ricas emocionalmente y que ha convivido con personas sanas físicas mentalmente, a una que ha crecido en otro contexto.

El ser humano es influido por sus relaciones interpersonales que son lo que le da sentido a los tres factores mencionados anteriormente. La primera relación que el ser humano tiene íntimamente es con la madre, por lo tanto se denomina relación madre-hijo, es la que constituye el primer grupo humano. El primer grupo natural primario internalizado es la familia.

Freud, definió al grupo como una colección de personas objeto que se constituyen como tal en la medida en que uno de sus miembros se convierte en un objeto modelo y esa persona es el líder.

Albion Small, el término grupo es una designación sociológica conveniente para indicar cualquier número de personas, grande o pequeño, entre las cuales se ha establecido relaciones tales que sólo se puede imaginar a aquellas como un conjunto.

Olmsted, lo describe como una pluralidad de individuos que se hallan en contactos los unos con los otros, que tienen en cuenta la existencia de unos y otros y que tienen conciencia de cierto elemento común de importancia mutua.

George Gurvith, define al grupo como una unidad colectiva real, pero parcial, directamente observable y fundada sobre actitudes colectivas, continuas y activas. Según González Núñez, las siguientes características definen lo que es grupo:

- Interacción
- Percepciones y conocimientos de los miembros del grupo.
- Motivación y necesidad de satisfacción.
- Metas de grupo.
- Organización del grupo.
- Interdependencia de los miembros del grupo.

Resumiendo lo anterior, se puede decir que un grupo es una reunión de dos o más personas que se congregan, interactúan, perciben e influyen entre sí, con diferentes metas.

Según las características del grupo *Kissen*, sostiene cuatro postulados acerca de la existencia de los grupos siendo estos los siguientes.

- a) Los grupos existen y existirán dada la propia naturaleza del hombre.
- b) Cuando las personas se reúnen en grupos, movilizan fuerzas que poseen gran importancia y repercusión para los individuos que los conforman.
- c) Los grupos pueden ejercer una influencia positiva sobre los individuos, sobre todo en aquellos que hay amor y cultura, pues las personas reunidas siempre salen beneficiadas.

d) La dinámica de los grupos, bien llevada, favorece el desarrollo del ideal yo, pues no sólo ayuda a fortalecer al yo y al superyó sino también le da forma y contenido a los valores, a los ideales y a las aspiraciones sublimatorias más nobles del ser humano. Estos postulados muestran las características de un grupo.

En psicoterapia de grupo, se encierran determinados métodos de tratamiento, que en presencia de uno o varios terapeutas, estimulan la labor auto centrada de los miembros. Dado a eso se acude a motivaciones psicológicas y a la dinámica grupal, las cuáles van a actuar sobre los individuos y el grupo. Las versiones que a continuación se presentan son acerca de la composición de un grupo terapéutico en función del número de pacientes o de psicoterapeutas participantes:

- Un grupo terapéutico implica el tratamiento de varios pacientes a cargo de uno o dos terapeutas.
- La psicoterapia de grupo es el método utilizado por un conjunto de terapeutas para sanar enfermos.
- La psicoterapia de un grupo nace gracias a la acción de un conjunto de enfermos, quienes colaboran con uno o varios psicoterapeutas para curar al compañero más necesitado.

a) Breve historia de la psicoterapia de grupo

A partir del psicoanálisis, la psicología ha experimentado cambios importantes en relación con las conexiones existentes entre una serie de fenómenos previamente considerados de manera independiente. Por un lado estaba la escuela nominalista, que negaba la existencia de la sociedad como un concepto unitario y válido. Por otro lado, la escuela realista adelantaba la hipótesis opuesta, a saber, que la manifestación del individuo está condicionada por el ambiente social en que se desenvuelve.

La teoría psicoanalítica pudo integrar la vida emocional del hombre en una teoría sistemática de la psiquis. Para experimentar este fenómeno era necesario la participación de dos personas, una quien experimentará la emoción y otra a quién va dirigida.

La psicología asociacionista no logró comprender la naturaleza de las emociones, debido a la mala aplicación del método de introspección, la cual no se presta como un campo experimental para la comprensión sistemática de los efectos, como lo fueron los estados de conciencia.

La microsociología, es el estudio de los grupos reducidos la cual es una tercera perspectiva, cuyo enfoque por ser intermedio, puede y debe beneficiar a ambas disciplinas (la psicología y la sociología).

A partir de la segunda guerra mundial la psicoterapia se ha difundido enormemente por todo el mundo, la finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos.

En vista de los buenos resultados que dio este método, Pratt escribió un trabajo preliminar que amplió en los años subsiguientes.

2.5.9 Terapia de grupo cognitivo-conductual

El centro de atención de la terapia cognitivo-conductual es en el aumento de las habilidades y el consuelo de las personas en las situaciones sociales. Los miembros del grupo representan situaciones sociales específicas que encuentran difíciles. Con frecuencia, el terapeuta selecciona los temas de las sesiones particulares con base en el conocimiento anterior de los problemas de los miembros. Es probable que el terapeuta modele formas alternas de manejar estas situaciones. La representación de papeles viene acompañada por el reforzamiento social y la retroalimentación y la asignación de tareas a realizar en casa. También se emplean otras técnicas, que incluyen la asignación de tareas con calificaciones, el análisis de tipos específicos de distorsiones que pueden surgir en las interacciones sociales (tales como la generalización excesiva y las imágenes catastróficas) y el estudio de los tipos de cogniciones que tienen influencias negativas y positivas en las situaciones del grupo.

La terapia de grupo cognitiva-conductual es más estructurada que la terapia de grupo que se conduce de acuerdo con la línea psicodinámica. Desde un punto de vista Psicodinámico, la psicoterapia de grupo representa una oportunidad de manejar la transferencia en una situación social y comparar las actitudes propias hacia la participación en un grupo con aquellas de los otros miembros. Con frecuencia, el grupo se considera una extensión de la familia. Por ejemplo, un tema frecuente que surge en la terapia de grupo es la competencia de los miembros del grupo por obtener la atención del terapeuta. Un psicoanalista quizá vea un reflejo de la relación de los miembros del

grupo con sus padres y hermanos en su desempeño dentro del grupo. Un clínico con una orientación cognoscitiva, por otra parte, se interesaría sobre todo en las ideas con frecuencia sobre todo irracionales de los miembros del grupo con respecto de lo que sucede o debe suceder en las situaciones sociales. Los terapeutas centrados en el cliente, consideran que el papel del terapeuta en los grupos es básicamente el mismo que en la asesoría individual; en ambas situaciones el terapeuta es un facilitador del crecimiento personal. Los terapeutas cognitivo-conductuales emplean cada vez más las técnicas del modelamiento y el ensayo de comportamiento en los grupos. A continuación algunas terapias grupales.

a) La terapia grupal inspiracional

se orienta alrededor de un líder que se establece a sí mismo como un personaje omnipotente a quien se espera que el paciente obedezca. Ésta terapia es en particular atractiva para personas dependientes, cuya voluntad interna a desarrollar es diminuta. Es utilizada por algunos terapeutas quienes afirman que poseen efectos benéficos, tales como el dominio de los síntomas, la instauración de la autodisciplina, la tolerancia a la ansiedad o a la tensión.

b) La musicoterapia

ha sido acreditada para liberar energía psíquica, tanto individual o en grupos donde muchas veces se maneja mucho estrés por lo tanto, ha dado resultado muy positivo para grupos; para estimular sensaciones de placer, para provocar sueños diurnos y fantasías, para contrarrestar tensiones.

c) Terapia familiar y de pareja

En ocasiones, la terapia se concentra en los individuos que ya constituyen un grupo. Dos ejemplos son la terapia familiar y la terapia conyugal

La terapia familiar se basa en la idea de que muchos problemas surgen de los patrones de comportamientos familiares y se ven afectados por éstos. Esta terapia se recomienda con frecuencia cuando uno de los miembros de la familia, en especial un hijo, es referido a un profesional en salud mental. Si las interacciones inadaptadas con otros miembros de la familia se sospecha que forman parte del problema, una de las formas más efectivas en que el terapeuta puede ayudar al niño, es

trabajar con todos los miembros de la familia juntos. Los siguientes son algunos de los problemas centrales hacia los que se dirige una terapia familiar.

- Incapacidad para resolver conflictos, tomar decisiones o solucionar problemas.
- Organización caótica o falta de concordancia sobre las responsabilidades.
- Organización demasiado rígida que da como resultado, una incapacidad para responder ante las circunstancias cambiantes y el estrés.

Cercanía excesiva hasta el punto de que los miembros de la familia pierden la sensación de individualidad.

- Falta de lazos emocionales y de comunicación entre los miembros de la familia.
- Fracaso de los padres para llegar a un acuerdo sobre las prácticas de crianza de los hijos.

En lugar de dar tratamientos a los miembros de la familia en forma individual, el terapeuta motiva a la familia para que trabaje como un grupo, manejando juntos sus actitudes y sentimientos entre sí, así como la resistencia a cooperar y compartir. Con frecuencia, la terapia familiar proporciona un escenario valioso para expresar las hostilidades, revisar los lazos emocionales y manejar las crisis. Es importante que el terapeuta sea justo e imparcial al hablar sobre los desacuerdos entre los miembros de la familia y que tenga en mente que las familias por lo regular se caracterizan por una jerarquía en la cual se espera que los padres asuman algún tipo de autoridad y responsabilidad por el comportamiento de los hijos. El grado de jerarquía puede variar, dependiendo de la filosofía de los padres acerca de la crianza de los hijos y de la edad de éstos. Para los adolescentes y los adultos jóvenes, un problema importante puede ser que su independencia cada vez mayor requiere de una modificación de la estructura jerárquica.

La teoría de los sistemas define las influencias como mutuas y la causalidad como circular, de modo que los terapeutas familiares tienden a evitar la culpabilidad y las causas de atribución; a pesar que existen excepciones para este aspecto, al igual que para cualquier otra generalización acerca del área. Se dice que los síntomas de un sistema familiar defectuoso adoptan formas diferentes en los distintos miembros del sistema. Por ejemplo, es probable que parezca que marido y mujer tienen personalidades diferentes, pero quizá esto se debe no a sus características intrínsecas como individuos, sino más bien a sus funciones dentro de ese sistema. Por esta razón, los terapeutas

familiares con frecuencia hacen uso limitado de los diagnósticos psiquiátricos comunes, que describen la patología individual y, en vez de ello, diagnostican las situaciones familiares.

2.5.10 Terapia de pareja

Los terapeutas conyugales reportan distintos patrones de síntomas entre las parejas. En algunos casos, cada parte en un matrimonio exige demasiado del mismo aspecto a la otra parte: servicio, protección, cuidado, etcétera. En otros casos, los cónyuges combinan los problemas de cada uno al complementarse entre sí. Una parte se hace cargo y la otra se vuelve incompetente un hombre dominante y distante tiene una esposa “histérica” cuyo comportamiento excéntrico lo hace aún más dominante; una mujer fuerte y que se enoja con facilidad tiene un esposo pasivo y alcohólico que es un objeto apropiado para su enojo y ese enojo lo hace aún más pasivo; el esposo de una mujer deprimida e hipocondríaca necesita de una persona que la cure y la salve. Con frecuencia, la terapia conyugal busca revelar lo que está oculto; el enojo reprimido de la parte pasiva, los sentimientos de salvación del indefenso.

2.5.11 Terapia Racional Emotiva (TRE)

Estudios realizados, calculan que más del 50% de los paciente examinados por los médicos tienen algún trastorno emocional que no procede directamente de mal orgánico alguno.

Muchas de las complicaciones y brusquedades de las enfermedades proceden de reacciones emocionales a acontecimientos que se producen en el curso de la vida cotidiana. Toda enfermedad es una combinación de lo orgánico y lo funcional en proporciones variables.

Cuando las personas están enfermas o lastimadas, tienden a experimentar concurrentemente cambios psicológicos de diferentes grados de intensidad, y estos cambios son a veces más importantes que la propia enfermedad y con frecuencia dan al paciente la motivación primaria para buscar tratamiento médico. La TRE (Terapia Racional Emotiva) existe una forma clara y relativamente breve de tratamiento psicológico, que puede dominar un médico, una enfermera o cualquier profesional de la salud, siempre y cuando haya un moderado adiestramiento adicional y que puede ser utilizado con eficacia en la gran mayoría de los trastornos emocionales.

Esta terapia ha sido diseñada para ser una forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento de elección para intensos y profundamente arraigados sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración.

Puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que, es amplio y múltiple, porque emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante y por otra, es una terapia filosófica y teórica. Es una terapia realista que no compromete nada, así como directiva y activa y su teoría y su práctica pueden aprenderse, por la mayoría de los profesionales, leyendo e interpretando las grabaciones de sesiones verdaderas. La TRE está especialmente diseñada para tener eficacia terapéutica y estimula de modo particular la terapia de plazo relativamente corto.

Uno de los rasgos humanos más importantes y valiosos para el individuo saludable, enfermo o físicamente impedido, es la plena aceptación de sí mismo. Pocos psicoterapeutas definen con claridad la aceptación propia, son difusos y a menudo los confunden con términos como confianza en sí mismo.

La aceptación incondicional, representa que uno se acepta a sí mismo plenamente, así como su existencia, su condición de ser animado, sin requerimientos o limitaciones de ninguna especie.

La confianza en sí mismo o amor propio, es una forma sumamente incondicional de aceptación. Se puede perder esa confianza o estimación cuando se comience a funcionar deficientemente.

La TRE desde sus comienzos, ha diferenciado la confianza en el trabajo, en el amor y en sí mismo.

El individuo logra la autoconfianza no mediante la realización de algo o teniendo éxito en el amor sino por pura elección, se acepta a sí mismo, simplemente eligiendo hacerlo no necesita razón especial alguna para ello.

Los terapeutas de TRE y de terapia cognoscitiva conductual tienden a ver esta clase de plena aceptación de la vida y la firme determinación de disfrutarla en el acto así como en el futuro, como una aceptación o elección propia.

Las expresiones como aceptarse a uno mismo, propia aceptación y autoaceptación son limitadas e imprecisas porque el ser o ego de las personas no puede definirse fácilmente como tampoco puede serlo su alma o su espíritu.

Los individuos enfermos o con impedimentos será mejor que sigan disciplinas médicas y de higiene, por razones prácticas y no porque se recreen considerándose buenos si se vuelven disciplinados. Podemos ayudar a los pacientes a ser más aceptantes de sí mismos y menos dados a perjudicarse, enseñándoles la manera de hacer que sus necesidades inmoderadas se sometan a actuar debidamente y a obtener la aprobación de los demás.

Existen dos clases de psicoterapia: la científica y la acientífica, en la segunda los terapeutas establecen hipótesis sobre la forma en que las personas actúan y en que algunos de sus actos disfuncionales pueden ser cambiados. La TRE no solo intenta ser científica, sino que también enseña a los pacientes a hacer lo mismo sobre sus teorías acerca de sí mismos y de los demás.

Uno de los principales principios de la TRE consiste en establecer cuáles son las creencias irracionales de la persona sobre sí misma y sobre los demás, luego discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales.

Lo que se podría llamar sus problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que les sucede en el punto A (acontecimientos o Experiencias activantes) y consisten también en reacciones emocionales insuficiente o excesivas a tales experiencias activantes.

La TRE parte de la suposición o hipótesis de lo que llamamos nuestras consecuencias o reacciones emocionales (punto C) proceden de nuestras ideas o creencias conscientes o inconscientes (punto B) o de nuestras evaluaciones. Este es el sistema A-B-C de formación y cambio de personalidad, que la TRE ha hecho algo famoso.

La TRE estimula a las personas a sentir emociones fuertes apropiadas, tales como pena, pesadumbre, disgusto, molestias, espíritu de rebeldía y determinación a cambiar, cuando tiene mala salud u otras experiencias activantes desagradables.

Pero cuando estas emociones se dan en el punto C (consecuencias) están actuando y sintiendo de modo inapropiado, tales emociones inadecuadas proceden en gran parte de hipótesis antiempíricas y no comprobables de que las cosas deben o tienen que ser distintas de las formas en que manifiestamente son.

Cuando se utiliza la TRE, el terapeuta dispone de una teoría estructurada y funcional para reconocer rápidamente las pocas creencias irracionales centrales con las que sus pacientes se preocupan, se les debe de mostrar en forma precisa cómo discutir sus propias creencias irracionales e inducirlos a abandonar tales creencias y reemplazarlas con una hipótesis más científica (punto D).

Se puede ayudar a que los pacientes discutan sus creencias irracionales en dos niveles: el primero, considerado el terror de una enfermedad grave y el segundo considerado la terribilidad de hacerse la misma persona acerca de esa posibilidad de una grave enfermedad.

Cognoscitivamente, la TRE emplea la confrontación filosófica directa, muestra a los pacientes cómo se trastornan a ellos mismos y no son trastornados por otros.

Un punto central de la TRE es que las personas no necesitan tener rasgos, características, logros, propósitos sobresalientes o gran aprobación social a fin de aceptarse ellos mismos. Para ellos, el tener una autoimagen puede ser claramente perjudicial, ya que si tiene autoestima o un fuerte ego en realidad están dando a sí mismos alguna especie de evaluación global. La TRE, lleva a las personas al nivel más profundo de cambio de personalidad si les enseña firmemente a evitar cualquier tipo de clasificación global o propia y estimularlas, a medir sus características y realizaciones, a fin de ayudar a corregir su comportamiento y aumentar su alegría. Cuando se utiliza la TRE, se le está indicando al paciente en forma fácil comprensible y realista, como poner de manifiesto, combatir y radicalmente desarraigar, las principales fuentes de sus innecesarios pensamientos, emociones y comportamientos negativos y autodestructivos.

En la TRE, adoptamos una actitud muy directa sobre la interpretación de los verbalismos y los comportamientos de los pacientes, con el fin de que ellos puedan lograr una perspectiva de sus pensamientos y sus actos y sean capaces de usarla para hacer cambios fundamentales en algunos aspectos importantes de su funcionamiento, bueno o malo.

Al utilizar la TRE, se han hecho muchas interpretaciones que son algo similares a las hechas por terapeutas de otras escuelas, incluyendo a los psicoanalíticos y los neopsicoanalíticos.

Una de las principales premisas de la TRE es que las personas no han sido hechas neuróticas o psicóticas por sus experiencias del pasado, sino por sus propias actitudes irrealistas excesivamente exigentes hacia esas experiencias o por interpretaciones de las mismas.

Con la TRE, se interpretan la respuesta o reacción del paciente a la historia anterior y a cosas similares que le estén ocurriendo en la actualidad. No se debe cometer el error que con facilidad se tiende a decir que las anteriores experiencias del paciente causaron sus actuales reacciones alteradas.

La TRE sostiene que el inconsciente y el id son abstracciones que tienen poca existencia real; que aunque las personas poseen pensamientos, sentimientos y acciones a veces inconscientes y que pueden yacer en el fondo de su comportamiento alterado, la mayoría de sus actitudes inconscientes no están profundamente ocultas o deliberadamente mantenidas fuera de la conciencia porque los sujetos se encuentran demasiado avergonzados para reconocerlos.

Cuando se practica la TRE, se interpreta más del material inconsciente y se hará rápido y directamente, sin misticismo ni rituales confusos, y sin pretender que el material sea difícil de descubrir y encarar para las personas alteradas. Los terapeutas de distintas escuelas de pensamiento, dedican mucho más tiempo a interpretar para el paciente que éste tiene una involucración emocional profundamente establecida con el terapeuta y con las imágenes sustituidas o delegadas.

En la TRE se trata de no hacer estas cosas, pues se supone que las relaciones de los pacientes con otras personas significativas en sus vidas, son más importantes que sus relaciones con el clínico.

El terapeuta tiende a señalar a sus pacientes en forma bastante directa, y a menudo rápidamente, sus irracionalidades básicas y específicas y a enseñarles y estimularlos a abordar sus procesos de racionalización y de pensamiento equívoco, así como obligarse ellos mismos, mediante asignaciones emotivas y de tareas, a realizar cosas que hagan cada vez más fácil para ellos renunciar a sus mecanismos de defensa contraproducentes.

La interpretación de los sueños, ha demostrado ser popular en psicoterapia y se ha visto satisfechamente apoyada y consentida por los psicoanalistas, los junguianos, los gestaltistas y los terapeutas de casi todas las demás clases.

Cuando se utiliza la TRE, se dedicará poco tiempo al análisis de los sueños y, en cambio se prefiere examinar los conceptos y comportamientos reales de dichos pacientes.

Muchos terapeutas, elaboran mucho del material no verbal de sus pacientes como por ejemplo, los gestos, posturas, tonos de voz, etc.

Como terapeutas orientados en la TRE, se estará principalmente interesado en descubrir las ideas en especial las irracionales que existan detrás de las expresiones no verbales de sus pacientes, más bien que en sólo demostrar la existencia importantes de las mismas.

La TRE, consta de una teoría de personalidad, un sistema filosófico y una técnica de tratamiento psicológico.

Dentro de la TRE, se definen los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y la felicidad de los humanos. Cuando una persona es racional, se quiere significar que ha decidido o elegido vivir con felicidad para aceptar, lo que en realidad existe en el mundo real, tratar de vivir amigablemente en un grupo social y relacionarse íntimamente con unos cuantos miembros de su grupo social o comunidad etc.

La TRE sostiene que lo que llamamos personalidad consiste en gran parte en creencias, fundamentos o actitudes y que cuando tienen metas y propósitos absolutistas y perfeccionistas propenden a sentir trastornos emocionales.

Los valores influyen de modo significativo en el comportamiento y que el modificar ciertos valores de uno, causa directamente cambio de personalidad.

Los terapeutas racionales emotivos afrontan y discuten las creencias creadoras de trastornos de las personas, en una forma más activa y enérgica que los terapeutas de la mayoría de las demás escuelas.

Asimismo también ayudan a sus pacientes a desarraigar sus irracionales obligándolos a hacer ejercicios emotivos y asignándoles tareas que sirven para destruir sus ideas rígidamente sostenidas.

Es muy común que antes de que los pacientes se enfrenten a una recomendación para diagnóstico o tratamiento, muchos se sienten ansiosos y deprimidos por la enfermedad que los llevó al doctor en primer dicho.

El profesional puede ayudar a sus pacientes en buena medida a cambiar sus propios sentimientos sobre la amenaza de los procedimientos peligrosos relacionados con la salud y puede ayudar a tener sentimientos apropiados, como preocupación, tristeza y disgusto, en vez de inapropiados, como el pánico y la desesperación. Cuando un paciente sufra alguna ansiedad abrumadora o cualesquiera sentimiento de depresión sobre su enfermedad o sus dificultades físicas, se le puede mostrar utilizando los principios de la TRE, que tales sentimientos son innecesarios.

Para ayudar a los pacientes a descubrir sus ideas irracionales, que es lo que está pensando que le hace sentir ansiedad, hacer que la paciente comprenda lo que son específicamente sus debe y luego ayudarlo a desafiarlo o ponerlo a prueba con preguntas científicamente orientadas.

Hay una clara distinción entre aserción y agresión. La aserción significa que los individuos saben lo que desean y lo que no desean cuando se asocian con otros, y agresión representa ira, hostilidad, furia o abuso físico desplegados hacia otras personas.

Pero la agresión ayuda a la aserción.

La aserción es por lo general saludable, aunque no siempre porque significa, una vez más, que deseamos algo y también lo manifestamos a las personas que se encuentran a nuestro alrededor. Por lo tanto, la aserción con frecuencia aumenta nuestras posibilidades de obtener lo que deseamos y de no tener lo que no queremos.

Muchos de los pacientes con quien los terapeutas trabajan, son con frecuencia incompetentes , y casi todos se comportan en forma inadecuada en determinadas ocasiones, ya que la mayoría de los seres humanos fácilmente actúan con indolencia y tonta, distraída e ineficazmente.

Algunos seres humanos son notablemente torpes; pero aún aquellos que son competentes tienen sus fallas y fracasos.

En el caso de que algunos pacientes adopten cualquiera de estas tres elecciones: 1. descubrir alguna forma de cambiarla o de hacerla más deseable, 2. prescindir de la situación y todavía obtener buenos resultados y 3. Permanecer en la situación, con sus ventajas e inconvenientes, no hay razón para que se vuelvan hostiles.

Una de las principales ansiedades de los pacientes real o potencialmente enfermos es su enorme temor a morir. Puesto que la gran mayoría de los humanos, incluyendo aquellos que no son muy felices, desean con vehemencia continuar vivos.

2.5.12 Conclusiones

Es importante ser conscientes que los temas que se investigaron pertenecen a trastornos principales en la población que se atendió los cuales aparecen en la vida de las personas a diario afectándolos muchas veces en toda área importante dentro de sus vidas. Por lo tanto, está fue una ayuda muy acertada ya que el conocimiento teórico se complementó a la perfección con la práctica del Hospital de Día Roosevelt.

De este modo el desenvolvimiento de la practicante en el área de psicología fue exitoso ya que la investigación nuevamente la había acercado a la realidad en la que vive la mayoría de población atendida en el Hospital de Día Roosevelt.,

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En el presente capítulo, se describe detalladamente la metodología utilizada en la Práctica Profesional Dirigida en el Hospital de Día Roosevelt. Se elaboraron programas, planificaciones, cronogramas, agendas de trabajo e informes de Práctica Profesional Dirigida

3.1 Programa de Práctica Profesional Dirigida

a) Propósito del Curso

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

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el Seminario de Integración y demás actividades programadas para aplicar la psicología y consejería social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

b) Objetivos

Generales

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

Específicos

-Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.

-Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.

-Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.

-Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.

-Dar capacitaciones y servicios a grupos de personas con conflictos.

-Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.

-Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.

-Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.

-Formar una clínica de atención psicológica en el área rural

-Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

c) Contenido temático del curso

-Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico

-Capacitación en salud mental

-Investigación de problemas de salud mental en Guatemala

- Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social
- Trabajo en comunidades de riesgo
- Detección de situaciones de resiliencia
- Creación de programas y proyectos
- Planificación de actividades

d) Criterios para el desarrollo del curso o metodología

- 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 establecidas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.

3.2 Cronograma de actividades

FECHA	ACTIVIDADES TUTORIALES	ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE PRÁCTICA
Enero	GENERALIDADES: Información sobre práctica entrega de programación instrucciones sobre metodología.	
Febrero	-Solicitud de realización de la práctica al Decano José Ramiro Bolaños. -Entrega de planificaciones de actividades de práctica. -Entrega de autorización escrita de centro de práctica.	
Marzo	-Información sobre la observación e investigación en los centro de práctica. -Entrega de resumen y análisis practico del libro la entrevista psiquiátrica de Sullivan. -Informe de observación	-Presentación en los centro de práctica. -Contacto inicial con las autoridades. -Entregar planificación de actividades autoridad inmediata -Observación del funcionamiento del centro de práctica -Investigación de los antecedentes de la institución y servicio que presta, tipo de población etc.
Abril y mayo	-Elaboración de historias clínicas de casos planteados en el aula. -Discusión de caso. -Retroalimentación de conocimientos. -Exposición y análisis sobre diversas patologías.	-Entrevista abordaje de casos, evaluación del paciente. -Uso de documentos de registro.
Junio , Julio agosto	-Taller para elaboración de impresión clínica -Diagnostico multiaxial. -Plan terapéutico. -Informe de casos. -Exposición de formas de psicoterapia. -Presentación y discusión de casos. -Entrega de historias clínicas e informes de casos - Entrega del proyecto de salud mental.	-Registro de evolución de casos. -Diagnóstico y tratamiento actividades que requieran el centro de practicas
Septiembre	-Trabajo de campo en áreas de riesgo, capacitaciones a grupos en conflictos. -Informe del proyecto de salud mental. -Primera revisión del informe final	-Culminación de la práctica clínica. -Ejecución del programa de salud mental
Octubre	-Segunda Revisión de informe final	
Noviembre	-Tercera revisión del informe final Entrega del informe final -Examen final	

3.3 Planificación general de las actividades de Práctica Profesional Dirigida

Mes: enero y febrero

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos	Logros o resultados
-Recibir información general de la práctica profesional dirigida.	-Información general sobre programas y cronogramas. -Instrucciones sobre metodología a utilizar	-Explicaciones. Investigaciones. Planificaciones. Lecturas.	-Programas. -Cronogramas. -Libros. -Hojas -Fotocopias -Bibliografías -Internet	Que el estudiante tenga información detallada sobre su práctica profesional dirigida.
-Elaborar Plan anual sobre las actividades a realizar en el centro de práctica	-Retroalimentación sobre documentos de registros a utilizar para la obtención de datos en el centro de práctica tanto de la institución como de las personas que se atenderán.	Elaboración de cronograma. -Panificación de actividades de Práctica Profesional Dirigida.	-Computadora -Lapiceros -Borradores -Lápices	-Aprobación de la planificación de la Práctica Profesional Dirigida Autorización para la realización de la Práctica Profesional
-Solicitar autorización de prácticas al Decano de la facultad de Ed.		Solicitud de realización de la Práctica Profesional Dirigida por el Decano De la Facultad de Educación el Lic. José Ramiro Bolaños al centro de práctica	-Copias de mensajes motivacionales. -Bibliografías -Diapositivas	Dirigida por el Decano de la Facultad de Educación el Lic. José Ramiro Bolaños.
-Recibir implementación teórico sobre contenidos y uso de instrumentos necesarios.	-Elaboración de proyectos de formación clínica de Psicología y Programa de salud mental.			

Mes: marzo

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos	Logros o resultados
<p>Conocer detalladamente, el centro de práctica.</p>	<p>-Entrevista con la directora de la institución - Solicitud de información: visión, misión, valores, organigrama, población, entre otros.</p>	<p>-Entrevista inicial, estructurada y de seguimiento. -Uso de terapia breve e intensiva -Utilización del DSM-IV-TR. -CIE-10 -Ejercicios de respiración -Ejercicios de relajación</p>	<p>-Computadora. -Internet -Fotocopias -Bibliografía -Hojas -Lectura de segmentos de libros motivacionales -Lapiceros -Bolas chinas para contrarrestar la tensión</p>	<p>-Obtener información necesaria e identificarse con la institución de Práctica Profesional Dirigida. -Conocer al Personal que laborará en la misma área de psicología; como equipo médico y otras áreas sociales y de salud.</p>

Mes: abril y mayo

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos	Logros o resultados
<p>-Continuar usando la terapia breve y de emergencia.</p>	<p>-Discusión de casos, con la catedrática Lic. Sonia Pappa.</p> <p>-Uso de la terapia breve y de emergencia.</p>	<p>-Entrevista.</p> <p>-Observación y detección del estresor causante del conflicto interno del paciente.</p> <p>-Ejercicio de respiración por medio del diafragma.</p>	<p>-Uso del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales revisión 4. (DSM-IV-TR)</p> <p>-Uso del CIE-10</p> <p>Uso del test temático de apercepción (TAT)</p>	<p>Interacción con pacientes, identificación de problemas.</p> <p>-Establecer juntamente con el área de psiquiatría y psicología del Hospital Roosevelt metas alcanzables para la mejoría del paciente</p>
<p>Interacción con los pacientes.</p> <p>-Terapia familiar. Terapia. de pareja individual para hacer conciencia del problema dentro del grupo primario</p>	<p>Retroalimentación sobre análisis y elaboración de historias clínicas.</p> <p>-Exposiciones sobre diversos temas de psicopatología</p>	<p>-Test temático de apercepción (TAT). Secuencia de imágenes.</p> <p>-Test para evaluar la ansiedad.</p> <p>-Rotafolio</p>	<p>-Computadora</p> <p>-Internet</p> <p>-Fotocopias</p> <p>-Bolas (control de ansiedad)</p> <p>-Hojas</p> <p>-Lápices lapiceros y borradores</p>	<p>-Identificación y resolución inmediata del sufrimiento como también de las necesidades que presentan los pacientes.</p>

Mes: Junio y julio

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos	Logros o resultados
<p>Realizar con la Lic. Sonia Pappa asesora de la Práctica Profesional Dirigida una retro-alimentación.</p> <p>Interacción con los pacientes.</p> <p>-Verificación de alcances en los casos de pacientes</p>	<p>-Actividades que requiere el Hospital Roosevelt</p> <p>-Terapia individual y grupal. trabajo con grupo terapéutico.</p> <p>-Atención a múltiples casos y distintos trastornos todos los días.</p>	<p>Psicoterapia individual y familiar de emergencia.</p> <p>-Resolución inmediata de la crisis.</p> <p>-Control de estrés y ansiedad</p> <p>-Test de autoevaluación de ansiedad.</p>	<p>-Grabadora</p> <p>-Estéreo portátil.</p> <p>-discos compactos de música instrumental para relajamiento y meditación</p> <p>Cañoneras, computadora, televisor, videoreproductor, pizarrón.</p>	<p>Avances en casos de pacientes.</p> <p>-Trabajar con sentido de responsabilidad, orden y conciencia profesional.</p> <p>Identificación y resolución de necesidades de pacientes.</p> <p>-Avances en los casos de pacientes e</p> <p>Identificación de sus necesidades.</p>

Mes: agosto y septiembre

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos	Logros o resultados
<p>Ampliar en una forma más apasionante y profunda conocimiento de cómo poder ir avanzando en el manejo de técnicas dentro de la terapia breve y de emergencia</p> <p>-Interacción con los pacientes.</p> <p>-Verificar logros en los pacientes.</p>	<p>Terapia individual y colectiva, revisión y discusión de casos.</p> <p>-Investigación y conferencia sobre la terapia breve y de emergencia de Bellack</p>	<p>-Psicoterapia individual. –</p> <p>-Logoterapia.</p> <p>-Ejercicios de relajación.</p> <p>-Tareas en casa y estar informada por teléfono o por el área de salud del Hospital Roosevelt.</p> <p>Videos, diapositivas, dinámicas, test de autoevaluación.</p>	<p>-Grabadora.</p> <p>Internet.</p> <p>-Hojas</p> <p>-Fotocopias</p> <p>-Bibliografía</p> <p>-Audífonos</p> <p>-Estéreo portátil</p> <p>Cañoneras, computadora, televisor, videoreproductor, pizarrón.</p>	<p>Avances en casos de pacientes.</p> <p>-Cumplir con la fecha de entrega del informe del manual de Práctica Profesional Dirigida</p> <p>Identificación y resolución en necesidades de pacientes.</p>

Mes: Octubre

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos	Logros o resultados
<p>-Terminación de casos de pacientes.</p> <p>Interacción con los pacientes.</p>	<p>Conclusión de casos.</p> <p>Motivar a los pacientes a través de lecturas como la de “Dios en mi vida”</p>	<p>Entrevista final, recomendaciones y conclusiones.</p> <p>Videos y test de autoevaluación.</p>	<p>Diván, grabadora entre otros.</p> <p>-Computadora.</p> <p>-Bibliografía</p> <p>-Fotocopias</p> <p>Internet</p> <p>-Lapiceros</p> <p>-Lápices y borradores</p>	<p>Mejoría en el paciente tanto en lo físico como psicológico</p> <p>Identificación y resolución de necesidades de pacientes.</p>

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos

Introducción

Durante la Práctica Profesional Dirigida en el Hospital de Día Roosevelt se atendió a una gran cantidad de personas con problemas de diversa índole, pero lo más significativo fue que el mayor número de pacientes era del sexo femenino y al mismo tiempo con una gran tendencia en el padecimiento de trastornos psicológicos como el estrés, depresión y ansiedad.

A) Objetivos

a) General

-Adquirir herramientas y destrezas y conocimiento, a través de la atención de casos clínicos, y al mismo tiempo promover en él, el deseo de cambiar y tomar decisiones para alcanzar sus objetivos de vida.

b) Específicos

-Desarrollar una visión y pensamiento sistemático al momento de abordar casos clínicos de jóvenes adolescentes, adultos mayores y ancianos

-Definir metas de cambio hacia el/la paciente y terapéuticos específicos para cada consultante.

c) Actividades

-Entrevistas.

-Terapia breve y de emergencia.

-Terapia de apoyo

-Técnicas de relajación y meditación

-Aplicación de las pruebas del TAT (test de apercepción sistemática)

d) Cronograma de actividades de la Práctica Profesional Dirigida

Mes	Actividades en atención de casos
Abril	Establecer empatía con los pacientes. (ponerse en lugar del paciente) Dar Terapia breve y de emergencia. (apoyo inmediato, controlando la crisis)
Mayo	-Asignación de casos. (ayudar por medio de los antecedentes del paciente y su problema actual a mejorar su salud mental, en este centro es primordial para que salgan motivados los pacientes después de una operación)
Junio	-Terapia breve y de emergencia (control de crisis).
Julio	-Expresión de sentimientos (ayudar al paciente a expresar su dolor, sufrimiento. Eso se gana por parte del terapeuta desde la primera sesión al dar confianza y seguridad al paciente, sin tener que censurar las consecuencias de su padecimiento)
Agosto	-Aplicar test de estrés. (a veces es bueno contar con él porque vuelve a confirmar el nivel de estrés que maneja la persona)
Septiembre	-Aplicación de diagnósticos basados en el DSM-IV (para confirmar las sospechas del terapeuta sobre algún trastorno, es de fácil uso y ahorra tiempo por el orden en que se encuentra y la información sobre trastornos mentales comprobado científicamente)
Octubre	-Charlas (toda información extra que se imparte es de provecho por lo tanto, es importante para mejorar nuestra salud física)

	<p>como mental, escuchar temas de interés.</p> <p>-Expresión de sentimientos.</p> <p>-Terapias breve y de emergencia</p> <p>-Terapia de apoyo (a veces no se encuentra la forma de expresar un sufrimiento muy fuerte por lo tanto el terapeuta debe hacerse presente, como un bastón fuerte donde el paciente se exprese libremente y la terapia ayude a apoyarlo)</p> <p>-Técnicas de meditación. (aprender a respirar de forma diafragmática de manera lenta muy lenta para ir quitando poco a poco el estrés)</p> <p>Terapias individual (restaurar o mejorar la salud de un paciente a la vez))</p> <p>Expresión de sentimientos.</p> <p>Aplicar técnicas de relajación. (llevar al paciente a un estado de relajamiento mental y físico, utilizando al mismo tiempo ejercicios de respiración, contracción de músculos y relajamiento de ellos.)</p> <p>Cierre de casos. (concluir el trabajo profesional del terapeuta)</p> <p>Despedida de practicante a personal del centro.</p>
--	---

3.4.2 Subprograma de capacitación

Introducción

A continuación se presenta los talleres que se llevaron a cabo fuera del centro de práctica para ayudar a diferentes tipos de personas.

a) Objetivos

-Mejorar la calidad de vida de las personas mediante los talleres impartidos para que aprendan temas de interés que les servirán en un futuro como conocimiento personal y así poder crecer día a día mejorando sus vidas como de las personas de su entorno.

-Ejecutar programa de capacitación, para conocer mecanismos por medio de los cuales las personas utilicen herramientas para afrontar obstáculos y poder salir adelante.

-Reconocer que por medio de un taller individual, se crea ayuda, comprensión y apoyo.

b) Actividades

-Talleres individuales de autoaprendizaje.

-Dinámicas para conocerse así mismas.

-Ejercicios para que cada paciente reflexione acerca de su vida.

-Discusiones y análisis acerca de la importancia de establecer prioridades y metas.

-Reflexiones acerca de la etapa de vida en la que se encuentran actualmente.

c) Cronograma de actividades

Fecha	Actividad
26-09-008	Violencia intrafamiliar, autoestima como mejorar el estrés y otros más como también, la terapia breve y de emergencia (proyecto de salud mental).
27-09-008	
13/10/08	Talleres impartidos en Poscret S.A
	Psicodrama familiar y terapias
16/10/08	Capacitación de autoestima.
21/10/08	
	Taller grupal de autoaprendizaje. “Elegiendo con quien compartir”
23/10/08	Taller grupal de autoaprendizaje. “La autoestima”
27/07/07	
	Taller grupal de autoaprendizaje. “Los valores”
30/10/08	Taller grupal de autoaprendizajes. “La amistad”
30/10/08	
	Taller grupal de autoaprendizaje. “Mis metas”
03/10/08	Taller grupal de autoaprendizaje. “La comunicación”
	Taller grupal de autoaprendizaje. “La sexualidad”
	Taller grupal del control del estrés. “El estrés”

3.4.3 Subprograma de elaboración del proyecto de salud mental en la aldea Lo de Coy Mixco.

Introducción

El siguiente programa contiene información sobre el proyecto de salud mental que se llevó cabo en la iglesia Cristiana Evangélica Visión de Fe, Mixco aldea Lo de Coy, por parte de los alumnos de la Universidad Panamericana de Guatemala del quinto año de psicología, con el objetivo de impartir talleres sobre maltrato intrafamiliar, estrés, ansiedad y autoestima a los pobladores del área circunvecina que asistan; y al mismo tiempo de proporcionarles estrategias, técnicas terapéuticas breves, que les faciliten su diario vivir en la problemática en que se encuentren.

A) Objetivos

a) Objetivo General

-Desarrollar talleres y diferentes actividades psicológicas que beneficien a la comunidad de la aldea Lo de Coy Mixco. Poniendo en practicar las técnicas y conocimientos recibidos durante la carrera de psicología y consejería familiar.

b) Objetivos específicos

- Realizar talleres dirigidos a la familia sobre estrés, ansiedad y violencia intrafamiliar, para hacer conciencia sobre la necesidad de mantener una salud emocional integral.
- Brindar terapias breves y de emergencia, basados en los test de ansiedad y estrés de Beck.
- Desarrollar talleres de autoestima con los niños que asistan con sus padres al proyecto.

c) Actividades

Todas las actividades que se han planeado son en base a dinámicas y juegos para poder hacer la capacitación más agradable y lograr así interactuar unos con otros, de ese intercambio podrán extraer gran información de cuan importante es saber actuar con las personas que los rodean. Esto no sólo les dará información sobre la enseñanza de aprender a compartir sino también sobre valores como el respeto hacia sí mismo y hacia los demás.

d) Cronograma de actividades

Fecha	Actividad
Viernes 26 de septiembre de 2008	
-09:00 a. m.	-Bienvenida
-09:10 a.m.	-Taller: violencia intrafamiliar
-09:45 a.m.	-Refacción
-10:10 a.m.	-Taller: estrés y salud mental
-10:45 a.m.	-Primera rifa
-11:15 a.m.	-Despedida e invitación para la tarde
-15:00 a 18:00 hrs. P.m.	-Terapia Breve y de emergencia
Sábado 27 de septiembre de 2008	Actividad
-15:00 hrs. P.m.	-Bienvenida
-15:15 p.m.	-Psicodrama familiar y terapias
-16:15 p.m.	-Refacciones
-16:40 p.m.	-Atención a casos especiales
-17:00 p.m.	--Preparación para varias rifas
-17:00p.m	_Rifas y despedida

e) Presentación de proyecto de salud mental

.Introducción

El proyecto de salud mental se llevó a cabo en la iglesia cristiana evangélica Visión y fe de Mixco, aldea Lo de Coy, por parte de los alumnos del quinto año de la carrera de psicología y consejería social de la Universidad Panamericana, con el objetivo de ayudar a prevenir problemas de índole emocional y de promover la salud mental en Guatemala impartiendo talleres sobre violencia intrafamiliar, estrés, ansiedad y autoestima a los pobladores del área circunvecina que asistan, y al mismo tiempo de proporcionarles estrategias y técnicas terapéuticas breves que le faciliten su diario vivir en la problemática en que se encuentre.

Objetivos

-Desarrollar talleres y diferentes actividades psicológicas que beneficien a la comunidad de la aldea Lo de Coy de Mixco. Poniendo en práctica las técnicas y conocimientos recibidos durante la carrera de psicología y consejería familiar.

-Realizar talleres dirigidos a la familia sobre estrés, ansiedad y violencia intrafamiliar, para hacer conciencia sobre la necesidad de mantener una salud emocional integral.

-Brindar terapias breves y de emergencia, basados en los test de ansiedad y estrés de Beck.

-Desarrollar talleres de autoestima con los niños que asisten con sus padres al proyecto de salud.

Actividades

Las actividades se dieron con charlas, juegos grupales y actividades escritas y de intercambio. De ello se extrae en grupo, una enseñanza, un valor que guie otros valores con el respeto mutuo, la confianza, la amistad, saber expresarse, poder relajarse en momentos de crisis entre otras cosas. La metodología es participativa e interactiva. Después las personas son libres de opinar, es decir juzgar, plantear, decidir, sugerir ideas, imaginar, bromear, reír, abrazar mediados por los conferencistas.

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Programa de atención de casos

Introducción

En el presente capítulo se describen los resultados que se obtuvieron en atención a casos y talleres individuales impartidos, durante el tiempo de Práctica Profesional Dirigida en el Hospital de Día Roosevelt. Es por ello que se tratarán los siguientes temas: logros y limitaciones que se obtuvieron durante la atención a casos; se hará una presentación sobre los casos atendidos. Así mismo se presentará el subprograma de capacitaciones grupales impartidas al personal de la empresa fabricante de postes de concreto de luz “Poscret”; también se mencionarán los logros y limitaciones encontrados durante la capacitación. Finalmente se tendrá la presentación de gráficas. A continuación se presentará las temáticas mencionadas.

a) Logros

Al atender a los casos asignados, se logró alcanzar lo siguiente:

- Cambiar formas de pensamientos, de negativo a positivo.
- Utilizar de forma asertiva de las terapias.
- Expresión de sentimientos con toda libertad.
- Iniciativa por parte del paciente a presentarse en las terapias individuales.
- Establecer relación entre practicante y paciente.
- Cambiar conductas desadaptativas por adaptativas
- El interés por seguir siendo tratados los pacientes, aumentó

-Se logro confrontar al paciente con su realidad por lo que se obtuvieron grandes cambios para bien del paciente.

-El área que se utilizó para dar terapias estuvo perfectamente acondicionado para crear un buen *rapport*.

-Quedaron las puertas abiertas para que la Universidad Panamericana vuelva a enviar apracticantes de psicología.

-Algunos miembros del personal que labora dentro de las instalaciones del Hospital de Día

Roosevelt en el departamento financiero y administrativo solicitaron terapia.

b) Limitaciones

-La mayoría de pacientes vive en el interior del país por lo que no cuentan con los medios económicos para solventar gastos de transporte y poder asistir a sus terapias psicológicas.

-Se atiende diariamente a demasiados pacientes lo que hace imposible seguir dándoles terapia. Por lo tanto, se le pide al área de salud mental del Hospital Roosevelt continuar con el tratamiento, siempre y cuando sea un caso de mucha urgencia.

Lamentablemente el Hospital de Día Roosevelt no cuenta con el presupuesto necesario para poder cubrir permanentemente el área de salud mental por lo que el problema se agrava cuando los pacientes siguen presentando conductas desadaptadas en salud física como mental; por no poder continuar con un tratamiento psicológico que los ayude a superar su aspecto emocional; ya que la mayoría llega con alguna clase de trastorno de depresión llegando algunos a presentar depresión grave.

c) Conclusiones

-La Práctica Profesional Dirigida realizada por la practicante de la carrera de Psicología y Consejería Social hecha en las instalaciones del Hospital Roosevelt y Hospital de día Roosevelt fue una gran oportunidad de poner a prueba tanto el conocimiento teórico como práctico, del

aprendizaje adquirido en los años de estudio algo importante que no debe dejar de mencionarse en este trabajo es, la gratitud infinita hacia Dios que ha permitido al practicante de psicología y consejería social, haber trabajado tan cerca del dolor tanto físico como psicológico que afecta a la población de Hospital de Día Roosevelt y Hospital Roosevelt. Por lo tanto, el trabajo realizado fue con sumo cuidado y mucho profesionalismo.

-Haber trabajado con tanta presión y variedad de problemas tanto físicos como psicológicos y (ambos relacionados entre sí) y con un número tan alto de pacientes, en el Hospital Roosevelt y Hospital de Día Roosevelt y haber podido presentar, al Ministerio Público los casos más apremiantes en cuanto abuso físico y sexual se refiere y haber sido supervisado el diagnóstico que hizo la practicante por un cuerpo médico, otros representantes del área de salud mental del Hospital Roosevelt y haber llegado al Hospital Roosevelt, trabajadoras sociales y representantes del Ministerio Público para comprobar si era cierto lo que se había diagnosticado o no, y haber ganado los seis casos de víctimas presentados, hace que el trabajo realizado durante todo un año haya tenido maravillosas recompensas al haber podido obtener el triunfo que tanto se esperaba en cuanto al bienestar futuro de la víctimas.

-Se pudo trabajar muy bien con los pacientes preoperatorios y comprobar que el tipo de población que llega al Hospital de Día Roosevelt es tan necesitada de sentirse mejor psicológicamente que después de haber resuelto las crisis en que han llegado y luego sentirse mejor, ya no quieren abandonar la sesión por que tratan de extenderla al máximo pero cuando se les hace ver, que hay otros pacientes que necesitan también ayuda psicológica lo aceptan de inmediato aunque reflejan vergüenza por el tiempo transcurrido. De lo que se trata es de hacer conciencia de lo que exige la carrera de psicología y que cuando se trabaja para bien de los necesitados y ante todo con profesionalismo las recompensas son increíbles.

-Al observar cuidadosamente lo que aqueja al paciente preoperatorio del Hospital de Día Roosevelt se comprueba que el problema principal es el problema psicológico más que en muchos casos el físico por lo tanto, como prioridad el practicante de psicología y consejería social se enfocaba todo el tiempo en que sus pacientes obtuvieran una segunda oportunidad de calidad de vida; ya que muchos nunca ha sabido lo que representa realmente amarse a uno mismo.

-Para resumir el trabajo que el practicante hizo en el Hospital de Día Roosevelt y Hospital Roosevelt fue, simplemente maravillosa y única. Pero si fue única, fue porque al coordinar humanidad con conocimiento los resultados que se obtienen son de mucha satisfacción profesional y personal.

d) Recomendaciones

-Una recomendación que valdría la pena para el Hospital de Día Roosevelt es que facilitar información

acerca de lo importante de ayudar a los pacientes a prevenir cualquier estado de ansiedad o estrés para evitar resultados más dañinos.

-Es imprescindible que el Hospital de Día Roosevelt aparte de proporcionar un excelente servicio médico tanto en tecnología como en lo profesional no se olvidarán que la salud mental llega a ser primordial en la pronta recuperación y el buen equilibrio de todo paciente preoperatorio.

e) Muestra de cinco casos clínicos atendidos en el Hospital de Día Roosevelt.

Presentación de casos clínicos

Informe No.1

Historia clínica

1. Datos personales:

Nombre:	K. L. B.
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	Ciudad, Guatemala 16 de mayo 1996
Nacionalidad:	Guatemalteca
Edad:	12 años
Escolaridad:	6o. grado de primaria
Religión:	Evangélica
Elaboración de informe:	1 de Julio 2008

2. Motivo de la consulta

La paciente fue referida por los médicos y jefa de enfermeras a cargo de emergencias del Hospital Roosevelt debido a que la paciente ingresó a la institución por intento de suicidio por lo que la paciente se encuentra muy deprimida y desea ser estabilizarse emocionalmente.

3. Historia del problema actual

Desde hace seis meses la madre de Katherine llevó a la casa a vivir a su actual pareja a partir de eso, ha presentado una pérdida de sentido de vida. No quiere ir al colegio, es agresiva, contesta mal, ha tenido muchos reportes de los maestros por no hacer caso a normas de disciplina, nada le produce placer ni siquiera actividades deportivas con compañeras del colegio en las que antes se destacaba.

4. Historia personal

Desde que la madre se separó del padre hace un año la niña le suplicaba a la mamá que regresara con el papá ya que la mamá de la niña se separó de él debido a una infidelidad y por lo mismo

nunca lo perdonó. Actualmente la madre de Katherine está esperando un hijo de su actual pareja lo cual hace que la niña se deprima aún más.

5. Historia familiar

La madre de la niña fue hija de madre soltera por lo que tuvo que dejar de estudiar y ayudar en el hogar ya que tenía dos hermanos hombres menores que ella y su madre se iba todo el día a trabajar regresando hasta en la noche. La niña tiene un tío menor que tiene 22 años quién la violaba cuando ella a petición de la abuela era dejada en su casa, por la madre de la niña para que pasara unos días de vacaciones con su abuela. Cuando esto pasaba niña todavía vivía con sus padres pero por temor a que les hicieran algo nunca dijo lo que le sucedía. Hasta hace un año que se lo contó a su mamá porque el tío se fue a vivir a los Estados Unidos y según lo refiere Katherine dice que no piensa regresar porque se acaba de casar.

Sin embargo la relación actual de Katherine con la madre está bastante mal ya que se le confirmó a la madre de la niña que su hija era violada por su padrastro a lo que ella hizo caso omiso ya que dijo que no piensa dejar nunca a su actual pareja por tal motivo, tomó el caso el Ministerio Público no permitiendo el egreso de la niña del Hospital Roosevelt hasta que lo resuelva el Juez competente a cargo.

6. Examen Mental

- Apariencia personal: Limpia
- Conducta: Desconfiada pero respetuosa, amable poco comunicativa
- Lenguaje: Coherente, sencillo y claro
- Humor: Depresivo
- Percepción; No existen alteraciones
- Proceso de pensamiento. Ideas nocivas respecto así misma, hila bien sus ideas y tiene un curso continuo.
- Control de impulsos: Adecuado en este momento
- Insight*: Bueno

7. Criterio diagnóstico

- Enlentecimiento psicomotor
- Pérdida de apetito
- Duerme todo el día
- Falta de concentración como de retención de información
- Pérdida de interés por actividades que antes gustaban
- Deterioro en áreas importantes de su vida
- Intentos suicidios
- Falta de esperanza
- Insomnio

8. Diagnóstico Multiaxial

Eje I F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único

T 74.0 Negligencia de la infancia.

T 74.2 Abuso sexual del niño.

Eje II Supresión como mecanismo de defensa.

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V EEAG (39-55) actual

9. Diagnóstico Diferencial

Katherine no presenta otro cuadro de depresión con el que podría pensarse ya que nunca ha tenido un episodio de manía o hipermanía, por lo tanto queda descartado el trastorno bipolar.

10. Pronóstico

Reservado ya que va a comenzar tratamiento farmacológico y psicológico en el área de salud mental de Hospital Roosevelt.

11. Tratamiento o plan terapéutico

- Continuar con su educación académica.
- Buscar alguna actividad que le gustaría hacer para recrearse a sí misma (pintar, patinar etc.)
- Brindar apoyo psicológico y farmacológico
- Entrenamiento de ejercicios diafragmáticos y musculares para bajar el estrés
- Terapia conductual y de auto-aprendizaje
- Técnica de modelamiento y desensibilización sistemática.

Informe No.2

1. Datos personales:

Nombre: J. R. P.
Sexo Femenino
Edad 49 años de edad
Lugar de Nacimiento: Ciudad, Guatemala
Fecha de Nacimiento: 27 enero de 1959
Religión: Católica
Escolaridad: Quinto grado de primaria
Elaboración de informe: Agosto 2008

2. Motivo de consulta

Referida por los médicos de Hospital de día Roosevelt debido a que la paciente va a ser operada de una hernia pero es diabética y tiene la necesidad de estabilizarse emocionalmente antes de ser operada.

3. Historia del problema actual

Desde que la condenaron a 25 años de cárcel por haber cometido homicidio contra su esposo ha presentado momentos de depresión por no volver a ver a sus hijos. Duerme todo el día, ha tenido pérdida de peso, no le gusta hacer nada de ejercicio porque desde la mañana se siente fatigada y al hacerlo refiere la paciente que se agotaría mucho más por lo que por la misma razón también ha dejado de trabajar, ha perdido interés hacia algunas actividades que antes le gustaba hacer dentro de la cárcel como coser manteles para luego venderlos, leer y escuchar música. Actualmente vive en la casa de una sobrina siendo ella la única que trabaja para satisfacer las necesidades básicas de ambas.

4. Historia Personal

Cuando le faltaba un mes para cumplir sus veinticinco años fue acusada de haber cometido homicidio contra su esposo y condenada a veinticinco años de cárcel. Sus dos hijos un hijo varón de 27 años y una niña menor de 24 años de edad se fueron muy pequeños a vivir con la familia paterna

y jamás visitaron a su madre en la cárcel. Ahora que ya salió doña Julia fue a buscar a sus hijos y le dijeron que no quieren saber nada de ella; por lo tanto el desamor de sus hijos, la diabetes y el ser operada ha hecho que doña Julia este actualmente con una depresión bastante fuerte. Dice que ha perdido el sentido de vida.

5. Historia familiar

Los padres de doña Julia murieron en un accidente cuando tenía tres años de edad por lo tanto ella y un hermanito mayor de cinco años se fueron a vivir con la abuela materna; sin embargo era maltratada por sus primos, tíos y parejas de ellos por lo mismo, sufrió muchísimo al igual que su hermano hasta que tuvo la oportunidad de casarse y se fue. Dice la paciente que desde que se casó siempre fue maltratada física, emocional y psicológicamente por lo que le pidió la separación al esposo pero él nunca se la dio. Sin embargo dice ser inocente del crimen que hizo que pasara veinticinco años en la cárcel.

Actualmente tiene muy buena comunicación con su hermano pero el hermano la va a mirar a la casa de su hija de vez en cuando ya que tiene miedo a que se entere la esposa y sus otros hijos y no le permitan nunca volverla a ver; ya que todos se expresan muy mal de ella.

6. Examen mental

-Apariencia	Limpia
-Conducta	Respetuosa, amable y comunicativa
-Lenguaje	Fluido y entendible
-Humor	Depresivo
-Afecto	Adecuado
-Proceso de pensamiento.	Tiene ideas nocivas respecto a ella misma, hila bien sus ideas y tiene un curso continuo
-Control de impulsos	Adecuado
-Juicio	Inadecuado
- <i>Insight</i>	Bueno
-Confiabilidad	Adecuada

7. Criterios diagnósticos

- Enlentecimiento psicomotor
- Falta de apetito
- Falta de concentración
- Desesperanza
- Ideas suicidas
- Falta de interés en todas las áreas de su vida
- Fatiga
- Agotamiento aunque pase todo el día durmiendo
- Pérdida de peso
- Disminución de peso

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I F32. 2 Trastorno depresivo mayor. Episodio único sin síntomas psicóticos

Otros problemas que merecen ser tomados en cuenta

Z63.8 problemas paterno filiales [V61.20]

Eje II Ninguno

Eje III Diabetes

Eje IV Problemas de relación

9. Diagnóstico Diferencial

Doña Julia está atravesando por una depresión mayor debido a que al salir con toda la ilusión de volver a estar con sus hijos nuevamente y al ser rechazada le produjo el síntoma actual por lo tanto, se descarta que enfermedad como síntoma de depresión ya que hace diez y ocho años dentro de la cárcel fue diagnóstica con esa enfermedad y nunca le ocasionó problemas o síntomas severo de depresión. También se descarta el que pudiera tener algún trastorno bipolar porque no se han dado episodios de manía (euforia) o de hipermanía por lo tanto se sigue manteniendo según sus síntomas el diagnóstico de depresión mayor.

10. Pronóstico

Reservado porque lo va a seguir el área de salud mental de Hospital Roosevelt

11. Tratamiento o plan terapéutico

- Se recomienda terapia farmacológica y terapia psicológica
- Ejercicios de relajación y meditación
- Terapia conductual
- Desensibilización
- Condicionamiento operante

Informe No. 3

1. Datos generales

Nombre. K. X. S
Edad. 1 año 2 meses de edad
Sexo. Femenino
Nacionalidad. Guatemalteca
Lugar de nacimiento. Cuilapa, Santa Rosa
Fecha de nacimiento. 20 de febrero de 2007
Religión. No tiene
Nombre de la madre. F. P. S
Nombre del padre G. X. C

2. Motivo de consulta

La paciente fue referida por los dos médicos jefes del área de pediatría para que se hiciera una evaluación psicológica a los padres de Kimberly ya que presenta una fractura cráneo encefálica grado 3.

3. Historia del problema actual

La madre refiere que la niña es muy inquieta y el padre juntamente con su hijo más pequeño la estaban viendo cuando saltaba en la cama pero el esposo se fue al baño y ella estaba cocinando cuando oyeron un grito y se dieron cuenta que la niña no respondía por lo mismo entraron en pánico; siendo trasladados del Hospital de Cuilapa al Hospital Roosevelt.

4. Historia personal

Doña Felipa se casó a los quince años de edad embarazada de su primer hijo Andrés. Dice ella que el esposo es muy bueno lo único es que se molesta cuando los niños no lo dejan descansar. También refiere que su esposo trabaja todo el año en una finca de Retalhuleu y cuando llega a la casa es cada seis meses. Ella no trabaja pero dice que sus cuñados que viven cerca de donde ella vive la ayudan económicamente para sacar adelante a sus hijos y cuando el esposo llega les paga a ellos lo que han

invertido en doña Felipa. Doña Felipa dice que eso si la tiene triste el no ver a sus esposo tan seguido solo dos veces al año.

5. Historia familiar

Doña Felipa refiere que su madre también se casó a la misma edad de ella y tiene cinco hijos la más grande es doña Felipa de 19 años, le sigue un hermano varón de 17 años, luego otro hijo varón de 15, una mujer de 12 y la más pequeña también mujer de 9 años de edad. Dona Felipa comenta que desde que era niña siempre se dio cuenta de los golpes que su padre siempre le daba a su madre y luego no conforme también les pegaba a sus hermanos y a ella. Vivian, según comenta doña Felipa en una pobreza extrema porque el padre tenía hijos con otras dos mujeres y también las tenía que suceder. La madre de doña Felipa no lo dejaba porque aún lo quiere bastante y no lo podría abandonar a pesar de que también tiene el vicio del alcohol. Doña Felipa dice que la madre siempre le dijo que la mujer debe siempre hacerle caso al esposo en todo y siempre debe servirlo y que cuando a veces les pegan a las mujeres es porque algo no le gustó de ellas al esposo por lo tanto, tienen derecho a golpear a sus esposas.

6. Examen mental de doña Felipa

- | | |
|--------------------------|---|
| -Apariencia. | Falta de higiene |
| -Conducta. | Respetuosa, adecuada |
| -Lenguaje. | Entendible y fluido |
| -Humor. | Desconfiada y poco expresiva |
| -Afecto. | Adecuado |
| -Proceso de pensamiento. | Hila bien sus ideas y tiene un curso continua |
| -Juicio. | Inadecuado |
| - <i>Insight</i> . | Adecuado |
| -Confiabledad. | Adecuada |

7 Eje multiaxial

Eje I:

Ninguno

Eje II

Aplazado

Eje III:

Fractura cráneo encefálico grado 3

Eje IV

Negligencia en el cuidado del niño

Abuso físico del niño

Problemas económicos

Eje V:

Aplazado

8. Tratamiento o plan terapéutico

-Reservado ya que todavía no saben los doctores en que condición va a quedar. Hablando la practicante con el médico jefe de pediatría le comentaba que por lo general cuando la fractura es de un grado 3 siempre hay secuelas muy severas en lenguaje, coordinación psicomotora, visión, oído, pensamiento etc. Es muy frecuente que queden con algún tipo de retraso permanente.

Actualmente los padres de Kimberly nunca volvieron a llegar al Hospital después de haber sido evaluados y confirmado el abuso de ellos hacia su hija Kimberly. Después de dos meses de tratarlos de encontrar ya se habían ido del lugar donde residían y nadie más pudo dar información por lo mismo El Juez de familia del Ministerio Público quitó a la niña de la custodia de sus padres y la entregó al orfanatorio *Emilianni* en donde se encuentra actualmente.

La institución donde se encuentra Kimberly ha ofrecido ayudar a la niña con un fisioterapeuta tres veces a la semana, terapeuta del lenguaje y llega también un psicólogo una vez a la semana.

Informe 4

1. Datos generales

Fecha de evaluación.	16 -04-008
Nombre.	E. E. T. Y.
Fecha de nacimiento.	30-04-2004
Edad.	3 años
Sexo.	Masculino
Nacionalidad.	Guatemalteca
Dirección.	Zona 6 Mixco. Salida el Milagro diagonal lote 21. Guatemala, Ciudad
Religión.	Evangélica
Nombre del padre.	Dice el tío que no lo recuerda.
Nombre de la madre.	J. Y.

2. Motivo de la consulta

El día 22 a las 06:45 a.m., el niño con el nombre de Eddie fue ingresado al área de emergencias del Hospital Roosevelt debido a que presentaba una hemorragia muy severa en la barbilla como también una fractura cráneo encefálico grado 1 que ya cicatrizó.

3. Historia del problema actual

El paciente luce bastante desnutrido, depresivo, no se ríe, llora todo el tiempo, y con una mirada perdida y distante, tampoco hila las respuestas a lo que se le pregunta, presenta ecolalia. Los médicos solicitaron de inmediato la evaluación al practicante de psicología respecto a que evaluara a la familia para así dentro de 48 horas darle de alta al niño o no.

4. Historia personal

La madre de Eddie refiere el hermano actual tutor del niño en este momento que la madre de Eddie nunca tuvo un solo problema en el embarazo nació de parto natural a los nueve meses exactos. Eddie nunca fue amamantado ya que la madre de Eddie había tomado la decisión de regalarlo. a los doce días de haber nacido se los fue a regalar a una pareja de esposos a los cuatro meses se lo devolvieron a la madre de Eddie diciendo que lloraba mucho y no lo aguantaban; y así continuó

Eddie siendo regalado cuatro veces más . Esta última vez se lo dio a su único hermano el cual está casado y con un hijo de siete meses.

5. Historia familiar

Dice el tío de Eddie don Francisco que tanto Juana su hermana con él perdieron a su madre biológica cuando tenía Francisco nueve años y doña Juana doce. A los seis meses de haber muerto en un accidente la madre el padre llevó a otra mujer con tres hijos a vivir a la casa. Tanto la madrastra como los hijos de su madrastra y su mismo padre los maltrataban demasiado refiere don Francisco por tal razón a los doce años se fue a vivir a la casa de su abuela materna junto con su hermana Juana. Juana siempre fue muy rebelde y a los catorce años se fue a vivir con un hombre de treinta años quién estaba casado pero a Juana no le importaba. Tuvo muchas parejas hasta hace tres años que conoció al padre del niño también casado el cual sólo reconoció a al niño y nunca más quiso volver a saber de él. Comenta Francisco que se lleva muy bien con su hermana que hasta le regaló a Eddie.

6. Examen mental del niño

- Apariencia: descuidada
- Conducta: inadecuada
- Humor: depresivo
- Lenguaje: ecolalia
- Proceso de pensamiento: inadecuado (no hila ideas)
- Control de impulsos: inadecuado
- Insight*: inadecuado
- Juicio: inadecuado
- Confiabilidad: inadecuada

7. Criterios diagnósticos

- Responde con temor
- Luce desesperanzado
- Llora todo el tiempo

- Esfuerzos por evitar jugar, tomar una pelota, reírse.
- Luce cansado con la mirada perdida
- Incapacidad para responder con afecto
- Comportamiento deestructurado o agitado
- El acontecimiento traumático es reexperimentado cuando mira al tío vomita.
- En la noche se despierta varias veces llorando
- Tiene pesadillas
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Hipervigilancia
- Respuestas exageradas de sobre salto.
- Estas molestias están provocando un malestar clínico significativo y social.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I

F43 Trastorno por estrés postraumático. [309.81]

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

T74.1 Abuso físico del niño [V61.21]

T74.2 Abuso sexual del niño [V61.21]

Eje II

Aplazado

Eje III

Ninguno

Eje IV

Víctima de abandono infantil

Eje V

EEAG = 21 (en el ingreso)

EEAG = 55 (en el alta)

9. Diagnóstico diferencial

En el trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad. El niño presenta muchos síntomas pero debe de tenerse cuidado porque los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación (*arousal*) previos, al acontecimiento traumático no reúne criterios para el diagnóstico de estrés postraumático (por ejemplo ansiedad, algún otro trastorno del estado de ánimo). Tampoco podría ser un estrés agudo porque el cuadro sintomático que presenta Eddie debe resolverse en las primeras cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático y hasta el momento Eddie lleva dos meses con diez días dentro del Hospital Roosevelt.

10. Tratamiento o plan terapéutico

El practicante de psicología pidió cero visitas de la familia del niño hacia él y fue aceptado por el Hospital Roosevelt y el Ministerio Público para ver si había alguna mejoría con el niño y así fue; por lo tanto, el Juez de Familia y representante del Ministerio Público le quitó la custodia del niño tanto al tío como a la madre biológica.

Luego comenzó a mejorar Eddie cuando ya no volvió a ver a su familia. Se le dio una terapia de condicionamiento operante, fototerapia como también se le está enseñando a relajar con música y parece ser que le gusta mucho recibirla. También se ha dado la biblioterapia con una biblia para niños que le gusta mucho, también se ha dado la secuencia de figuras y está comenzando a responder. Dependiendo como vaya evolucionando se le puede dar otras terapias para control de impulsos como la cognitiva-conductual u otra. Actualmente Eddie se encuentra en un hogar para niños huérfanos carretera a la Antigua y según lo refieren las trabajadoras sociales está adaptándose muy bien y casi siempre está riéndose y quiere mucho a sus otros compañeritos. Siendo el más pequeño parece ser que es el consentido de todos.

Informe 5

1. Datos generales

Nombre. Doña E. V.
Edad. 35 años
Fecha de nacimiento. 26 de septiembre de 1973
Lugar de nacimiento. Guatemala, ciudad
Estado civil. Casada
Escolaridad. Secretaria *bilingüe*
Domicilio. San José Pinula lotificación el Manzano lote 9 y 10.

1. Motivo de consulta

Referida por el cuerpo médico para que sea evaluada. Parece ser que tiene desconcertados a los médicos ya que acaba de perder a un hijo de 12 años y Pablo se encuentra casi en estado vegetal y ante todos luce muy bien, bromea y les da apoyo a otras personas por lo tanto, los médicos necesitan saber si realmente necesita doña Evelyn que la ayuden a estabilizarse emocionalmente.

2. Historia del problema actual

Hace un mes ingreso Pablo hijo menor de doña Evelyn y don Pedro Augusto por haber sido víctima de un accidente automovilístico en el Chilero, donde el bus que los transportaba a él, a su hermano Ricardo de 12 años, a su tía y a esposo (cuñado de doña Evelyn) juntamente con sus dos hijos de 11 y 9 años ambos varones también tuvo problemas mecánicos y cayó a un hoyo no muy profundo según dicen algunos sobrevivientes pero el impacto fue tan grande que los hijos de doña Evelyn salieron disparados de la parte de atrás hasta el frente. Ricardo murió 10 minutos después del accidente y Pablo quedó con una fractura y coágulos cerebrales que le impedían hablar, reconocer a las personas, no podía masticar por lo que lo alimentaban con sonda y todavía no sabían los médicos si iba a volver a caminar. Doña Evelyn dice sentirse triste pero es normal después de haber perdido a un hijo y que también está preocupada porque no sabe si Pablo va a llegar algún día a estar sano.

3. Historia personal

Doña Evelyn se casó a los 23 años de edad es la segunda hija de tres mujeres. Nacida en un hogar muy cristiano sus padres aún viven y los visitaba frecuentemente antes del accidente. El esposo de doña Evelyn dejó de trabajar y tan poco acompaña a Doña Evelyn para estar con ella en el Hospital Roosevelt en el área de pediatría. Ese dice doña Evelyn es un gran problema porque él siendo padre de Pablo también debe de estar con ella; sin embargo nadie aún a convencido a don Pedro que lo haga.

Cuando al practicante de psicología le pidieron evaluar a doña Evelyn casi pudo en la primera entrevista confirmar el mecanismo de defensa que doña Evelyn estaba utilizando. Cuando se le confrontó comenzó a llorar desesperada a reprocharle a toda la familia que porque le decían que la admiraban porque era fuerte cuando no se daban cuenta que día a día se estaba muriendo. Refirió también al practicante de psicología que ya no quería seguir viviendo. También le confesó al practicante que hacía tres años había llegado a un Centro de salud privado cuando se tomó una gran cantidad de somníferos y que si el esposo no llega a la casa ese día temprano se hubiera muerto y que tal vez lo volvería a intentar; su vida decía doña Evelyn ya no tenía sentido.

4. Historia familiar

Refiere doña Evelyn que ella al igual que sus dos hermanas mujeres siempre han sido queridas por su padres y que también sus padres siguen viviendo felices. También refiere doña Evelyn que la relación con sus hermanas y con sus sobrinos siempre fue la mejor pero que a raíz del accidente, se apartó hasta de su mamá ya que dice que la responsable de que perdiera a un hijo y el otro hijo se encuentre tan mal es responsabilidad de su hermana menor de 32 años y de su cuñado de 38 años de edad. Por lo mismo dice que como la hermana se quebró una pierna la mamá de doña Evelyn se fue a la casa de la hija menor para ayudarla por lo tanto doña Evelyn no volvió a visitar a sus papás ya que está cuidando a los otros nietos y a la hermana menor de doña Evelyn. El papá de doña Evelyn prefiere no opinar y prefiere mantenerse alejado de problemas sin hacer ningún comentario prefiere sólo escuchar y no opinar.

5. Examen mental

-Apariencia	Adecuada
-Conducta	Inadecuada (evasión como mecanismo de defensa)
-Humor	Depresivo, luce desesperanzada
-Lenguaje	Fluido
-Proceso de pensamiento	Hila bien sus ideas
-Control de impulsos	Inadecuado (su cuerpo no responde quisiera moverse más a prisa y todo el cuerpo le pesa demasiado)
- <i>Insigh</i>	Adecuado
-Juicio	Inadecuado
-Confiabilidad	Adecuada

6. Criterios diagnósticos

- Luce triste, desesperanzada, con la mirada vacía.
- No puede dormir
- Duerme toda la noche y se levanta cada día más cansada.
- También presenta enlentecimiento psicomotor
- Problemas de concentración, memoria y atención
- Falta de apetito
- Disminución del peso sin régimen de dieta.
- Pérdida de interés hacia actividades de las cuales antes disfrutaba o bien de amistades.
- Siente tan largos los días.
- Problemas en todas las áreas importantes de su vida.
- Ideas suicidas (hace dos años intento de suicidio)
- Falta de energía
- Fatiga crónica
- Enlentecimiento psicomotor.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I

Trastorno del estado del ánimo con síntomas depresivos

Otros trastornos que merecen

Eje II

Aplazado

Eje III

Nninguno

Eje IV

Duelo

Problemas entre hermanos

Problemas con el grupo primario

Eje V

EEAG = 48 (inicio)

60 (actual)

8. Diagnóstico diferencial

La mayoría de las veces cuando alguien muy querido muere muchas personas entran en un estado de depresión; por lo tanto tampoco debería de considerarse el trastorno de depresión mayor, ya que hace solamente un mes que perdió doña Evelyn a su hijo. Por lo tanto debe de seguir evaluándose los síntomas de doña Evelyn pasados tres meses para ver si más adelante después de tres meses sigue en aumento el deterioro de los síntomas o ya quedan sólo algunos de todos los está presentando actualmente considerándose por el estresor tan fuerte hasta normales.

9. Pronóstico: Todavía no se sabe hasta comenzar el tratamiento.

10. Tratamiento o plan terapéutico

-Terapia de respiración y relajación muscular. Bastante lenta para que doña Evelyn aprenda a respirar por la vía diafragmática.

-Técnica de sensibilización por medio de imágenes que están causando mucho daño. De esta forma se tratará de que doña Evelyn evite sentirse angustiada solo de imaginarse la imagen de su hijo. También se probará con la fototerapia para que poco a poco pueda verlo sin vivir tantas crisis por su recuerdo.

-Terapia de condicionamiento operante para que tanto el esposo de doña Evelyn como doña Evelyn vayan tomando nota de sus pensamientos irracionales automáticos y puedan escribir a un lado de la hoja sus pensamientos racionales.

A doña Evelyn se le ha pedido que escriba tres cartas a la semana a su hijo fallecido donde le pueda expresar su ira, su dolor, su sufrimiento y se las entregue al practicante donde se le pedirá a doña Evelyn que las lea en voz alta y pueda ser grabado lo que dice para luego ir con doña Evelyn tratando de saber si todo lo que dice es real o un fantasía llena de dolor.

Dependiendo del progreso de doña Evelyn ya se le ha comentado que tal vez podría hacerse una futura cita con el jefe de psiquiatría del Hospital Roosevelt pareciéndole a doña Evelyn una buena idea.

4.2 Programa de capacitación

a) Logros

- Tener metas a corto plazo.
- Encontrarle el sentido a la vida.
- Tener una amistad más segura.
- Cambiar la autoestima de negativa a positiva.
- Saber escoger a la pareja, para iniciar una relación en la que ambos puedan hablar el mismo lenguaje del amor
- Aprender a comunicarse de forma correcta.
- Conocer la sexualidad a lo largo de la vida.

b) Limitaciones

Dentro de lo impartido en los talleres individuales, es necesario mencionar ciertas limitaciones las cuales se dieron:

- El poco tiempo para realizar las actividades.
- Los distractores para las participantes.
- Poco recurso para trabajar en los talleres.

c) Conclusiones

-Algo importante que se pudo observar es que cuando se dieron las charlas con un toque especial de humor, las tensiones bajaron se comenzó a mirar en los rostros mejor compañerismo y deseos de participar como también, hacer de ese momento una experiencia agradable comenzando así una etapa diferente donde todos se sentían muy bien consigo mismos.

El acercamiento que tuvo el grupo participante de la charla hacia el practicante fue muy emotivo, preguntando cuando se les daba un tiempo libre, si el practicante deseaba algo en particular que se lo fueran a traer como por ejemplo un café, galletas o algún jugo.

La satisfacción de comenzar a ver los cambios en quienes acudieron a los talleres fue muy gratificante; ya que la atención y deseos de participar dio las pautas a seguir para que cada charla

impartida llegara a ser diferente de las demás en cuanto a tema presentado pero no, en calidad y esmero con que se trataban las charlas. Ya que de lo que se trataba era, de dejar conocimiento en el grupo participante para poder hacer uso de herramientas necesarias para funcionar mejor dentro de una sociedad.

-La elaboración de las actividades o dinámicas de cada taller fue de suma importancia, ya que cada uno se realizó conforme al tema impartido. Aunque se presentaron limitaciones, las cuales fueron mencionadas anteriormente, los resultados fueron muy satisfactorios.

d) Recomendaciones

-Se deberían programar en los lugares de prácticas dar capacitaciones por lo menos dos al mes; ya que los resultados muchas veces son muy gratificantes.

-Se debería de motivar a las empresas para que sus trabajadores estén recibiendo talleres ya que todos refieren lo importante de aprender con dinámicas, interactuar con sus compañeros u otra clase de información que reciben escrita.

-Es importante que la persona que llegue a capacitar pueda contar con un poco más de tiempo ya que lamentablemente en muchos lugares no permiten que los talleres se alarguen; eso hace que los trabajadores rindan menos según lo refirieron.

e) Presentación de contenidos

Contenidos de las charlas y talleres dados como también presentación de programas o agendas, contenidos de las charlas y las dinámicas que se realizaron.

Autoestima

Taller: nuestra autoestima

Objetivo: analizar su propia autoestima

Población: adultos

Duración: 1 hora

Materiales necesarios: 1 hoja en blanco y lapiceros

Descripción

Autoestima

Una de las claves para lograr una buena autoestima es el ejercicio de la habilidad de la compasión, es decir, el juicio más humano, balanceado y objetivo que pueden hacer sobre la misma persona. Aplicando a los demás, este principio recibe el nombre de empatía.

El actuar con compasión beneficia no sólo a la propia autoestima sino a nuestra habilidad general para profundizar en los problemas. El juez crítico suele evaluar superficialmente, con rapidez pone una X desaprobatoria, sin ir un centímetro más allá ni preguntarse por qué las cosas se han dado de esa manera. Con tal ligereza de principio, es natural que se suscite una serie de problemas posteriores que afectan a la persona y a sus relaciones humanas.

Aceptarse a uno mismo sólo es posible cuando se hacen juicios compasivos de las propias acciones de cada persona. Y para ello es fundamental aceptar como válidas las siguientes premisas.

-Todas las personas tratan de salir adelante y responder a sus propias necesidades con los recursos y la información disponibles en el momento.

-Las personas dan lo mejor que tienen, dadas las circunstancias que les rodean.

-Todas las personas pueden decidirse por mejores caminos de bien personal y colectivo una vez que puedan ampliar la conciencia sobre los problemas.

Compasión y autoestima. ¿Cómo se relacionan estos dos elementos? Para esto debe analizarse el siguiente ejemplo. Una persona debe de elegir una situación en la que acostumbra a reprocharse a sí mismo afectando a su autoestima. Ésta es la ocasión exacta para iniciar el proceso de juicio compasivo por ejemplo:

Situación de reproche personal

Una madre de tres hijos refiere: les grito constantemente a mis hijos, pienso que estoy fallando como madre.

-Entendimiento: esta madre debería de preguntarse sobre ¿Qué necesidad trata de satisfacer al actuar de esa manera? ¿Qué necesidades tiene?

-Aceptación: aún sabiendo la madre que esa conducta no es la ideal, debe aceptar el hecho de que esta ocurriendo con frecuencia pero no deja de ser una reacción humana para intentar satisfacer sus necesidades.

-Solución de calidad de vida

-Se debe de preguntar cualquier persona lo siguiente. ¿Qué puede llegar hacer por su propio bien y el de los demás en determinada situación?, existen algunas sugerencias que deberían ponerse en práctica como las siguientes.

-Se debe hacer el intento por manejar el tiempo de cada persona óptimamente.

-Negociar obtener más ayuda de determinada persona.

-Relajarse y respirar profundamente en breves lapsos durante el día.

-Buscar alguna distracción.

-Ponerse en los zapatos de los demás no se debe apresurar a condenar.

-Buscar maneras de alimentar el alma, espíritu y cuerpo de manera saludable.

4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

a) Logros

- Integración de los grupos para trabajar dinámicas.
- Interés sobre el taller impartido.
- Deseos de aprender y de cambiar actitudes.
- Cuidados e higiene personal.
- Trabajo en equipo

b) Limitaciones

- Falta de equipo cañonera
- Falta de material audiovisual

c) Conclusiones

- Los talleres fueron de gran ayuda para las personas ya que en cada tema mostraban interés y el deseo de cambiar y reforzar sus principios y valores.

d) Recomendaciones

- Que las personas se interesen por reforzar sus conocimientos en salud mental, estima y retroalimentación de sus principios y valores.
- Presentación de contenidos de las charlas y talleres dados presentación de programas agendas, contenidos de charlas y dinámicas realizadas

e) Tema autoestima

-Taller: Nuestra Autoestima

-Objetivos

Analizar nuestra propia estima.

-Población

Adultos

-Duración aproximada

1 hora.

-Materiales necesarios

Una hoja en blanco, lapicero.

f) Descripción

Se entrega a todo el grupo una hoja en blanco y se les pide que la doblen a la mitad, luego que vallan cortando partes, se les va indicando como y donde para que al final tengan la forma de una figura humana.

Luego se les pide que escriban para que sirve cada parte del cuerpo y que significado tiene para ellos. Luego se hace énfasis en lo especiales que somos y cuan útiles podemos ser y que cada uno tiene cualidades excepcionales y se trabaja alterno con un espejo para que cada uno se describa.

A) Contenido del tema de autoestima

Autoestima es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean éstos cognitivos, emocionales o motores.

De aquí se desprende:

- Existe una fuerza primaria que nos impulsa hacia la vida.
- Esa fuerza posibilita la realización de las funciones orgánicas armónicamente.
- Esa fuerza nos permite desarrollarnos.
- Esa fuerza nos permite tener una organización, una estructura.
- Esa fuerza es responsable de nuestros procesos de funcionamiento, y tiene que ver con nuestros pensamientos, nuestros estados emocionales y nuestros actos.

Desde el punto de vista psicológico, puede decirse que:

Autoestima es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que nos corresponda interactuar. De aquí se desprende lo siguiente:

- La Autoestima es una disposición, un contenido, un recurso natural en el ser humano.
- La Autoestima es desarrollable.
- La Autoestima sólo existe relacionada con la experiencia de la vida.
- La Autoestima está relacionada con el hecho de estar conscientes de nuestras potencialidades y necesidades.
- La Autoestima está relacionada con la confianza en uno mismo.
- Existen necesidades reales y otras que no lo son aunque a veces así lo pensemos.
- La Autoestima está relacionada con el amor incondicional hacia uno mismo.
- La Autoestima orienta la acción hacia el logro de los objetivos y el bienestar general.

Podemos tener limitaciones y a pesar de ello tener Autoestima.

Los eventos externos, las contingencias, no necesariamente deben afectar nuestra Autoestima., al menos no de manera estable o permanente.

Otros conceptos de Autoestima, relacionados de alguna forma con los que ya hemos expuesto arriba, sugieren que:

- Es el juicio que hago de mi mismo.
- La sensación de que encajo y de que tengo mucho por dar y recibir.
- La convicción de que con lo que soy basta para funcionar; que no tengo que incorporar nada nuevo a mi vida, sino reconocer aspectos de mí que no he concientizado, para luego integrarlos.
- La reputación que tengo ante mí mismo.
- Es una manera de vivir orientada hacia el bienestar, el equilibrio, la salud y el respeto por mis particularidades.

Para efectos de facilitar la comprensión de todo lo expresado anteriormente, asumiremos que la Autoestima es siempre cuestión de grados y puede ser aumentada, ya que si lo vemos con cuidado, concluiremos que siempre es posible amarnos más, respetarnos más o estar más conscientes de nosotros y de la relación que tenemos con todo lo que nos rodea, sin llegar a caer en el narcisismo o egoísmo, que es cuando sólo podemos amarnos a nosotros mismos. Por eso utilizaremos expresiones como aumentar, elevar o desarrollar la Autoestima, para aludir al hecho de que alguien pueda mejorar en los aspectos citados.

De manera que sí es posible una potenciación de este recurso de conocimiento, aceptación y valoración de uno mismo.

Cuando nos referimos a personas o situaciones de poco amor o respeto hacia nosotros mismos, utilizaremos los términos "DESVALORIZACIÓN" o "DESESTIMA", como palabras que se refieren a una manera inconsciente de vivir que niega, ignora o desconoce nuestros dones, recursos, potencialidades y alternativas.

También es conveniente aclarar, que podemos tener comportamientos de baja Autoestima, en algún momento, aunque nuestra tendencia sea vivir conscientes, siendo quienes somos, amándonos y respetándonos. Puede también suceder lo contrario: vivir una vida sin rumbo, tendente al Autosabotaje y a la inconsciencia, pero podemos experimentar momentos de encuentro con nuestra

verdadera esencia. Fragmentos de tiempo de inconsciencia y desconfianza en uno, no son igual que una vida inconsciente regida por el miedo como emoción fundamental. Lo uno es actitud pasajera, lo otro es forma de vida. Hay que distinguir.

b) Como se forma la autoestima

Desde el momento mismo en que somos concebidos, cuando el vínculo entre nuestros padres se consume y las células sexuales masculina y femenina se funden para originarnos, ya comienza la carga de mensajes que recibimos, primero de manera energética y luego psicológica.

Debido a que los pensamientos y emociones son manifestaciones de energía y en el organismo se presentan en forma de reacciones eléctricas y químicas, cada vez que una mujer embarazada piensa o siente algo con respecto al niño en formación, su cerebro produce una serie de químicos que se esparcen por todo su cuerpo y que la criatura recibe y graba en su naciente sistema nervioso, sin tener la suficiente consciencia como para comprender o rechazar lo que recibe a través de un lenguaje químico intraorgánico.

El hecho de que alguno de los progenitores, por ejemplo, asuma como un problema la llegada del niño, es captado por éste emocionalmente, y su efecto formará parte del archivo inconsciente del pequeño y tendrá repercusiones más adelante, cuando reaccione de diferentes formas y no logre comprender las causas generadoras de sus conflictos. Igualmente, cuando ya se ha producido el alumbramiento, todo estímulo externo influirá en el recién nacido y le irá creando una impresión emocional que influirá sus comportamientos futuros. Los padres y otras figuras de autoridad, serán piezas claves para el desarrollo de la Autoestima del niño, quien dependiendo de los mensajes recibidos, reflejará como espejo lo que piensan de él y se asumirá como un ser apto, sano, atractivo, inteligente, valioso, capaz, digno, respetado, amado y apoyado o, por el contrario, como alguien enfermo, feo, ignorante, desvalorizado, incapaz, indigno, irrespetado, odiado y abandonado. La forma como nos tratan define la forma como nos trataremos, porque esa es la que consideraremos como la más normal.

Con la llegada de la pubertad y la adolescencia, se da la bienvenida a la sexualidad y a la necesidad del joven de encontrarse a sí mismo. Se inicia la llamada "brecha generacional" y el tránsito hacia

una mayor definición de la personalidad. Esta etapa es crucial ya que en ella surgen con fuerza la competencia y el deseo de ser mejor que los demás. El joven experimenta una gran necesidad de aprobación por parte de su grupo cercano y aprende a dirigirse hacia quienes lo aplauden y a huir de quienes lo pitan. Desarrolla, con tal de ser querido, conductas muy específicas que se generalizarán hacia la vida adulta.

El ingreso al mundo laboral complica el asunto de la formación y manifestación de la Autoestima, ya que en ese contexto se nos mide por lo que hacemos y no por lo que somos. Si produces, te quedas y si no te vas. Esa es la medida cuando de dinero se trata.

Finalmente en la pareja y el matrimonio se expresa mucho de lo aprendido en los años precedentes: grabaciones, condicionamientos, tradiciones; lo que fue vertido en el molde durante muchos años y que hemos llegado a creer que somos. En este tiempo, formamos parte de una sociedad uniformada en la que muchos han renunciado a expresar su originalidad y tienen ideas fijas de las cosas, que casi siempre siguen aunque no les funcionen. La inconsciencia y falta de comprensión de lo que ocurre, induce a culpar, a resentir, a atacar, a agredir a los demás, a quienes se ve "como malos que no nos comprenden".

Para entonces, ya hemos construido una imagen de nosotros (autoimagen), puesto que habremos aprendido una forma de funcionar, y llevamos como marca en la piel de vaca, el sello de lo que creemos que podemos o no ser, hacer y tener.

c) Por que necesitamos autoestima

La vida humana es el transcurrir de experiencias y eventos con los que entramos en contacto; un transcurrir en ritmos y fluctuaciones; un ir y venir de flujos y reflujos. En este devenir, podemos llegar a vivir momentos altos y momentos bajos.

La relación social, generalmente signada por cambios rápidos y frecuentes, y por una elevada competitividad, nos obliga a permanentes readaptaciones. En ciertas circunstancias, nuestro sentido de valor personal y de confianza en las propias capacidades puede verse afectados y hacernos creer que vivimos a merced de las contingencias. En esos momentos la confusión, la impotencia y la

frustración producidas por el no logro, nos lleva a dudar de nuestro poder creador, de la capacidad natural de restablecernos, y es entonces cuando optamos por crear y a veces sostener conductas autodestructivas, lejanas al bienestar generado por la Autoestima, es decir, por la consciencia, el amor incondicional y la confianza en uno mismo. Los seres humanos, somos "la única especie capaz de traicionar y actuar contra nuestros medios de supervivencia". En estado de desequilibrio, el hombre opta por manejarse de formas diversas aunque nocivas y elige, generalmente, los siguientes caminos:

Cuando la vida se vive desde la autoestima todo es diferente. Las cosas cambian de color, sabor y signo, ya que nos conectamos con nosotros y con el mundo, desde una perspectiva más amplia, integral, equilibrada, consciente y productiva.

A) Comportamientos característicos del autoestimado.

La caracterología que ofrece una persona con una autoestima desarrollada es la siguiente:

a) Conciencia

El autoestimado es la persona que todos podemos ser. Alguien que se ocupa de conocerse y saber cuál es su papel en el mundo. Su característica esencial es la consciencia que tiene de sí, de sus capacidades y potencialidades así como de sus limitaciones, las cuales tiende a aceptar sin negarlas, aunque o se concentra en ellas, salvo para buscar salidas más favorables. Como se conoce y se valora, trabaja en el cuidado de su cuerpo y vigila sus hábitos para evitar que aquellos que le perjudican puedan perpetuarse. Filtra sus pensamientos enfatizando los positivos, procura estar emocionalmente arriba, en la alegría y el entusiasmo, y cuando las situaciones le llevan a sentirse rabioso o triste expresa esos estados de la mejor manera posible sin esconderlos neuróticamente.

En el autoestimado el énfasis está puesto en darse cuenta de lo que piensa, siente, dice o hace, para adecuar sus manifestaciones a una forma de vivir que le beneficie y le beneficie a quienes le rodean, en vez de repetir como robot lo que aprendió en su ayer cuando era niño o adolescente. Esa consciencia de la autoestima, hace que el individuo se cuide, se preserve y no actúe hacia la

autodestrucción física, mental, moral o de cualquier tipo. La gratitud es norma en la vida de quien se aprecia y se sabe bendito por los dones naturales que posee.

b) Confianza

Autoestima es también confianza en uno mismo en las fuerzas positivas con las que se cuenta para abordar el día a día. Esta confianza es la guía para el riesgo, para probar nuevos caminos y posibilidades; para ver alternativas en las circunstancias en que la mayoría no ve salida alguna; para usar la inteligencia y seguir adelante aunque no se tengan todas las respuestas. Esta es la característica que hace que el ser se exprese en terrenos desconocidos con fe y disposición de éxito. Cuando se confía en lo que se es, no se necesitan justificaciones ni explicaciones para poder ser aceptado. Cuando surgen las diferencias de opinión, confiar en uno hace que las críticas se acepten y se les utilice para el crecimiento.

c) Responsabilidad

El que vive desde una Autoestima fortalecida asume responsabilidad por su vida, sus actos y las consecuencias que éstos pueden generar. No busca culpables sino soluciones. Los problemas los convierte en un "cómo", y en vez de compadecerse por no lograr lo que quiere, el autoestimado se planteará las posibles formas de obtenerlos. Responsabilidad es responder ante alguien, y ese alguien es, él mismo o Dios en caso de que su visión de la vida sea espiritual. Toma como regalo el poder influir en su destino y trabaja en ello. Quien vive en este estado no deja las cosas al azar, sino que promueve los resultados deseados y acepta de la mejor forma posible lo que suceda.

d) Coherencia

La Autoestima nos hace vivir de manera coherente y nos impulsa a realizar el esfuerzo necesario para que nuestras palabras y actos tengan un mismo sentido. Aunque el autoestimado guste de hablar, sus actos hablarán por él tanto o más que sus palabras. No quiere traicionarse y se esmera en combatir y vencer sus contradicciones internas.

e) Expresividad

Los que viven confiados en su poder, aman la vida y lo demuestran en cada acto. No temen liberar su poder aunque puedan valorar la prudencia y respetar las reglas de cada contexto. Mostrar afecto, decir "te quiero", halagar y tocar físicamente, son comportamientos naturales en quienes se estiman, ya que disfrutan de sí mismos y de su relación con las personas. La forma de vincularse es bastante libre y sin la típica cadena de prejuicios que atan culturalmente al desvalorizado. En esa expresividad, es seguro observar límites, ya que para expresarse no hay que invadir ni anular a nadie. La expresividad del autoestimado es consciente y natural, no inconsciente ni prefabricada.

f) Racionalidad

En el terreno de la Autoestima se acepta lo espontáneo aunque el capricho es indeseable. La vida es vista como una oportunidad bastante especial como para no dejarla en manos de la suerte. De esta visión se deriva un respeto por la razón, el conocimiento y la certeza. Quien anda de manos del amor propio, no juega consigo y por eso valora el tiempo como recurso no renovable que es. Quien se respeta busca, sin compulsiones, alcanzar un mínimo control de su existencia y para eso usa su inteligencia y capacidad de discernimiento, confiando en lograr sus objetivos al menor costo. He allí la consciencia de efectividad de la Autoestima.

g) Armonía

Autoestima es sí misma armonía, equilibrio, balance, ritmo y fluidez. Cuando existe valoración personal, también se valora a los demás, lo que favorece relaciones sanas y plenas medidas por la honestidad, la ausencia de conflicto y la aceptación de las diferencias individuales. Por ser la paz interna la máxima conquista de la Autoestima, quienes están por ese camino hacen lo posible por armonizar y aminorar cualquier indicador de conflicto. Esta armonía interior ahuyenta la ansiedad y hace tolerable la soledad, vista a partir de un estado armónico de vida como un espacio de crecimiento interior, encuentro con uno mismo y regocijo.

d) Autoestima y trabajo

La Autoestima tiene una poderosa influencia en el logro de objetivos relacionados con la ocupación, el oficio, la profesión. La relación que existe entre las variables Autoestima – trabajo es, desde todo punto de vista, indisoluble.

Aceptando esto como cierto, podemos decir que la persona que trabaje desde su Autoestima, se desempeña de una manera diferente a aquella que lo hace desde su Desvalorización. En el plano de las creencias, el Desvalorizado suele estar anclado, envuelto en una serie de creencias negativas con relación al trabajo.

e) Conclusiones

La Autoestima se forma desde la gestación, durante el período prenatal y en los años que siguen el nacimiento del niño, quien aprenderá, de acuerdo con lo que perciba en su entorno, si es apto para lograr objetivos y ser feliz, o si debe resignarse a ser común; uno más en una sociedad en la que vivirá posiblemente resentido, ansioso y funcionando muy por debajo de su verdadera capacidad. Los niveles de salud, éxito económico y calidad de relaciones, están frecuentemente relacionadas con una Autoestima fuerte. El desequilibrio, el caos en estas áreas, se puede vincular a una baja, débil o escasamente desarrollada autoestima.

La Autoestima es un recurso psicológico que permite que las personas se orienten hacia el bienestar y no hacia la autodestrucción. Sin embargo de manera automática y poco consciente, acostumbramos desarrollar comportamientos que afectan y reducen de manera significativa nuestra calidad de vida.

Envidiar, criticar, maltratar, celar, quejarse, negarse a aceptar las cosas como son, evitar los cambios necesarios, trabajar compulsivamente, fumar o beber en exceso y actuar tímidamente o con apatía, entre otras conductas frecuentes, revelan desamor por uno mismo, pérdida del equilibrio de la mente y del cuerpo y, por consiguiente, la urgente necesidad de restablecer la Autoestima, que es la pieza clave para todo tipo de relación en nuestras vidas: paternal, amorosa, de trabajo o simplemente social.

f) Presentación del programa de contenido de salud mental y estrés

a) Logros:

- Participación de las personas en busca de ayuda.
- La colaboración en las actividades y los talleres realizados.
- Interés de adolescentes por los temas impartidos.
- La participación de varios niños.

b) Limitaciones

- Lluvia.

c) Conclusiones:

- Se puede observar que las personas han roto paradigmas y acuden a los servicios de psicología ya que se interesa por su salud mental.
- Se definió el concepto de autoestima con niños y adultos, el cual se trabajó por medio de talleres.

d) Recomendaciones

- Referir a las personas para que continúe su proceso terapéutico ya que se percibe la necesidad que tienen por una psicoterapia al centro de salud de la comunidad Lo de Coy Mixco, para que este pueda dar un seguimiento a cada caso y así fortalecer los pasos que llevaron a cabo y puedan realizar otros.
- Las personas de la comunidad de Lo de Coy Mixco, necesitan atención psicológica, ya que comprenden el porqué de sus existencias y los beneficios que ésta trae al recibirla.

e) Presentación del contenido de salud mental y el estrés

A) Salud Mental y Estrés

¿Cómo evitar que el estrés se adueñe de nuestra salud mental?

Es un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas.

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente.

Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer el nivel de salud mental.

Podemos decir que la ausencia de un desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental.

a) ¿Qué es el Estrés?

Es la relación entre el individuo y su entorno, evaluándolo como amenazante, y como reacción poner el exagerada alerta todos sus recursos y pone en peligro su bienestar y en algunos casos de los que le rodean.

“El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción“(O.M.S.).

b) Beneficios del Estrés

El estrés incentiva el desarrollo posterior y motiva el rendimiento.

Todos los esfuerzos mentales y físicos necesitan determinada cantidad de estrés para realizarse.

Nos mantiene alerta ante el peligro y nos hace reaccionar.

Motiva al atleta al esfuerzo para lograr sus metas.

El estrés es en primera instancia positivo, solo en exceso provoca enfermedades.

c) Manifestaciones del Estrés mal manejado en la Salud Mental y Física

- 1 Dolores constantes de cabeza y cuello.

- 2 Trastornos del sueño.
- 3 Animo depresivo.
- 4 Cambios bruscos de ánimo.
- 5 Agresiones injustificadas hacia los demás.
- 6 Síntomas de ansiedad.
- 7 Ataques de pánico.
- 8 Enfermedades gastrointestinales, colon irritable.
- 9 Perdida del apetito.
- 10 Sensación de tener apretado el pecho.
- 11 Apatía
- 12 Problemas de concentración y de memoria.
- 13 Pensamientos negativos y catastróficos. Y más.

c) Diez cosas que podemos hacer para prevenir el estrés

- 1 Desarrollar una actitud positiva.
- 2 Practicas ejercicios físicos, actividades al aire libre.
- 3 Practicar actividades de relajación como: yoga, escuchar música instrumental,
- 4 meditaciones, relajación muscular.
- 5 Responsabilizarse por la propia vida, cada uno es responsable de lo que piensa y lo que
- 6 hace y se debe asumir las consecuencias.
- 7 Aceptar que la vida es una mezcla de cosas buenas y malas.

- 8 Disfrutar el momento.
- 9 Aceptar y amarse a uno mismo.
- 10 Expresar nuestros sentimientos, es importante aprender a decir NO.
- 11 Fijarse metas y objetivos, claros y realistas.
- 12 Establecer vínculos estables.

B) Violencia Intrafamiliar

Es aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

Es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

a) Factores por los que se da la violencia intrafamiliar

- Falta de control de impulsos.
- Carencia afectiva.
- Incapacidad para resolver problemas adecuadamente.
- Abuso de alcohol y drogas.

b) Manifestaciones de la violencia intrafamiliar

- Abuso verbal: Rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.
- Intimidación: Asustar con miradas, gestos o gritos. Arrojar objetos o destrozar la propiedad.
- Amenazas: De herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.

- Abuso económico: Control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.

- Abuso sexual: Imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza.
- Aislamiento: Control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades, etc.
- Desprecio: Tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro.

c) El niño y la niña golpeados

Es triste y doloroso arrastrar la vida cuando no se recibió amor, sobre todo de los padres durante la niñez. Los cinco primeros años de la vida dejan una marca imborrable para toda la vida, para bien o para mal. Por eso, el privar a un niño de amor es como privar de fertilizante a un árbol que empieza a crecer, pero el golpearlo es como echarle veneno, lo va a terminar de matar psicológicamente y emocionalmente, o mejor va a crecer herido de muerte.

Pero hay golpes y golpes, algunos golpes sacan sangre o dejan morados, incluso un mal golpe puede producir la muerte, pero hay otros más sutiles que no se ven, pero que se graban a fuego lento no sólo en mente sino en la identidad de ese niño o de esa niña. Se graban en su "yo", y los frutos de estos golpes emocionales se van a ver después en sus relaciones con personas significativas y en su relación con el mundo.

Está claro, que cuando se repiten los golpes físicos, pero sobre todo los psicológicos o emocionales, se va agotando el amor. Los adultos sabemos como duele el silencio, tal vez más que las palabras ofensivas. Ese silencio es el peor de los castigos, ahora imagínese a un niño que no ha hecho nada y no se le habla, y no se le abraza y acaricia, cómo se va conformando su identidad

¿Ha pensado en el daño que hacen a sus hijos, posiblemente muchas veces sin darse cuenta, cuando en lugar de relacionarse con sus hijos pequeños están preocupados del trabajo, con la limpieza, etc., en forma obsesiva y perfeccionista la casa? Son golpes lentos que van formando defectuosamente la escultura de su hijo. Silencio y ausencia, cuando se reprocha al hijo los pequeños errores pero cierras tu corazón y tu boca cuando hace algo bien.

Ejemplo:

- Cuando el niño empezó el *kinder* e hizo un dibujo, que pudo ser cuatro rayas cruzadas, pero que para él era una obra de arte, en lugar de abrazarlo o alabarlo, guardaste silencio. Con ello se produce en el hijo que aprenda a ver sólo los errores, pero no lo bueno que hay en sus personas.

Todos estos golpes emocionales y psicológicos, hacen tanto daño en la niñez porque el niño o la niña no saben defenderse; su mente apenas empieza a desarrollar lentamente ciertos mecanismos de defensa para poder filtrar y analizar lo que ve y oye. Su mente es como una esponja: recibe todo. No tiene capacidad para decir esto es verdad o no es verdad, lo que dicen es justo o injusto. Por eso los mensajes-golpes son como olas gigantescas que llegan sin control a lo más profundo de ese ser indefenso.

Pero que distinta es la niñez y el futuro de sus hijos cuando ellos palpan el amor entre su padre y su madre, cuando ellos desde pequeños ven que su madre recibe con un beso, un abrazo al padre que llega del trabajo, o cuando el padre viene con un ramo de flores para su esposa o le da un beso a su esposa.

Son detalles que se van grabando en el alma de los niños, que van modelando su personalidad, que van llenando de amor ese tanque-corazón. Créame, esa será la mejor herencia que podrá dejar a sus hijos.

d) Personalidad del mal tratador

Los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo. Los agresores trasladan habitualmente la agresión que han acumulado en otros ámbitos hacia sus mujeres.

Una investigación de los psicólogos norteamericanos, el Dr. John Gottman y Dr. Neil Jacobson. Señalan que la persona maltratadora caen en dos categorías: *pitbull* y *cobra*, con sus propias características personales:

e) *Pit bull*

- Solamente es violento con las personas que ama
- Celoso y tiene miedo al abandono
- Priva a pareja de su independencia
- Vigilar y atacar públicamente a su propia pareja
- Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión
- Tiene potencial para la rehabilitación
- No ha sido acusado de ningún crimen
- Posiblemente tuvo un padre abusivo.
- Espía a su mujer, es celópata, cae bien a todas las personas, excepto a sus novias o esposas.
-

f) *Cobra*

- Agresivo con todo el mundo
- Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres
- Se calma internamente, según se vuelve agresivo
- Difícil de tratar en terapia psicológica
- Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere.
- Posiblemente haya sido acusado de algún crimen
- Abusa de alcohol y drogas.
- Es frío, calculador, puede ser cálido.
- El maltrato no cesa por sí solo.

Después de que la mujer ha sido físicamente maltratada y tiene miedo, a veces cesa este tipo de abuso y lo reemplaza con un constante maltrato psicológico, a través del cual le deja saber a su víctima, que el abuso físico podría continuar en cualquier momento. En ocasiones la violencia del maltratador oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado.

En otros casos, los comportamientos ofensivos son la consecuencia de una niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo. Esto lleva al niño a creerse

superior al llegar a ser un adulto y a pensar que él está por encima de la ley. O sea, que puede hacer lo que quiera y abusar de quien quiera. Piensa que se merece un trato especial, mejor que el que se les da a los demás.

g) Dinámica de la violencia intrafamiliar

Al principio de la mayoría de las relaciones es muy difícil que aparezca la violencia. Durante este período se muestra un comportamiento positivo. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

h) Círculo de la agresión

Fase 1: Acumulación de tensión

- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.
- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc.
- El abuso físico y verbal continúa.
- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.)
- El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc.

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

Fase 2: Episodio agudo de violencia

- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas
- El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.
- Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.
-

Fase 3: Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel

- Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.
- En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.
- Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.
- A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo.

Luego de un tiempo se vuelva a la primera fase y todo comienza otra vez. El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

i) Mitos acerca de la violencia intrafamiliar

El problema de la violencia familiar está muy exagerado.

- El maltrato es la causa más común de lesiones o daño en la mujer, más aún que los accidentes automovilísticos, violaciones o robos combinados. Las secuelas de la violencia doméstica producen altísimos costos al estado y a la sociedad en general.

- La violencia física es la causa de un cuarto de todos los intentos de suicidio realizados por la mujer. El 50% de los hogares padece de alguna forma de violencia. Debido a la proyección estadística de la violencia Intrafamiliar se irá incrementando con el paso del tiempo si no hacemos algo para detenerla.

Hombres y mujeres han peleado siempre; es natural.

- En cada familia o relación existen conflictos ocasionales o más o menos permanentes, pero no hay necesidad de resolverlos mediante la violencia. El maltrato es un crimen de abuso, poder y control. El golpeador habitualmente piensa que tiene el derecho de controlar a su pareja y/o niños por cualquier medio, aún a través de los golpes. La violencia no es una manera aceptable ni justificable para solucionar problemas, aún cuando sólo sea ocasionalmente.

La violencia intrafamiliar es un problema de las clases sociales bajas y de las poblaciones marginales.

- La violencia intrafamiliar se produce en todas las clases sociales, sin distinción de factores sociales, raciales, económicos, educativos o religiosos. Las mujeres maltratadas de menores recursos económicos son más visibles debido a que buscan ayuda en las entidades estatales y figuran en las estadísticas. Suelen tener menores inhibiciones para hablar de este problema, al que consideran "normal". Las mujeres con mayores recursos buscan apoyo en el ámbito privado y no figuran en las estadísticas. Cuanto mayor es el nivel social y educativo de la víctima, sus dificultades para develar el problema son mayores, por diversas razones. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la carencia de recursos económicos y educativos son un factor de riesgo, ya que implican un mayor aislamiento social.

El maltrato generalmente se produce una sola vez. Debería ser un asunto familiar privado, no un crimen.

- El incidente de maltrato rara vez es un hecho aislado. En realidad el maltrato generalmente se produce como una escalada en frecuencia e intensidad, con el agravante de tener un comienzo insidioso (la víctima no lo nota al principio).

- La incidencia posterior de la violencia es menor cuando el golpeador es denunciado o arrestado, que cuando la policía separa a las partes o actúa como mediadora.
- Las mujeres maltratadas se merecen la protección que, además, de ser su derecho también necesitan de los recursos que el sistema judicial y policial les pueda brindar como integrantes merecedoras de dignidad dentro de una comunidad. La mayor parte de las mujeres que consulta lo hace después de haber padecido un promedio de 7 años de violencia doméstica.

Si la mujer maltratada realmente quisiera, podría dejar a su abusador.

- Muchas mujeres dejan a sus parejas. Muchas mujeres que se divorcian por abuso eligen no hablar de la violencia. Sin embargo existen razones sociales, económicas, culturales, religiosas, legales y/o financieras que mantienen a las mujeres dentro de la relación.
- El miedo es otra de las razones que las hace permanecer en sus hogares. Los peores episodios de violencia suceden cuando intentan abandonar a su pareja.
- Los golpeadores tratan de evitar que las mujeres se vayan a través de amenazas de lastimarlas o matarlas, de lastimar o matar a sus hijos, de matarse ellos o de quedarse con la tenencia de los chicos. Las actitudes sociales, tales como la creencia de que el éxito del matrimonio es responsabilidad de la mujer y que las mujeres lastiman a sus hijos si los privan de su padre, sin importar cómo actúe él, mantienen a muchas mujeres dentro de la relación violenta. Además, las mujeres con chicos que abandonan el hogar tienen el 50% de posibilidades de verse económicamente perjudicadas y terminar viviendo por debajo de niveles de pobreza.

No existe la violación conyugal.

- Por lo menos una quinta parte de las mujeres maltratadas son forzadas a mantener relaciones sexuales durante el episodio de violencia o inmediatamente después. De la misma manera son forzadas a realizar actos sexuales indeseados.

El embarazo detendrá la violencia.

- Frecuentemente hay un aumento de la violencia durante el embarazo y muchas veces el primer episodio de violencia física se produce durante el embarazo.
- Generalmente los golpes se dirigen especialmente al vientre de la mujer, produciéndole un aborto o complicaciones en el embarazo. Muchas jóvenes inician una relación con un hombre violento al quedar embarazadas. Los chicos no se dan cuenta de que su madre es golpeada, por lo cual no son afectados. Al menos en la mitad de los hogares en los que la madre es maltratada, también lo son los niños. También pueden ser lastimados por la violencia en contra de su madre, a través de objetos voladores, o mientras están en sus brazos. Aún cuando los niños sólo sean testigos de la violencia contra la madre, las consecuencias para su salud y su supervivencia son graves. Frecuentemente son ellos quienes instan a la madre a abandonar la relación violenta o quienes se interponen entre los padres para proteger a la madre. Los varones tienen más posibilidades de convertirse en violentos cuando crecen. Las niñas aprenden que la sociedad acepta la violencia hacia las mujeres. Los niños que viven en hogares violentos se sienten asustados y confundidos. Están en un alto riesgo de experimentar problemas de conducta, aprendizaje, problemas físicos relacionados con el stress y problemas de adicción.
- Los niños aprenden mientras observan y ven que la violencia funciona (se consigue lo que se busca) especialmente si se utiliza contra alguien menos poderoso. Aprenden que está bien solucionar problemas y controlar a los demás mediante la violencia, especialmente cuando no hay ninguna intervención que frene la violencia.

Las mujeres maltratadas son masoquistas y locas, provocan y disfrutan del maltrato.

- Las mujeres no provocan ni merecen el maltrato. Merecen una vida libre de violencia. De la misma manera que sucede con la violación, se hace el intento de acusar a la víctima del comportamiento del atacante. Los golpeadores comúnmente echan la culpa de su comportamiento a frustraciones menores, al abuso de alcohol o drogas o a lo que su pareja pudo haber dicho o hecho. La violencia, sin embargo, es su propia elección. No conocen maneras no violentas de manejar su enojo. Las reacciones de la mujer maltratada frente a la violencia son normales y necesarias para sobrevivir, dadas las circunstancias. Ella no está loca ni disfruta del maltrato. Generalmente lo que siente es miedo, impotencia, debilidad y

vergüenza. Sigue ilusionada en que su pareja va a cambiar. El muestra remordimientos o promete que va a cambiar.

Los hombres que maltratan a sus mujeres están enfermos y no son responsables por sus acciones.

- El maltrato es un comportamiento aprendido de las experiencias de la infancia y de los mensajes sociales justificando la violencia contra las mujeres. Los hombres que maltratan a sus mujeres o a sus hijos son, por lo general, sumamente seductores y agradables. También son excelentes vecinos y cumplidores en el trabajo. Si realmente estuvieran enfermos serían violentos no sólo dentro del hogar, sino también fuera de él. Pocos de ellos presentan alguna patología, sólo un 10% de los casos. Los golpeadores no están fuera de control y acusan a sus parejas de provocarla. Este mito permite justificar la violencia, evitando que la sociedad sancione el maltrato.

La violencia familiar es provocada por el alcohol y las drogas.

- El alcohol y las drogas son factores de riesgo, ya que reducen los umbrales de inhibición, pero no producen la violencia. La combinación de modos violentos para la resolución de conflictos con adicciones o alcoholismo suele aumentar el grado de violencia y su frecuencia. Muchos golpeadores no abusan ni de las drogas ni del alcohol y muchos abusadores de drogas o alcohol no son violentos. Son dos problemas separados que deben ser tratados por separado.

Los violentos no cambian.

- Los hombres que golpean pueden aprender a ser responsables de su propio comportamiento y pueden aprender modos no violentos de actuar o comunicarse. Obviamente, los cambios sólo se producirán si el violento llega a tomar conciencia de su problema y desea solucionarlo.

Una vez que se detienen los golpes, todo va a estar bien.

- El abuso psíquico, emocional y sexual generalmente son anteriores a los golpes y continúan aún cuando éstos se hayan detenido. Estos comportamientos también deben cesar para poder comenzar el proceso de reparación. Las mujeres maltratadas sienten miedo, ansiedad, indefensión, ira y vergüenza. Se desarrolla una muy pobre autoestima debido a los constantes insultos y desvalorización de su pareja. Habitualmente es aislada por su pareja y

ha perdido contacto con amigos y familia. Suele estar asustada de ser culpabilizada por ellos de la violencia. El soporte de amigos, familiares y la comunidad son necesarios para reconocer sus fuerzas y para creer que ella es una buena persona que merece una vida libre de violencia. La recuperación de la violencia es un proceso que puede llevar un tiempo muy largo. La violencia emocional produce secuelas tan severas que muchas veces se diagnostican psicopatologías graves como consecuencia del maltrato.

La violencia doméstica sólo es un problema familiar.

- Es un crimen contra la sociedad agravado por el vínculo, de la misma manera que lo es la violencia entre extraños,. Problemas sociales como el alcoholismo, las adicciones, la delincuencia juvenil, el suicidio y la fuga de hogar aumentan cuando hay violencia en el hogar.

j) Prevención e intervención en la dinámica de la violencia intrafamiliar

La amenaza de ejercer violencia y su ejercicio al interior de la familia son conductas aprendidas y reforzadas por la violencia en los medios y en la sociedad y por la estructura tradicional de dominación en la familia. Con frecuencia aquellos que ejercen la violencia fueron víctimas u observadores de ella en sus familias de origen.

Desde un punto de vista sistémico las complejas conductas disfuncionales que hay tras la denominada "violencia intrafamiliar" son manifestaciones de desordenes o implicaciones sistémicas que tienen su origen en dos tipos de eventos en la historia familiar de los perpetradores y de las víctimas:

- Eventos acaecidos en la familia de origen de uno o de ambos miembros de la pareja que han quedado inconclusos. Ellos pueden haber tenido como protagonistas de injusticias, actos de violencia y/o culpabilidad no asumida, a personas de otras generaciones.
- Sus consecuencias se vienen repitiendo y seguirán repitiéndose a lo largo de muchas generaciones si los hechos acaecidos no son reconocidos y concluidos apropiadamente en el contexto del alma familiar.
- Eventos que han afectado el equilibrio en la relación de pareja o actos graves en los que se ha implicado uno o ambos y no han asumido responsablemente sus consecuencias o sus culpas. En estos casos la violencia intrafamiliar es una manifestación de desordenes

asociados a otras conductas disfuncionales, como por ejemplo el incesto, los celos, el alcoholismo, destinos familiares difíciles tales como la discapacidad de un hijo, la homosexualidad no asumida..

k) Es posible observar algunos signos en determinadas etapas de nuestra relación de pareja, como:

En el noviazgo

- Últimamente son frecuentes las noticias de mujeres heridas o golpeadas, inclusive muertas, por sus esposos. Las que han buscado ayuda han reconocido que desde la época de sus noviazgos aparecían detalles que al pasarlos por alto no les permitieron darse cuenta de lo que vendría después.
- Cuando uno se enamora suele ver todo "color de rosa". La figura de la otra persona aparece ante nuestros ojos como perfecta. Si le vemos algún pequeño defecto, corremos inmediatamente a buscar una justificación o lo vemos como un asunto pasajero.

El excesivo control de nuestros actos

- Si él, por ejemplo, llama constantemente al trabajo o a la casa para saber qué está haciendo ella, se toma como un signo de amor y de preocupación hacia la mujer amada. Si se enoja porque llegamos 10 minutos tarde a la cita, lo atribuimos a un exceso de responsabilidad y puntualidad.
- Muchas veces no es hasta que se ha establecido el matrimonio que comenzamos a darnos cuenta quién es realmente la persona que tenemos al lado y nuestra primera sensación es la de habernos casado con un extraño al que hay que dar cuenta de todo, cumplir horarios severamente estrictos y que socava poco a poco nuestra capacidad de decidir y autoestima.
- Algunas frases comunes a las que generalmente no prestamos atención son: ¿a dónde vas?, ¿con quién?, ¿por qué?, ¿vas con esa ropa tan provocativa?, ¿a qué hora regresas?, ¿lo saben tus padres? ¿esa amiga yo la conozco?, ¿dónde vive? Y otras que nos parecen puro interés amoroso pero que luego se convierten en motivos de gran ansiedad por si casualidad la hora que dijimos se va a extender o si hubo improvisaciones de último momento que luego él no va a comprender y les va a otorgar otros significados.

El afecto para ellos no es compartible

- La primera etapa pudiera decirse que transcurre fundamentalmente en ese tipo de control posesivo.
- Es importante observar cómo reaccionan ante el amor que podemos sentir hacia otras personas. A ellos les molesta en demasía el cariño hacia familiares, amigos e hijos. Los celos de este tipo prácticamente aparecen en todos los hombres violentos. Es por eso que el nacimiento de los hijos desemboca muchas veces en episodios violentos. Ellos sienten que ya no tienen todo el cariño, que el bebé se lleva la mayor parte, que están desatendidos y por lo general, son incapaces de manejar adecuadamente la situación.
- Desean todo nuestro tiempo, pensamientos y devociones para estar seguros de nuestro afecto. Por lo general son personas con baja autoestima que necesitan constantemente una reafirmación de nuestros sentimientos.

l) ¿Conociste bien a su familia de origen?

- Es muy importante conocer a la familia del futuro esposo y cómo transcurrió su infancia. Los hombres violentos en su mayoría proceden de hogares donde eran comunes las discusiones, insultos, desvalorizaciones, roturas de objetos, golpes, etc. No todas las personas que tuvieron un hogar así son violentas, pero existen muchas posibilidades de que repitan el modelo familiar cuando establezcan sus propias familias.
- La violencia no siempre tiene que ver con los golpes. Las descalificaciones, desvalorizaciones e insultos son síntomas que indican la presencia del fenómeno.
- Frases comunes son: "Así no se hace eso", "Déjame a mí que tú no sabes", "Eres muy lenta", "Cállate, no seas tarada", "¿qué decís?, si de esto tú no sabes", etc.

m) El dinero, otro aspecto de la violencia

- Otras formas de violencia tienen que ver con lo económico. En estos casos, el hombre mantiene el control del dinero, supervisa en qué cosa se gastó algo por mínimo que sea y la mujer tiene que pedir, a veces, hasta para compras muy pequeñas, como leche, bizcochos, etc.

- Cualquier tipo de manifestación de violencia puede convertirse en otra. A medida que avanza la relación, de los insultos se puede pasar a romper objetos, de eso a los golpes y si no hay una detención del problema se puede llegar hasta la muerte.

n) Autoestima

El amor propio o autoestima se puede definir como la manera en que las personas se sienten acerca de ellas mismas.

Los niveles de amor propio en los niños son evidentes en su comportamiento y sus actitudes. Si los niños se sienten bien de sí mismos, esto se reflejará en su comportamiento con sus amigos, maestros, hermanos, padres, y otra gente. El amor propio es algo que afecta al individuo toda la vida, así que es muy importante que los padres ayuden a sus hijos a desarrollar altos niveles de amor propio.

Hay muchas cosas que los padres pueden hacer para que sus hijos aprendan desde temprana edad a ser cariñosos, capaces y competentes.

Desafortunadamente, es también a temprana edad cuando los niños pueden desarrollar un bajo nivel de amor propio. Los padres deben tener cuidado y no plantar, sin saberlo, la semillas del bajo amor propio en sus hijos. Los niños aprenden sus primeras lecciones acerca del amor propio por medio de sus padres.

ñ) Algunos Detalles Acerca del Amor Propio

- Los niños empiezan a formar su propia imagen a temprana edad.
- Los niños buscan en sus padres y otros adultos importantes, evidencia de que ellos son cariñosos, listos, capaces, etc. Si no hay evidencia de esto, se desarrolla un bajo nivel de autoestima.
- El amor propio afecta el progreso en la escuela. Los niños que se sienten capaces de sí mismos y de sus habilidades, son más aptos a progresar en la escuela que otros niños que piensan a menudo que no puede hacer nada bien. El éxito en la escuela, por lo tanto, afecta

el amor propio del niño. Si los niños van bien en la escuela, se sentirán mejor de sí mismos.

Los niños que van mal, a menudo se sienten mal de sí mismos.

- El amor propio afecta la manera en que los niños se comunican con otra gente. Los niños que se sienten confiados, suelen relacionarse de manera positiva con otros.
- Por el contrario, los niños que no tienen mucha confianza en sí mismos, tienen a menudo problemas para comunicarse con otras personas.
- El amor propio afecta la creatividad.
- Los niños con bajos niveles de autoestima se inclinan menos a tomar riesgos para ser creativos, que los niños con mejor autoestima.
- Los padres afectan el amor propio en sus hijos. El amor propio de un padre se refleja en su comportamiento. Las investigaciones demuestran que niños con un nivel alto de autoestima, han tenido padres que les han mostrado mucho amor y aceptación. Niños con poca autoestima suelen haber tenido padres demasiado críticos y de mal juicio.
- Niños con poco amor propio suelen pelear más con sus padres que niños con mejor autoestima.

o) Características de los niños con autoestima positiva:

- Hacen amigos fácilmente.
- Muestran entusiasmo en las nuevas actividades.
- Son cooperativos y siguen las reglas si son justas.
- Pueden jugar solos o con otros.
- Les gusta ser creativos y tienen sus propias ideas.
- Demuestran estar contentos, llenos de energía, y hablan con otros sin mayor esfuerzo.

p) Características de los niños con autoestima negativa:

Por lo general, estos niños dicen cosas como las siguientes:

- "No puedo hacer nada bien."
- "No puedo hacer las cosas tan bien como los otros."
- "No quiero intentarlo. Se que no me va ir bien."
- "Se que no lo puedo hacer."
- "Se que no voy a tener éxito."

q) Estrategias para mejorar la autoestima

- Elogia los éxitos de los niños (aunque sean muy pequeños). Elogia a los niños que se esfuerzan en hacerlo bien.
- Demuestra cariño de una forma sincera. Hazle saber a los niños que los quieres.
- Es mejor decirle a los niños que cosas deben hacer en lugar de lo que NO deben hacer. Esto los prepara para hacer las actividades que tu propongas.
- En lugar de: "No tires la pelota."
- Di: "Rueda la pelota en el piso."
En lugar de: "No maltrates al gatito."
Di: "Juega con el gatito con mas cuidado."
- Déjales saber a los niños que los errores son una parte natural del crecimiento. Todos (incluyendo los adultos) cometemos errores.
- En lo posible trata de ignorar a los niños cuando tengan rabietas o cuando se comporten mal.
- Agradéceles a los niños cuando estos cooperen contigo, cuando te ayuden, cuando se expresen de buena forma hacia los demás, cuando te obedezcan y reaccionen de forma positiva.
- Acuérdate que se necesita tiempo y práctica para aprender nuevas destrezas. Los niños no aprenden cosas nuevas todas a la vez.
- Responde con cariño cuando los niños se portan bien. Indícales que fue lo que te gusto de su comportamiento.

- Acepta y respeta la familia y la cultura de cada niño.
- Sugiere actividades que los niños pueden hacer con facilidad.

r) Acciones que pueden debilitar la autoestima del niño

- Trata de evitar las siguientes acciones porque estas pueden afectar la autoestima de los niños. Esto puede ser muy perjudicial.
- Tienes demasiadas o muy pocas expectativas de los niños.
- Les gritas o los criticas demasiado, especialmente en frente de otros.
- Criticas a los niños más de lo que elogias o agradeces.
- Utilizas adjetivos como tonto, estúpido, flojo, y descuidado con los niños.
- Al cometer errores, les dices a los niños que han fracasado.
- Sobreproteges o descuidas a los niños.

Taller de autoestima

La Autoestima de un niño no guarda relación directa con la posición económica de la familia, ni con la educación, ni con la ubicación sociogeográfica del domicilio familiar, ni con el hecho de que la madre esté siempre en el hogar, lo que resulta significativo es la calidad de la relación existente entre el niño y los adultos que son importantes en su vida.

Sin duda, todos los padres desean que sus hijos se valoren en lo que realmente valen, para que, pertrechados con una visión y una valoración positivas de sí mismos, sepan enfrentarse a los inevitables altibajos de la vida y lleguen a ser personas razonablemente seguras de sí mismas, felices, eficaces y solidarias. En suma, desean para sus hijos una estima fuerte y estable. Pero en una sociedad tan competitiva y carente de tiempo, la calidad de la educación que quisiéramos dar a nuestros niños sucumben frente a las exigencias del medio. Nos encontramos con que nuestros hijos están a merced de los valores que impone la televisión y el medio circundante.

Este taller lúdico creativo combina de una manera simple los juegos con las enseñanzas que se derivan de ellos, para establecer pautas de conducta en las que se valora el respeto mutuo entre niños y con el medio, además de la aceptación, la amistad y la cooperación.

a) Objetivos:

- El taller apunta a integrar el concepto de Autoestima, no sólo de forma teórica, sino también en la práctica a través de actividades lúdicas y dinámicas, que conducen a desarrollar una autoimagen positiva de sí mismo y una autovaloración suficiente, como para hacer frente a las dificultades de la vida, tanto con niños como con adultos.
- Reflexionar sobre lo que afecta la autoestima.

b) Temas:

1. Concepto de autoestima
2. El regalo de Dios
3. El juego de la autoestima
4. Una entrevista acerca de mi persona

c) Actividades:

Todas las actividades son en base a juegos grupales o actividades escritas y de intercambio. De ellas se extrae en grupo una enseñanza, un valor que dirige a valores como el respeto mutuo, la confianza, la amistad, el saber expresarse, entre otras cosas.

d) Metodología:

Como todo taller la metodología es participativa e interactiva. Se tienen tres reglas al entrar al taller: escuchar cuando alguien está hablando, no pelear y no poner sobrenombres. Después los niños son libres de opinar, decir, hacer, jugar, plantear, sugerir, idear, imaginar, bromear, reír, abrazar, etc. En el caso de talleres con adultos, escuchar a los demás cuando hablan.

e) Población Niños y adultos

f) Materiales necesarios

- Hojas, lápices, cajas de regalo con espejos adentro.

- Una hoja “El juego de la autoestima” para leer en voz alta el animador de la sesión.
- Un folio en blanco, una hoja “Reflexionamos sobre el juego de la autoestima” y un bolígrafo para cada participante.
- Una hoja (anverso y reverso) “Una entrevista acerca de mi persona” y un bolígrafo por participante.

g) Descripción del regalo de Dios

Se llevara una caja de regalo y se les contara que Dios les mando un regalo, en el cual se esmero mucho y lo hizo con mucho amor, a su imagen y semejanza.

Cuando ellos habrán el regalo adentro encontraran un espejo, en el cual se verán reflejados y es cuando les empezaremos a decir que son seres especiales porque Dios los hizo con mucho amor, parecidos a el, con muchas capacidades y habilidades por desarrollar.

h) Descripción del juego de la autoestima

Se entrega a cada participante una hoja que representa su autoestima. El animador de la sesión leerá en voz alta una lista de sucesos cotidianos que pueden dañar la autoestima.

Después de cada frase, los adolescentes arrancarán un trozo más o menos grande de papel según la proporción de su autoestima que ese suceso quitaría. Se hace luego lo mismo pero, al revés, juntando los trozos a medida que el animador de la sesión lee una lista de sucesos que pueden hacer recuperar la autoestima

i) El juego de la autoestima

Tienes entre tus manos un folio en blanco que representa tu autoestima. He aquí una lista de sucesos cotidianos que pueden dañar tu autoestima.

Después de cada frase, arrancarás un trozo más o menos grande de papel según la proporción de tu autoestima que ese suceso quitaría. Piensa que en los últimos días te ha pasado lo siguiente:

- 1 Discutes con tu mejor amigo / a.
- 2 Tienes una pelea con tu esposo hijos

- 3 Te critican el trabajo que realizas
- 4 Te dicen que vistes raro.
- 5 Tus amigos no cuenta contigo.
- 6 Uno de tus padres te critica y te llama
- 7 Te sale un grano gordo en la cara.
- 8 Un /a amigo /a difunde un secreto que tú le confiaste.
- 9 Te sientes enfermo /a.
- 10 Rompes un objeto valioso que le gustaba.
- 11 Tienes muchos oficio
- 12 Un grupo de amigos se burla de tu forma de ser
- 13 Te insultan.
- 14 Has tomado la decisión equivocada.
- 15 Tu padre te grita.

He aquí otra lista de sucesos cotidianos que pueden aumentar tu autoestima. Después de cada frase, juntarás un trozo más o menos grande de papel según la proporción de tu autoestima que ese suceso te haría recuperar.

Piensa que en los últimos días te ha pasado lo siguiente:

- 15 Ganas un premio.
- 16 Recibes una carta o una llamada de un amigo.
- 17 Te dicen que te quieren.
- 18 Te decides a pedir una cita a un amigo o una amiga y te dice sí.
- 19 Haces una nueva amistad.
- 20 Haces algo divertido.
- 21 Te hablan con educación / respeto.
- 22 Tu equipo de fútbol gana.
- 23 Te tratan como a un adulto.
- 24 Todos tus amigos dicen que les encanta tu nuevo corte de pelo.
- 25 Tu padre se disculpa por haberte gritado.

26 Vas al campo a dar un paseo y te sientes bien.

27 Te hacen un regalo.

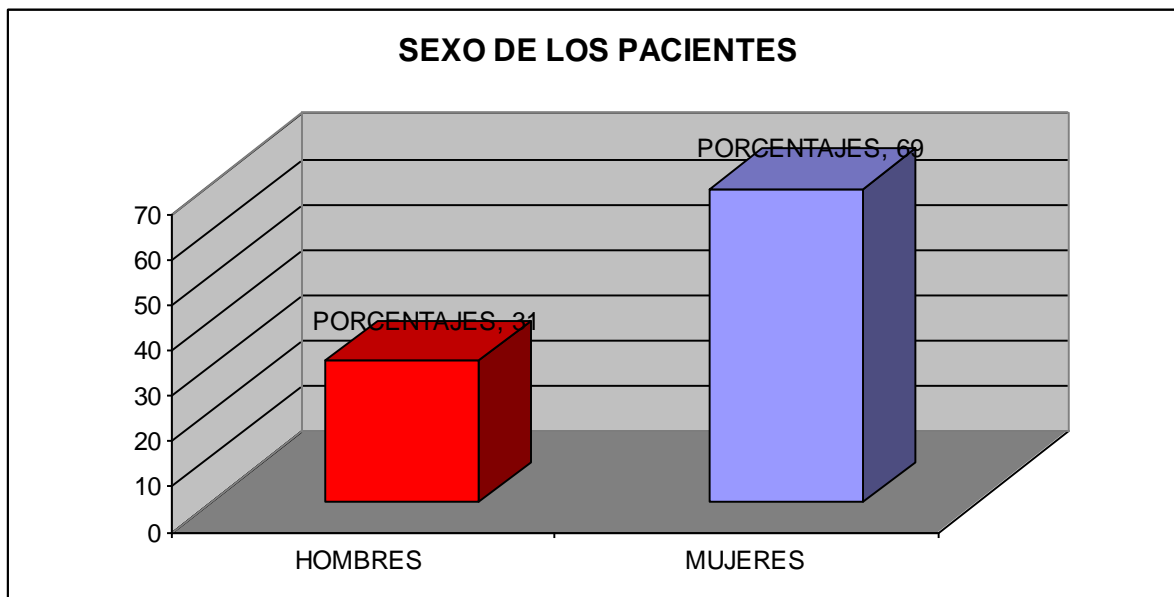
j) Reflexionamos sobre el juego de la autoestima

1. ¿Has recuperado tu autoestima? ¿En qué) (toda o parte)?
2. Qué fue lo que más daño tu autoestima? ¿Por qué?
3. ¿Cómo podrías evitar que te dañara tanto?
4. ¿Qué fue lo que menos te dañó la autoestima? ¿Por qué?
5. ¿Qué fue lo que más te hizo recuperar la autoestima? ¿Por qué?
6. ¿Cómo podemos ayudar a los demás a recuperar su autoestima.

4.4 Gráficas y análisis de resultados

4.4.1 Presentación de resultados de atención de casos

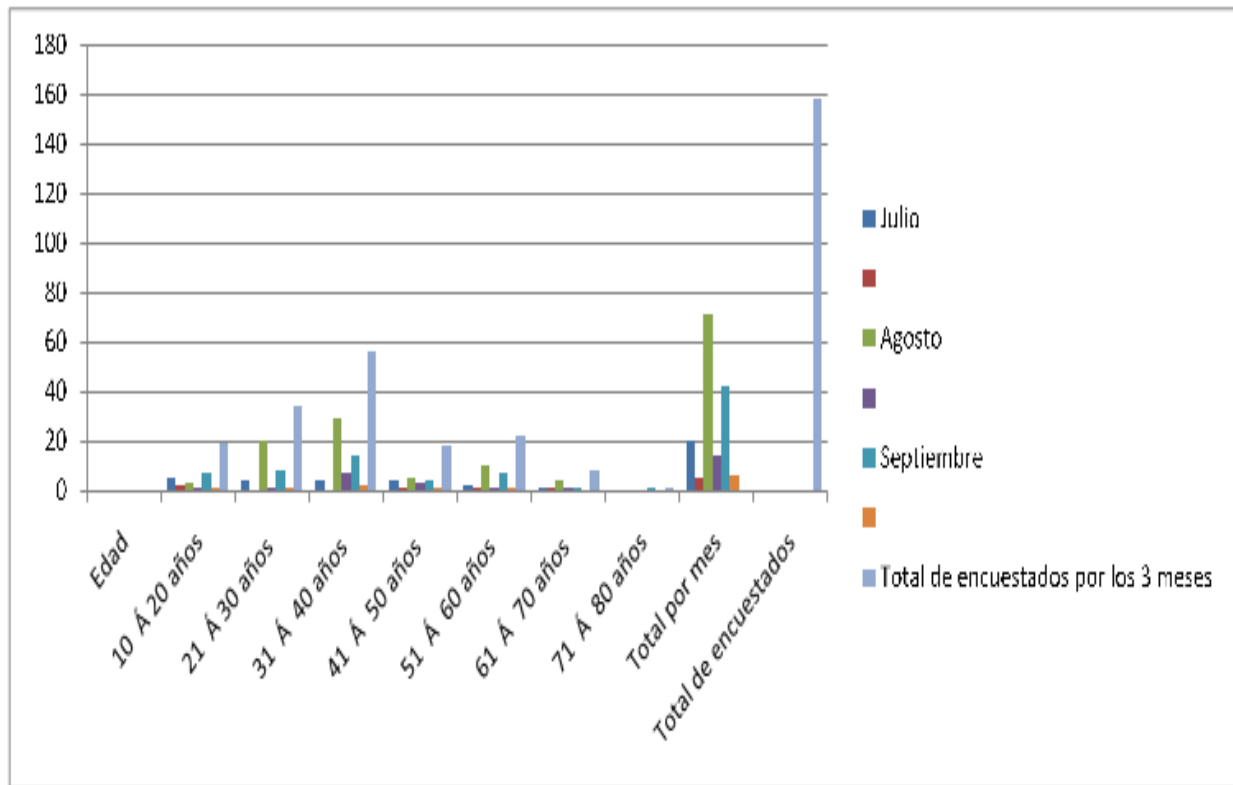
Gráfica 1: mayor porcentaje en pacientes preoperatorio en el centro de práctica



Fuente: Elaboración propia

La población con mayor porcentaje que solicitan los servicios de salud en el Hospital de Día Roosevelt tanto en lo físico como en salud mental es la población del sexo femenino. La mayoría de pacientes preoperatorios refieren su agotamiento físico y mental a que deben atender las necesidades de sus hogares por lo mismo los pacientes dicen estar viviendo sin ningún aliciente ya que refieren haber perdido el sentido de vida. No debe de olvidarse que la mayoría de las pacientes también trabajan afuera de sus hogares para ayudar económicamente en el hogar.

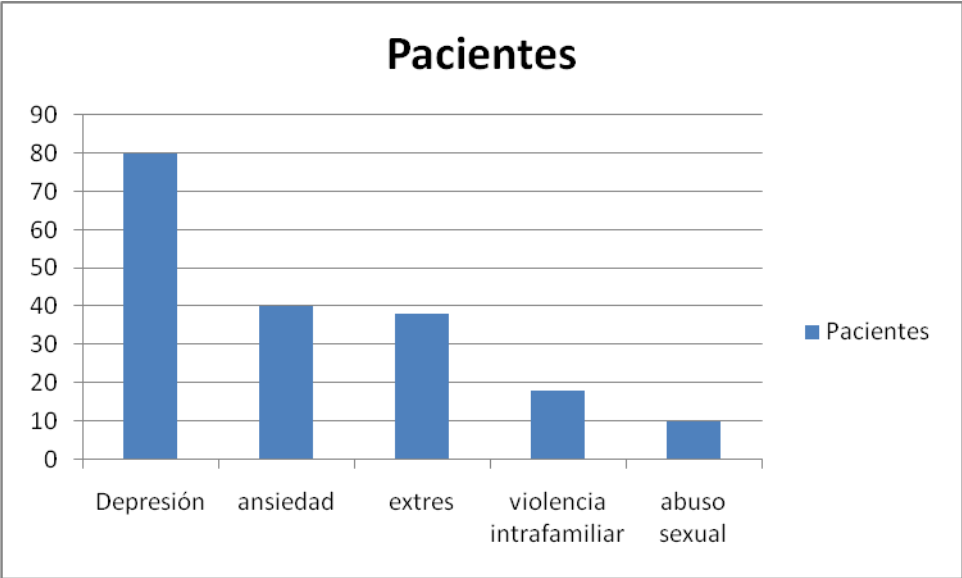
Gráfica 2: meses y edades en que se trabajo mucho más



Fuente: Elaboración propia

Esta gráfica muestra que las edades de 31 a 40 años fueron las que más se atendieron durante los meses de julio, agosto y septiembre. Se encuentra más prevalencia de problemas físicos como emocionales a esa edad.

Gráfica 3: trastornos más frecuentes

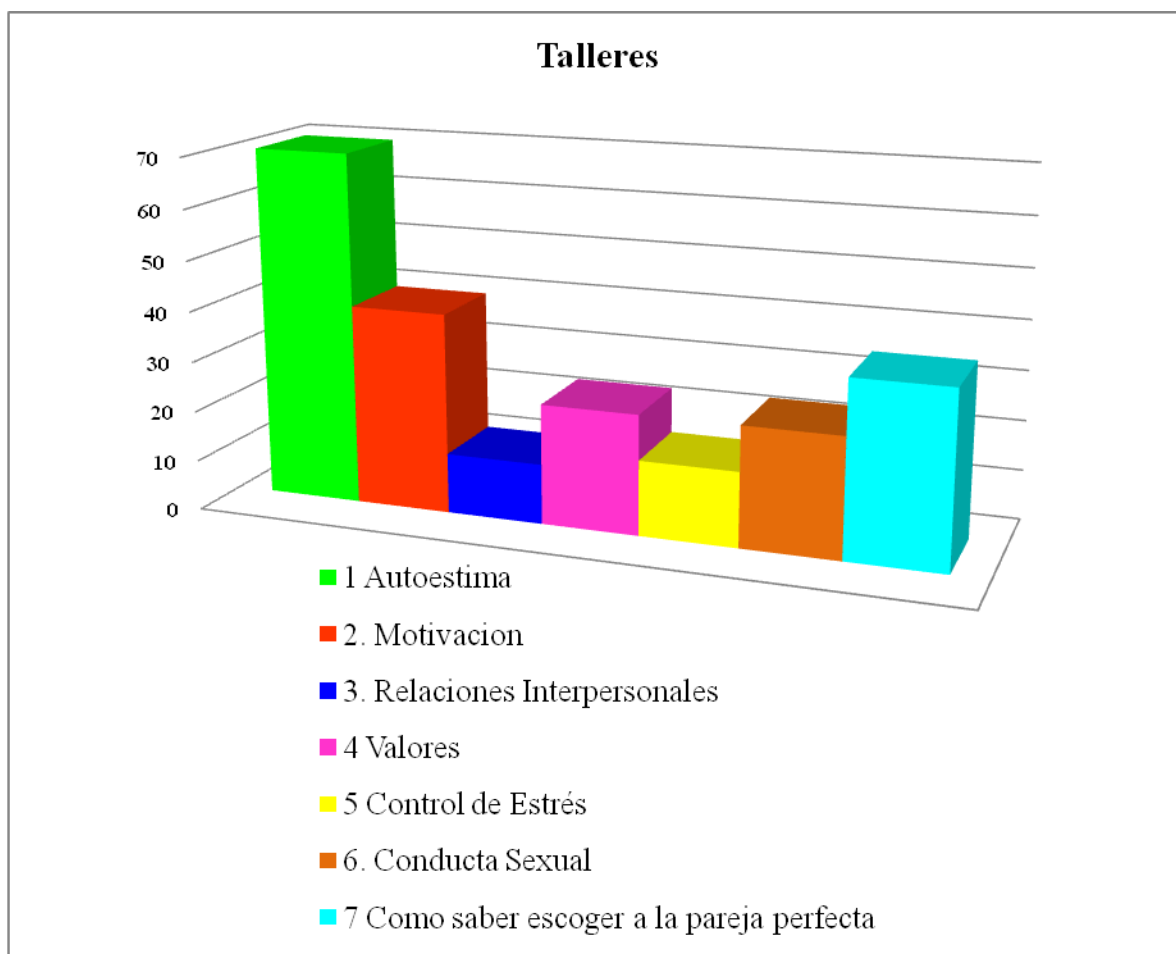


Fuente: Elaboración propia

Se observa en la gráfica que la violencia intrafamiliar a pesar del porcentaje tan bajo que presenta como problema en la salud física y mental en los pacientes preoperatorios la realidad muestra lo contrario. El problema es el tabú que mantienen muchas víctimas para hablar de ello o denunciarlo ya que según lo refieren temen por sus vidas o alguna venganza en contra de su familia paterna o materna.

4.4.2 Presentación de resultados de los talleres

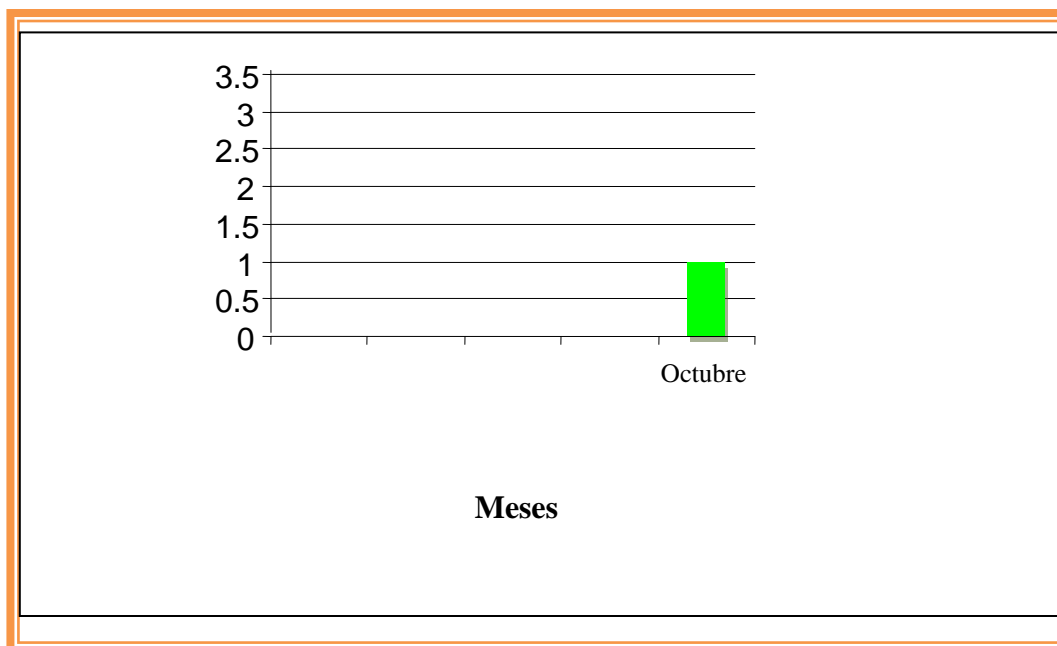
Gráfica 4: charlas impartidas



Fuente: Elaboración propia

En esta ilustración puede observarse que la asistencia no fue igual para todas las charlas ya que hubo una gran aceptación y motivación por escuchar, participar y hacer los talleres en especial la charla de la autoestima. Sin embargo, mucha población que participó en una o dos pláticas ya no podían seguir asistiendo a las demás debido al poco tiempo del cual disponían.

Gráfica 5: mes de capacitación

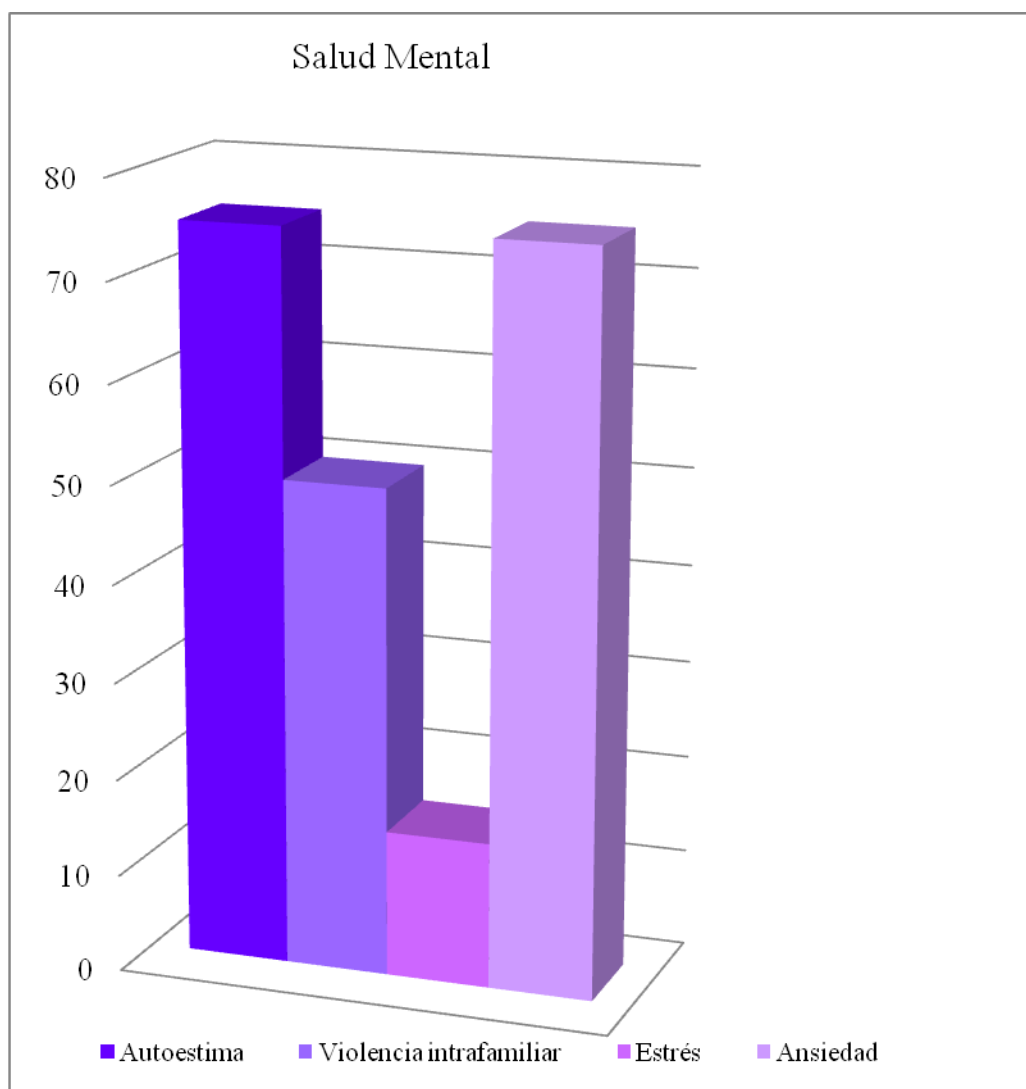


Fuente: Elaboración propia

Esta gráfica muestra el mes utilizado para la capacitación en la empresa Poscret. Las charlas y las dinámicas tuvieron como objetivo ayudar al empleado a alcanzar sus metas como también hacer énfasis en que la esencia de todo ser humano son los valores y principios que deben de practicarse a diario, en cada persona y en las distintas áreas que conforman sus vidas.

4.4.3 Presentación de resultados del proyecto de salud mental en la aldea Lo de Coy Mixco

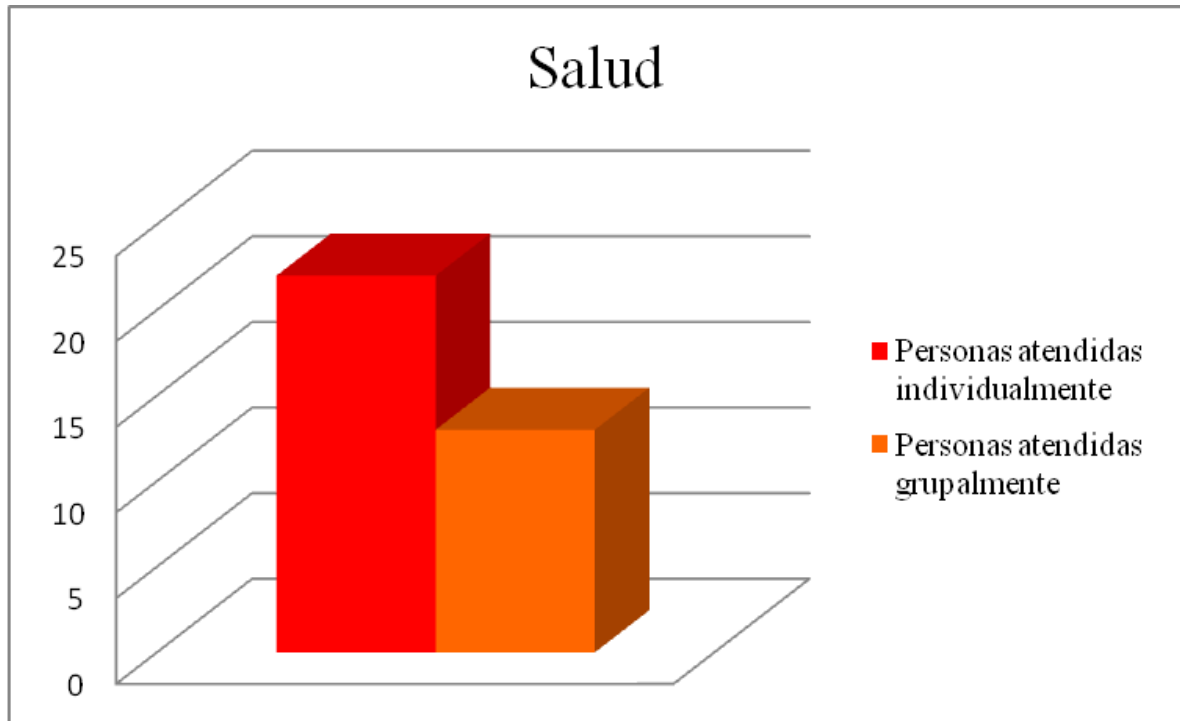
Gráfica 6: charlas impartidas



Fuente: Elaboración propia

Esta gráfica muestra que las pláticas con mayor demanda de asistencia fueron las que trataron los temas de autoestima y ansiedad. Sin embargo, no puede descartarse que otro tema de mucho interés para muchas mujeres fue el de violencia intrafamiliar a pesar de que no se sabe con exactitud la cantidad exacta de personas que la sufren a diario.

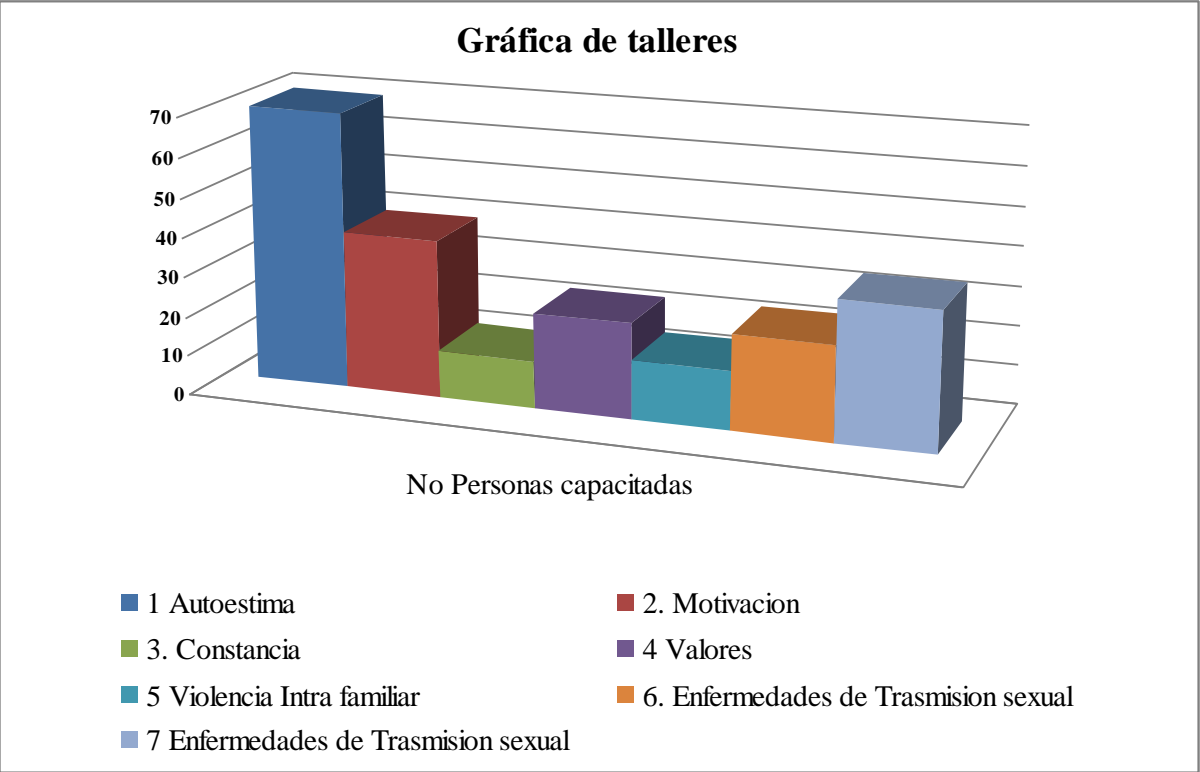
Gráfica 7: mayor interés de psicoterapia



Fuente: Elaboración Propia

Esta ilustración muestra que las personas que se capacitaron en la aldea Lo de Coy Mixco prefirieron la psicoterapia individual a la grupal ya que refieren que no se sienten cómodos saber que sus problemas más íntimos los sabrán personas que las conocen en la aldea. Sin embargo, refieren que la psicoterapia grupal es cómoda cuando no se trata de temas muy personales, por ejemplo saber cómo mejorar las relaciones interpersonales.

Gráfica 8: temas de capacitación grupal



Fuente: Elaboración propia

Las charlas más concurridas fueron las referentes a la autoestima, motivación y enfermedades de transmisión sexual. En estas tres charlas las personas mostraron muchísimo interés aunque eso no quiere decir que las otras no fueron lo que esperaban al contrario las personas de la aldea Lo de Coy Mixco quedaron con el deseo de volver a participar en otras charlas.

Conclusiones

- 1) En general la Práctica Profesional Dirigida es el desenvolvimiento a través del conocimiento adquirido en forma rigurosa a través de un estudio que exige constantemente dedicación, capacidad y perseverancia. Por ende la practicante de psicología culminó con éxito sus horas de Práctica Profesional Dirigida alcanzando grandes logros tanto para el equipo médico, el trabajo social, el Ministerio Público como para sí misma.
- 2) Cuando se trabaja en una institución que forma parte de un sistema de salud público se trabaja con mucha presión dado que debe de trabajarse de inmediato y en una forma precisa por lo tanto, la mayoría de pacientes preoperatorios responden satisfactoriamente a la terapia breve y de emergencia para solucionar las crisis alcanzando así de forma inmediata el equilibrio emocional que presentaba el paciente antes de la situación de crisis.
- 3) Durante el tiempo de la Práctica Profesional Dirigida se analizan a diario nuevos retos en la terapia técnica y tratamiento a utilizar, el cual debe ser eficaz dentro del contexto de la realidad social de la población a la cual se atiende.
- 4) La Práctica Profesional Dirigida ayuda al practicante del área de psicología a reconocer que las urgencias en la atención a grupos en situaciones de riesgo no pueden hacerse esperar ya que intervienen grupos de profesionales que exigen una inmediata solución al problema del paciente como sucede, cuando se trabaja en casos de violencia intrafamiliar donde por lo general está involucrado el grupo primario de apoyo y que siempre se tendrá que contar con la ayuda de la autoridad del Ministerio Público para asegurar la integridad presente y futura del paciente maltratado, por lo mismo el trabajo que ha de realizarse se tendrá que hacer de manera muy profesional.

Recomendaciones

- 1) Es necesario que todo el tiempo se haga uso de la teoría y técnicas aprendidas que se obtuvieron durante el tiempo de estudio sin embargo, tan importante como el conocimiento intelectual es el conocimiento espiritual que lleva a todo profesional a encontrarse a sí mismo reflexionando sobre cómo poder alcanzar con humildad un mejor bienestar para el paciente.
- 2) Llevar a cabo métodos y técnicas dentro del proceso terapéutico en la Práctica Profesional Dirigida para que cada paciente pueda sentir el tan esperado alivio en cada tiempo de terapia.
- 3) Tomar en cuenta que la población a cargo del practicante de psicología atraviesa por problemas de distinta naturaleza y magnitud es por eso, que debe crearse un ambiente emocional altamente asertivo para cada problema.
- 4) Reconocer casi de inmediato la metodología de la cual hacen uso en el centro de Práctica Profesional Dirigida para así mismo poderlos manejar para el bien propio y el bien de los pacientes a los cuales se les está brindando una terapia.
- 5) Estar académicamente capacitado para enfrentar los retos que constantemente encuentra el practicante de psicología en el centro de Práctica Profesional Dirigida y así poder brindar una excelente intervención durante el proceso terapéutico.
- 6) Llegar a estar capacitado emocionalmente para hacer frente a situaciones de tanto dolor y sufrimiento tanto físico como emocional.
- 7) El trabajo de Práctica Profesional Dirigida debe considerarse en todo momento tanto dentro como fuera del centro de práctica, como una gran oportunidad de conocimiento y desarrollo intelectual para el practicante de psicología pudiendo llegar a ofrecer nuevas oportunidades de realización profesional dentro de un contexto de laureles de éxito.

Referencias

- 1) Bellak L. y Small L. (1988). *Psicoterapia breve y de emergencia*. (2ª, ed.) México, D.F:
- 2) Editorial Pax México.
- 3) Ellis A. y Abraham E. (1978). *Terapia racional emotiva*. México, D.F: Editorial Pax México.
- 4) Gonzalez J. (1999). *Psicoterapia de grupo*. México, D.F: Editorial El Manual Moderno.
- 5) Rogers C. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. España Barcelona: Editorial Paidós.
- 6) Sullivan H. (1973). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires Argentina: Editorial Psique.

Internet

- 7) Adicciones. Recuperado: 10.07.2008. <http://es.wikipedia.org/wiki/adicci%C3%B3n>
- 8) Ansiedad y estrés. Recuperado: 14.05.2008. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.html>
- 9) Duelo no resuelto. Recuperado: 09.06.2008. <http://www.homestead.com/montedoya/complicado001.html>
- 10) Enfermedades terminales y crónicas. Recuperado: 04.08.200. <http://www.yoteca.com/Pg/información-de-enfermedades-del-cuerpo-humano.asp>
- 11) Suicidio. Recuperado: 02.05.2008. <http://usuarios.lycos.es//puntodevista/pr/tema50/tema50.html>

Anexos

Anexo 1

Constancia de las 509 horas de Práctica Profesional Dirigida en el centro de prácticas

Hospitales Roosevelt y Hospital de Día Roosevelt

Hospital Roosevelt, área de pediatría	185 horas de los meses de abril, mayo y junio de 2008.
Hospital de Día Roosevelt	300 horas de los meses de julio, agosto y septiembre de 2008.

Empresa Poscret

Empresa Poscret	Talleres y dinámicas
Mes de capacitación: octubre	Horas 32

Proyecto de salud mental aldea Lo de Coy Mixco

Proyecto de salud mental	Talleres y dinámicas
Días: viernes 26 y sábado 27 de septiembre de 2008	8 horas de práctica

Clases teóricas durante el año

Asesora: Licda. Sonia Pappa	Clases de práctica
Día: jueves	150 Horas

Horas de Práctica Profesional Dirigida:

Suma total= 677 horas de práctica durante el año 2008

Asesora. (f) _____

Licda. Sonia Pappa



Hospital Roosevelt

Calzada Roosevelt, Zona 11
Teléfono: 24716383 (502) fax 24716383

Jefatura de Pediatría

Oficio No. JP/295/2008

Guatemala, 27 de Agosto de 2,008

Br. Karla Inova Tible
PRACTICANTE AREA DE PSICOLOGIA
Universidad Panamericana
Presente

Estimada Br. Tible:

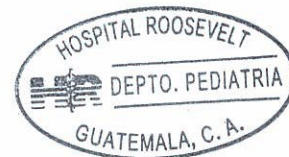
Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

En respuesta a su carta fecha 18 de agosto del corriente año, en donde solicita una **CERTIFICACION** que efectuó en el Departamento de Pediatría sus horas de prácticas consistentes en los siguientes datos: mes de abril, mayo y junio, en las cuales hacen un total de **ciento setenta y cinco horas**. (Anexo Oficio No. JP/102/2008 dos hojas) el cual se avala dicha información.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,

Dr. Marco Augusto Guerrero Rojas
Jefe del Departamento de Pediatría



MAGR/vivian
c.c. archivo
anexo dos hojas

Vo. Bo.

Oficio No.HDD-295/2008
Guatemala, 25 de septiembre de 2008

Señores
Lic. Ramiro Bolaños
Decano Facultad de Educación
Licda. Sonia Pappa
Supervisora de Práctica Profesional Dirigida
De la Universidad Panamericana

Estimados señores:

Un saludo cordial deseándole éxitos en sus labores.

Por medio de la presente le estamos informando que la Srita Karla Inova Tible quien se identifica con cedula de Vecindad No. A-1 1642412; ha completado con sus 300 horas de practica en el área de psicología en el Hospital de Día Roosevelt para pacientes pre-operatorios como también para personal que labora dentro de la institución, utilizando una terapia breve, intensiva y de emergencia con excelentes resultados en los meses de julio, agosto y septiembre del año en curso. El trabajo de la Srita. Tible ha sido desempeñado con un gran profesionalismo ayudando a que los pacientes se enfoquen en una mejor calidad de vida.

Personalmente he quedado muy satisfecha y agradecida por la ayuda recibida y al mismo tiempo me complace felicitar a la Universidad Panamericana por la dedicación que han tenido al formar a sus estudiantes con éxito en el ámbito profesional como personal.

Sin otro particular quedo de usted muy atentamente,


Ligia Valenzuela Aguilar
Administradora

Ligia Valenzuela
Administradora Hospital De Día



AFG/srs
c.c. Archivo



Poscret, S.A.

FABRICA DE POSTES DE CONCRETO CENTRIFUGADO

Guatemala 4 noviembre 2008

**Universidad Panamericana:
Distinguidos señores.**

El motivo de la presente es para hacer constar la conclusión exitosa de las pláticas:

- **ELIGIENDO CON QUIEN COMPARTIR (13/octubre/2008)**
- **LA AUTOESTIMA (16/octubre/2008)**
- **LOS VALORES (21/octubre/2008)**
- **LA AMISTAD (23/octubre/2008)**
- **MIS METAS (27/octubre/2008)**
- **COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD (30/octubre/2008)**
- **MANEJO DEL ESTRÉS (3/noviembre/2008)**

Y sus dinámicas correspondientes

Para nuestro personal compuesto de 38 personas.
Proporcionadas a esta su empresa por la señorita *Karla Inova Valdez Tible*, de cedula A1-642412.

Por consiguiente, solamente me queda volver agradecerles a las autoridades de la Universidad Panamericana y a la señorita exponente, la oportunidad de haberse preocupado por haber dejado una mejor guía en la vida de estas personas para modificar algunos obstáculos en su diario vivir que muchas veces les han dificultado de gran manera, el no poder alcanzar sus metas. Sin otro particular quedo de usted.

Por su atención a la presente
Atentamente

Claudio Roque
Gerente Producción
Poscret, S. A.



5a. AVENIDA 15-45, ZONA 10 - OFICINA 209 - TORRE 1 - TEL.: 2333-7018

FAX: 2333-7019 - GUATEMALA, GUATEMALA, C.A.

www.poscret.com

Anexo 2

Contenido de las charlas y dinámicas de los talleres de capacitación

Capacitación de autoaprendizaje I.

Autoestima

Objetivos:

Conocer mecanismos para mejorar la autoestima.

Formar individuos con una autoestima positiva, autónomos e independientes y conscientes de su papel como personas importantes en su grupo de iguales y en su comunidad.

Fecha: octubre de 2008

Agenda

07:15 a 07:35 Presentación. Dinámica rompe – hielo (soles y estrellas)

07:35 a 08:55 Teoría. Autoestima

08:55 a 09:30 Dinámica de la autoestima baja y alta.

09:30 a 09:55 Características de la autoestima

09:55 a 10:15 Dinámica, el espejo infiel.

10:15 a 10:35 Estrategias para mejorar tu autoestima.

10:35 a 10:55 Mi declaración de autoestima.

10:55 a 11:15 Evaluación.

Contenido de charla

La autoestima significa tener confianza en sí mismo, lo cual implica estar dispuesto a correr riesgos, a ensayar cosas nuevas, sabiendo que nuestro intento puede ser exitoso pero también fracasar.

Para tener una autoestima positiva, las personas necesitan entender que son valiosas, especiales, únicos e importantes, no por lo que hagan o logren en el futuro, sino por lo que son hoy. Este concepto de sí mismo no debe cambiar por las circunstancias. Cuando un individuo comete un error, es preciso buscar la causa de la equivocación para remediarla, pero esto jamás significa que la persona deje de ser valiosa. Es tan sólo una evidencia de que los seres humanos no son infalibles y que, muchas veces, necesitan equivocarse para aprender cosas nuevas. Es el proceso normal de toda enseñanza, a cual dura la vida entera.

Una persona que tiene una autoestima positiva es capaz de disfrutar y aprovechar las oportunidades que le presenta la vida. La manera en que un individuo piensa y habla de sí mismo refleja el concepto que tiene de sí, y afecta sus logros.

Cada uno es dueño de sí mismo y responsable de forjar su destino. Para lograr las metas que se ha propuesto, la persona debe conocer sus puntos débiles y sus cualidades, evaluando lo que tiene que enfatizar o cambiar para alanzarla.

Si nos acostumbramos a querernos, a confiar en nuestras capacidades, a valorarnos y respetarnos como seres importantes y únicos que somos, nada podrá impedir nuestra plena realización. Recuerda que tu autoestima determina tu comportamiento ante la vida y los demás.

Algunas formas de mejorar el concepto que tienes de ti mismo, son:

Piensa en lo que quisieras ser, y cuáles son tus metas para lograrlo. En otras palabras, escribe qué tienes a tu favor y qué debes cambiar para llegar a ser lo que quieres. Por ejemplo: ser una persona amable, generosa, simpática, interesante para conseguir nuevos amigos.

-Establece un plan de acción para lograr el objetivo específico que te has propuesto, y determina un plazo realista para cumplirlo. No trates de fijarte muchas metas a la vez. Divídelas según tus prioridades y tus capacidades presentes. Identifica todo lo que necesitas para llegar a la meta, y ten especialmente en cuenta lo siguiente:

-Puntos débiles: son las características de tu personalidad que te alejan del objetivo que te propusiste. Puede ser tu timidez, autosuficiencia, egoísmo o indiferencia a las preocupaciones o intereses de los demás.

-Puntos fuertes: son aquellas cualidades que te acercan del objetivo que deseas alcanzar. Puede ser tus actitudes, habilidades, conocimientos, etc. Si tu meta es tener más amigos, tus fortalezas talvez sean una hermosa sonrisa, tu belleza, tu sentido del humor, o la capacidad que tengas para escuchar a otros, creer en los demás, y dar sin reserva.

Cuando hayas evaluado cuáles son tus fortalezas y debilidades, estarás en mejores condiciones para lograr tus objetivos.

Según el ejemplo que hemos tomado, tener más amigos, puedes desarrollar el plan siguiente:

Asistir y organizar reuniones sociales durante los próximos meses, o inscribirte en algún grupo para hacer actividades en común y descubrir afinidades con tus compañeros. Puede ser el coro del colegio o el grupo de teatro, etc.

Tener actitud abierta y amable con todos, libre de prejuicios. Recuerda que las apariencias engañan; es sólo con el tiempo que se llega a conocer a las personas.

Dinámica

El espejo infiel

Es una lastima que no tenga yo un espejo a la mano. Sin embargo eso no es problema para describir mis señas personales, ya me conozco perfectamente mi físico. Así, que no tengo problemas en llenar los indicadores siguientes:

Mis ojos tienen color: _____

Mi nariz tiene forma: _____

Mis orejas son: _____

Mi tez tiene color: _____

Mi pelo es del tipo: _____

Mi boca tiene forma: _____

Mi porte general es: _____

Mi estatura es de: _____

Mis rasgos físicos más sobresalientes son:

Taller grupal de autoaprendizaje. “Elegiendo con quien compartir”

Objetivo

Reconocer que una de las decisiones más importantes durante la adolescencia se relaciona con el hecho de tener una relación de noviazgo.

Identificar los elementos que deben considerarse al tomar la decisión de tener una relación de noviazgo.

Agenda

Fecha: jueves 16/10/008

07:15 a 07:25 Introducción al tema.

07:25 a 07:45 Teoría. Elegiendo con quien compartir

07:45 a 08:00 Dinámica. Exploración, respondiendo un cuestionario.

08:00 a 08:15 Reflexión. Criterios para la elección de tu pareja.

08:15 a 08:30 Evaluación

Contenido del taller

A medida que vas creciendo surge un nuevo interés en tu vida: la búsqueda de amistades del otro sexo. Inicialmente, más que una pareja formal se busca compartir ciertos intereses comunes, con el fin de encontrarse y conocerse. Este deseo por compartir con miembros del otro sexo aparece primero en las jóvenes que en los jóvenes, lo cual se explica por el hecho de que la maduración sexual femenina ocurre antes que la masculina.

Esta diferencia en el ritmo de desarrollo, genera en las jóvenes preocupación, pues piensan que los muchachos de su edad las ignoran, se muestran bruscos, desinteresados por ellas y más motivados por los juegos, el deporte u otro tipo de actividades que comparten, generalmente, con grupos de amigos de su mismo sexo.

Lo anterior hace que las jóvenes comiencen a sentirse atraídas por muchachos mayores que ellas, porque éstos ya han empezado a madurar emocionalmente y a sentirse interesados por el sexo contrario y por tanto pueden estar dispuestos a compartir las mismas actividades.

Para lograr atraer a la otra persona y captar su atención, los muchachos normalmente manifiestan comportamientos rudos tratando de destacar su valentía y fuerza, mientras las jóvenes, recurren al coqueteo y a través de su forma de vestir, caminar y reír.

Aunque muchos de estos primeros amores o noviazgos son transitorios, es importante que tomes este tipo de decisiones teniendo en cuenta que son la base para que en un futuro escojas a quien va a ser tu pareja.

Veamos algunos criterios de selección que puedes considerar cuando eliges a esa persona especial, con la cual deseas compartir una gran parte de tu tiempo.

-No tomes la decisión simplemente porque te sientes aburrida o cansada, o porque tus amigas ya tienen un novio.

-La apariencia física es importante pero lo más importante es el temperamento, los sentimientos y los valores de la persona. Una persona amistosa, responsable, cariñosa y respetuosa te permitirá seguir creciendo como ser humano.

-La sinceridad, el que se muestre tal como es, y no tratando de dar una imagen que no corresponde con su verdadera manera de ser.

-Compartir los valores básicos para que la relación no sea conflictiva: por ejemplo, si crees que las demostraciones de afecto consisten en detalles, confianza mutua, sinceridad, un beso o agarrarse de la mano, pero tu novio piensa que el afecto solamente implica el contacto físico, es muy probable que se presenten conflictos entre ustedes.

-Que te ofrezca la confianza suficiente para que puedas expresar abiertamente tus ideas, sentimientos y valores.

Actividad

Comenta lo siguiente, escribiendo las respuestas que consideres.

1. ¿Has tenido novio?

2. Si has tenido esa oportunidad, ¿en qué cosas te fijaste o te has fijado para elegirlo?

3. ¿Qué cosas tendrías en consideración para elegir a la persona ideal, que compartirá contigo?

Taller grupal de autoaprendizaje. “Los valores”

Objetivo

Explorar los valores personales y los cambios ocurridos en la adolescencia.

Agenda

Fecha: 21/10/008

007:15 a 07:25 Introducción al tema.

07:25 a 07:45 Teoría. Los valores.

07:45 a 08:00 Dinámica. Apliquemos con creatividad. Mis valores

08:00 a 08:15 Reflexión. ¿Qué valores defiendes en mi vida?

08:15 a 08:30 Evaluación

Contenido del taller

Durante la adolescencia, que corresponde a la etapa que estás viviendo, es normal que los jóvenes se hagan preguntas acerca de sus valores. De esta manera, están formando sus propios criterios sobre los distintos aspectos de la vida, y no se limitan a repetir las ideas de los adultos al respecto. Cuando opinas por ti mismo, adquieres independencia de pensamiento y madurez.

Los jóvenes como tú, suelen ser muy idealistas, quieren cambiar su vida, la sociedad en la que viven y el mundo entero. Tener sueños y metas es fundamental para el ser humano, pero no deben ir en contra de la integridad de los demás. En esta etapa del desarrollo individual, hay una profunda búsqueda de valores personales. Es normal que te hagas preguntas tales como: ¿qué es importante para mí? ¿En qué debo ocupar mi tiempo? ¿Cómo dirigir mi vida?

Muchos jóvenes quieren entablar amistades con otros jóvenes de su edad y ser aceptados, apreciados y respetados por lo que son, no por lo que hacen. Suele suceder que en este camino de búsqueda y conocimiento de tu identidad:

-Te comportes como una niña, pero exijas los privilegios de una persona adulta y madura. Recuerda que un adolescente ya no es un niño, pero tampoco es un adulto todavía. Es un período transitorio en el cual te estás preparando para ser una persona responsable e independiente.

-Cuestiones o rechaces los valores, ideas y opiniones de las personas adultas, porque piensas que son conceptos anticuados y poco válidos. Recuerda que ellos han vivido experiencias que tú ni siquiera conoces, y que pueden enseñarte muchas cosas.

-Desees sacar tus propias conclusiones sobre temas que te llaman la atención o que te preocupan.

-Esperes ser escuchado, respetado y tomado en cuenta, especialmente en las opiniones que emites ante personas mayores.

-Pienses que entiendes mejor que los adultos ciertos aspectos de la vida como la amistad, la religión, la política, etc.

-Admires o quieras parecerte a artistas, líderes, modelos o personajes importantes.

Muchos jóvenes logran afirmar sus valores y encontrar su propia identidad sin entrar en conflicto con sus seres cercanos. Aceptan y respetan las opiniones de los mayores, aprenden de ellos y, de ahí, forman su propio criterio acerca de la vida. En tu búsqueda de valores personales, lo importante es entender que puedes escuchar y cuestionarlos valores de otras personas con el fin de llegar a ser alguien responsable y libre en su toma de decisiones.

Apliquemos con creatividad

Lee las frases anotadas y clasifícalas. Coloca una cruz frente a cada frase, pero ten cuidado que sea en la columna que está de acuerdo con tu opinión.

Frase	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo
Me interesan las amistades y dialogar con los demás.		
Valoro la libertad por encima de todo.		
Siempre he querido ser responsable.		
Me duelen mucho las injusticias sociales.		
Me parece muy importante conocerme a mí misma.		
Lo más importante en una relación de amistad, es la honestidad y la sinceridad.		
Me disgusta que yo u otra persona hagan algo bien hecho y		

nadie se da cuenta.		
Me parece que ser infiel es un derecho de todo ser humano.		
Mi principal meta en la vida es tener mucho dinero.		
El amor sin dinero no sirve.		
La suerte es la base del éxito.		
Uno siempre debe alcanzar lo que se propone aunque, para ello, tenga que pasar por encima de las persona y hacerles daño.		
Si mi mejor amiga, consume drogas, es su problema y nada tengo que ver.		
Uno siempre debe hacer lo que dicen los mayores.		
Es correcto tener hijos sin casarse.		
Para ser aceptado por las demás personas, uno debe hacer todo lo que ellos le piden aunque no esté de acuerdo.		
Debo respetar a los demás, aunque ellos no me respeten.		
Los mayores no deberían meterse en nuestros asuntos.		

Responde:

-En tu opinión, hasta que punto son importantes tus creencias y opiniones?

-Practicas los valores?

-¿Eres capaz de afirmar y defender públicamente tus valores? ¿por qué?

Talle grupal de autoaprendizaje. “La amistad”

Objetivo

Reconocer que la amistad es una relación afectiva que se produce en la adolescencia.

Agenda

Fecha: 23/10/008

07:15 a 07:35 Elaboración de una cajita.

07:35 a 07:55 Teoría. La amistad.

07:55 a 08:15 Dinámica. Lectura de frases de amistad.

08:15 a 08:35 Reflexión.

08:35 a 08:55 Evaluación. Hoja de trabajo.

Contenido del taller

La amistad es una cajita de cristal. Pequeña, transparente, donde guardas allí dentro todos tus pensamientos, ideas, cariño y amor.

Un cristal fino donde te reflejas. Material en el que están hechos tus sueños. Son porciones de tu corazón que intentas que no se rayen nunca.

Un amigo es más que una persona. Algo que no es físico, algo que siempre llevas. Es eso que recoges por el camino y guardas en tu cajita de cristal, cuidadosamente acomodado en su interior de terciopelo. Todo eso en lo que crees, en lo que confías, en lo que sientes.

Eso que más allá del mundo encuentras. Eso que te abraza cuando piensas que no puedes más. Algo que lamentas no ver. Porque el amigo no se ve, no se toca, no se huele. Simplemente lo sientes. Y, aunque se encuentre sentado a tu lado, tú nunca lo ves como la materia física que es. Su esencia oculta entre los pliegues del terciopelo de tu cajita de cristal.

A veces lo miras a los ojos. A veces sientes su presencia. Sin embargo, el amigo no es la persona que ves. Es la persona que sientes. ¿Es aquello por lo que darías todo?..Menos, ¿tu cajita de cristal?

Un verdadero amigo es aquel que se adhiere más estrechamente que un hermano, es constante en su lealtad y amistad, acude en ayuda de su compañero angustiado y lo aconseja con fidelidad.

La amistad significa entendimiento mutuo, afecto, respeto, comprensión, empatía. Los amigos disfrutan de la compañía mutua y se muestran leales los unos con los otros. Sus gustos o ideas pueden ser similares, y suponer un punto de encuentro entre ellos. De un amigo también se dice que es aquel que no está sólo cuando las cosas van bien, sino también en momentos de dificultad. Un amigo nunca te deja solo pero muchas veces te lastima, pero siempre hay una solución la cual es hablar y aunque estén lejos igual estarán presentes. Lo más importante en una amistad es jamás dar la espalda porque cuando una hace eso lastima, se alejan y se molestan. En la amistad, entonces, aparecen con frecuencia:

-El deseo y flexibilidad de compartir sanamente una o más actividades, ideas, gustos o experiencias, lo que implica el interés por pasar tiempo juntos.

- El amor y sinceridad.

-Se facilita el hablar y el actuar como naturalmente se piensa y se es, minimizando los frenos sociales que normalmente se tienen, y se trata de comprender al otro y aceptarlo tal como es.

-Interés o preocupación por el amigo. Se interesa por el bienestar del otro, es decir, de sus problemas y logros. Por esto procura reunirse, comunicarse o convivir con él.

-Respeto.

-Frases de la amistad

-Un amigo es como un trébol, es difícil de encontrar y da buena suerte.

-Un amigo es aquel que conoce todos tus defectos y a pesar de ello te quiere.

-Ofrecer amistad a quien pide amor es como dar pan a quien muere de sed.

-Si realmente sabes lo que es la amistad, habrás perdido el corazón... por qué se lo habrás entregado a los demás.

- La única manera de poseer un amigo es serlo.

-El verdadero amigo es como la sangre, que acude a la herida sin ser llamado.

-Un amigo es aquel que te tiende su mano aunque no la merezcas.-El verdadero amigo es el que sabe todo sobre ti, y sigue siendo tu amigo.

-El amigo leal se ríe de tus chistes, aunque no sean tan buenos; y se condeula de tus problemas, aunque no sean tan graves.

-La amistad supera a las circunstancias.

-Un amigo es el que a pesar de las distancia se acuerda de los momentos importantes que vivieron.

- El amigo seguro se conoce en la acción insegura.

-Los amigos se hieren con la verdad para no destruirse con las mentiras.

- Los amigos son ángeles que se levantan cuando tus alas han olvidado como volar.

-No estés triste... busca alguien con quién hablar...

-En todo tiempo ama al amigo y es como un hermano en tiempo de angustia.

-Amistad, cuidado con la palabrita que una palabra jamás termina de tomar significados.

-Todo lo debemos consultar con el amigo, mas primero debemos consultar si lo es.

-Guarda a un amigo bajo la llave de tu propia vida.

-Los amigos se convierten con frecuencia en ladrones de nuestro tiempo.

-Nunca me enfado por lo que la gente me pide sino por lo que me niega.

-La amistad es como una caja de bombones, nunca sabes a quien te va a tocar...

-Un amigo es aquel que está a tu lado cuando probablemente preferiría estar en otro sitio.

-En la prosperidad nuestros amigos nos conocen. En la adversidad nosotros los conocemos.

-La amistad auténtica es aquella que sin sentir aversión por nadie, prefiere a unos pocos por la medida de sus méritos y virtudes y dentro de esos pocos hace de nuevo una selección para exaltar a los que ocupan el primer lugar en su corazón.

Dinámica sobre la amistad

Responde las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la letra que creas conveniente

1- ¿Con qué compañero (a) te gustaría estar en el trabajo o área de estudio para hacerlos juntos?

¿Por qué?

- a) Porque es listo y con él aprendería muchas más cosas.
- b) Porque es trabajador, constante y responsable.
- c) Porque ayuda a los demás y podría ayudarme a mí.
- d) Porque podría ayudarlo a él en el estudio.

e) Porque sabe organizar actividades y coordinar el grupo.

f).....

2.- ¿Qué compañero (a) de la clase te gustaría tener como amigo?

¿Por qué? Dibuja un círculo en la letra de tu respuesta.

a) Porque somos amigos y sus aficiones son parecidas a las mías.

b) Porque es simpático, de buen carácter y está siempre contento.

c) Porque es estudioso y puedo tomar ejemplo de él.

d) Porque nos comprenderíamos muy bien.

e) Porque es animado y divertido.

f).....

3.- ¿Con quién no querrías estar en clase ni ser su amigo?

¿Por qué? Rodea con un círculo la letra que deseas.

a) Porque abusa de los compañeros.

b) Porque es poco estudioso.

c) Porque es algo “chuleta” y orgulloso.

d) Porque dice palabrotas y cosas de mal gusto.

e) Porque suele mentir.

f).....

Taller grupal de autoaprendizaje. “Mis metas”

Objetivo

Analizar la importancia de las actividades para el logro de las metas en el futuro.

Agenda

Fecha: 27/10/008

07:15 a 07:35 Introducción al tema.

07:35 a 07:55 Teoría. Mis metas.

07:55 a 08:15 Dinámica. 5 pasos para alcanzar las metas.

08:15 a 08:35 Reflexión. Lista de metas a corto plazo.

08:35 a 08:55 Evaluación

Contenido del taller

Todos tenemos metas, aunque a veces no pensamos en ellas, las metas son las cosas que uno quiere, para lograr algunas metas, hay que luchar mientras que otras son más fáciles de alcanzar.

Como adolescente, es muy probable, que hayas comenzado a sentir la necesidad creciente de pasar más tiempo con tu grupo de amistades. Esta necesidad es natural durante estos años; es una manera de sentirse independiente, de aprender a relacionarte con jóvenes de ambos sexos, colaborar y a ser tolerante.

En la medida que este tipo de relaciones sea satisfactorio y constructivo incidirá significativamente en tu madurez personal y social. Si tu necesidad de pertenecer a un grupo es tan importante que no te interesa si éste coincide o no con tus valores, tus ideas y tus planes te pueden inducir a

involucrarte en actividades peligrosas, o a descuidar aquellas actividades que te servirán en un futuro para alcanzar tus metas.

Lo anterior es importante porque, cuando los jóvenes como tú no tienen claras sus aspiraciones, es muy probable que descuiden sus responsabilidades para dedicarse a hacer otras cosas más. Esto no quiere decir que las relaciones sociales sean perjudiciales, más bien que debes buscar que tus amigas (os) te sirvan como modelo de esfuerzo y de motivación para alcanzar tus aspiraciones y metas y que no influyan negativamente en tu vida. Por otro lado, si no te propones metas que valgan la pena, si eres pesimista con respecto a tu futuro y no te preocupa tu imagen ante los demás, descuidarás tus objetivos de vida.

Piensa que lo que hagas o dejes de hacer, debe ser siempre planeado pensando en ti, en lo que quieres como persona; no en lo que los demás quieren de ti. Si estudias es porque estás convencida de que es una actividad necesaria para triunfar, sentirte satisfecho y alcanzar otras metas a más largo plazo; el gran beneficiado eres tú.

Pero así como el tiempo que de dedicas a tu estudio o trabajo es importante, también lo es el que le dedicas a tus pasatiempos, tu salud, etc. Para ello debes saber utilizar inteligentemente, tú tiempo. Aprovecha cada una de las cosas que hagas como una ocasión para aprender y para conocerte a ti mismo.

Si tú eres una persona de aspiraciones, es decir una persona que:

- Tiene metas claras; sabe lo que quiere lograr en su vida.
- Mira hacia el mañana, quiere triunfar.
- Está dispuesta a posponer algunas satisfacciones inmediatas, con la finalidad de obtener metas más importantes, como estudiar.
- Desea ser responsable de su vida y no una víctima de la suerte o el destino.
- Sabrá que su formación académica y moral es una meta importante en la vida, como lo son, las relaciones sociales y familiares.

Las metas son un plan de acción. Como todo plan deben de analizarse, implementarse y evaluarse. Son el mapa para alcanzar tu deseo. Tú puedes alcanzar tus metas. A continuación te mostramos una forma de hacerlo, no es la única pero es una guía:

5 Pasos para alcanzar tus metas

1. Tu meta debe ser realista. Por ejemplo no es realista poner una meta como perder 50 Kg. en dos meses o ganar la maratón de New York si nunca has corrido en tu vida. Pero es realista perder 1 Kg. a la semana por 3 meses, o correr 1 kilómetro al día y aumentar 1 kilómetro cada mes.

Trata de concentrarte en lo que realmente deseas hacer, recuerda "el que mucho aprieta, poco abarca." Las metas requieren estar enfocado y motivado. Escribe tus metas y anota todos los detalles. De esta forma puedes siempre comparar los resultados.

2. Las metas tienen que ser definidas y si es posible cuantitativas. No digas voy a perder peso. Define cuantos kilos (o libras) vas a perder. Las metas no deben de dejar espacio para confusiones.

3. Especifica el plan para alcanzar la meta paso a paso. Cada meta tiene que ser definida en espacios de tiempo. Por ejemplo no digas quiero bajar 13 kilos en seis meses. Anota como los vas a bajar por ejemplo medio kilo a la semana por 6 meses.

Anota también como vas a realizar tu meta. Cuales son los pasos a seguir y que necesitas.

4. Determina una fecha para revisar tu progreso. Por ejemplo todos los domingos en la tarde o el 15 de cada mes. Si no controlas tu progreso corres el riesgo de estancarte o abandonar la meta.

5. Se responsable por tus metas. Cuando estamos en la escuela (colegio o universidad) estudiamos no (solamente) porque queremos aprender, también queremos pasar el curso y/o sacar buenas notas. Sin exámenes muchas de nosotras no estudiaríamos. Es importante que establezcas control sobre tus metas.

Puedes pedirle a una amiga que te ayude a supervisar tus metas. Es más fácil abandonar una meta si no tienes que responderle a nadie, pero si le tienes que contar a una amiga que no vas a continuar te va a dar un poquito de vergüenza. A nadie le gusta que los amigos lo vean vencido.

Apliquemos con creatividad

Si aún no has pensado en lo que quieres ser es un futuro, concéntrate por ahora en las metas que deseas alcanzar en las diferentes áreas de tu vida a corto plazo, por decir algo, en los próximos seis meses.

Define cuáles son tus metas en cada una de las siguientes áreas y cuánto tiempo le estás dedicando para alcanzar esas metas:

Relaciones afectivas

Relaciones sociales

Vida familiar:

Pasatiempos favoritos:

Escribe en una hoja aparte, cuáles son tus metas principales, pégalos en un lugar visible para poder realizarlas.

Taller grupal de autoaprendizaje. “La comunicación”

Objetivo

Reconocer la importancia de la comunicación con las personas que nos rodean, durante el trabajo estudio u otra área.

Agenda

Fecha: 30/10/008

7:15 a 07:25 Introducción al tema. Cuando digo lo que pienso, me siento bien.

07:25 a 07:45 Teoría. La comunicación.

07:45 a 08:00 Apliquemos con creatividad.

08:00 a 15:15 Reflexión.

08:15 a 15:35 Evaluación.

-Partamos de la base de que toda persona no importando la edad, están aprendiendo a comunicarse. Por lo tanto, lo que expresemos claramente, lo que necesitamos, pensamos o sentimos sin anticiparnos o dar por hecho que nadie nos comprende y que es inútil comunicarnos, pues con esa actitud solo pondremos una barrera entre las personas. Por lo consiguiente, deberíamos tomar en cuenta ciertas sugerencias que ayudan a cambiar nuestra percepción en forma más adecuada.

-Escuchemos atentamente las opiniones y los sentimientos de las personas que están a nuestro alrededor, respetándolos y si no estamos de acuerdo, planteemos nuestras ideas sin alterarnos.

-No esperemos que las personas sepan todas las respuestas y soluciones a nuestros problemas. aceptémoslas como seres humanos que al igual que nosotros y que todos podemos llegar a equivocarnos.

-Utilicemos el método “nadie pierde” para solucionar nuestros problemas. Incomunicándonos, protestando, agrediendo o atacando pasivamente la autoridad de las personas en el trabajo, estudio o el entorno familiar no lograremos nada.

-Aceptemos a todas las personas con las que convivimos tales como son, no esperemos que todos piensen y actúen como nosotros.

-Expresémonos abierta y sinceramente cuando el comportamiento de algún miembro de las personas con las que convivimos, interfiera con la satisfacción de nuestras necesidades, pero sin agredir e irrespetar a los demás.

Si sigues estas recomendaciones muy seguramente tu relación con las demás personas será mutuamente satisfactoria.

Apliquemos con Creatividad

Lee las siguientes situaciones y anota lo que tú harías usualmente y lo que crees que puedes hacer para mejorar la comunicación con las personas adultas:

a) Tu educador (a) te dice que no puedes hacer lo que más te gusta, por que es una pérdida de tiempo._____

b) Te regalan un pantalón que no te gusta y te piden que lo uses en una visita especial.

c) Estás cansado (a) de levantarte los sábados temprano para ayudar a arreglar la cabaña.

d) Escribe los beneficios que recibes de actuar conforme a las recomendaciones anteriores

e) Cuales de las recomendaciones leídas anteriormente prácticas_____

Taller grupal de autoaprendizaje. “La sexualidad”

Objetivo

Conocer la manera como se expresa la sexualidad en las diferentes etapas de la vida.

Agenda

Fecha: 03/11/008

07:15 a 07:35 Introducción al tema. La sexualidad a lo largo de mi vida.

07:55 a 08:15 Teoría. La sexualidad.

08:15 a 08:35 Apliquemos con creatividad. ¿Cómo yo me veo?, ¿quién soy? y ¿cuidando mi cuerpo?

08:35 a 08:55 Reflexión.

08:55 a 09:15 Evaluación.

Contenido del taller

La manifestación a la sexualidad:

La sexualidad es parte esencial de la vida del ser humano, se expresa a lo largo de la vida de manera distinta en cada edad y persona.

Los seres humanos somos curiosos por naturaleza. Queremos conocer, tocar, comprender todo lo que pasa a nuestro alrededor. Esta curiosidad también refleja en lo relacionado con el conocimiento de nuestro cuerpo.

Esta curiosidad nos lleva desde muy pequeñitos a explorar y a jugar con nuestro cuerpo, lo que nos permite prestar atención especial a nuestros genitales pues al tocarlos experimentamos sensaciones agradables. Este comportamiento es básico para desarrollar una imagen positiva de nosotros mismos. El manejo que hagan los adultos de estas situaciones, incidirá en la manera como empezamos a vernos y a experimentar sexualidad.

Por ejemplo, quienes nos impiden tocar nuestros genitales porque los consideran algo sucio o vergonzoso y dan a estas partes del cuerpo nombres distintos a los correctos y científicos, están propiciando que comencemos a ver la sexualidad con culpa, asco y malicia.

Los niños no sienten vergüenza de su cuerpo, la malicia y la morbosidad que muchas veces experimentamos frente a la sexualidad ha sido transmitida por los adultos a través de su comportamiento.

Veamos cómo evoluciona nuestro interés por lo sexual:

En los primeros años de vida, el interés se centra en el conocimiento del propio cuerpo y en el aprendizaje del rol sexual, es decir, lo que podemos o no hacer como hombres o mujeres en nuestro medio. A partir de los cuatro años, se nos despierta un gran interés por conocer de dónde vienen los bebés, cómo llegan al útero y cómo salen de ahí.

Si ante estas inquietudes los padres o los adultos responsables de nuestra educación responden en forma natural, breve y concisa sin censurarnos por el hecho de preguntar, estarán facilitando el establecimiento de la relación de confianza necesaria para que podamos hablar de lo que nos

preocupa sin inhibiciones, convirtiéndose así en nuestras principales fuentes de información en este campo.

Cuando empezamos a experimentar los cambios propios de la pubertad, intercambiamos, con nuestros (as) amigos (as), información al respecto. Para poder aceptarnos y querernos como mujeres, necesitamos pasar por un proceso que se inicia con amistades íntimas del mismo sexo para progresivamente involucrarnos con amigos del otro sexo. Al llegar a la adolescencia, la estructura de nuestro cerebro ha madurado y el ambiente en el que nos desenvolvemos se ha enriquecido, lo cual nos da mayores posibilidades de conocimiento y experimentación. Esto nos capacita para analizar y reflexionar sobre todo lo que vivimos, generándonos una gran necesidad de saber, comprender, conocer y explorar el mundo, incluyendo lo relacionado con la sexualidad.

En esta edad quisiéramos obtener respuestas sinceras y francas a todos nuestros interrogantes sobre el noviazgo, el amor, las relaciones de pareja, el embarazo, cuándo y cómo tomar la decisión de tener hijos, cuáles creencias y valores debemos considerar para guiar nuestra vida. Desafortunadamente, no siempre nos atrevemos a plantear preguntas abiertamente por el temor a ser castigados y criticados. Por lo tanto, no acudimos a las personas indicadas para aclarar nuestras dudas, sino a personas que incrementan nuestros temores y nos enseñan creencias equivocadas.

Para mejorar la comunicación con personas adultas, en nuestra vida, necesitamos compartir con ellos nuestros sentimientos y escucharlos tratando de entender sin criticar su punto de vista.

Apliquemos con creatividad “El espejo con el que yo me veo”

-Toma un espejo imaginario, bájalo de tu mente y anota tus características físicas _____

Utilizando plasticina, deberás moldear a un hombre y mujer, luego escribe las diferencias físicas que hay entre ellos. Nombrando cada una de las partes de su cuerpo.

Cuidando mi cuerpo:

Observa a una muñeca/o, comenta que funciones tiene cada una de las partes de su cuerpo y como cuidar esas partes.

Hombre	Mujer