

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



**Problemas de índole sexual que repercuten en el equilibrio emocional,
detectados en los usuarios de la Clínica APROFAM de la cabecera municipal
de Chimaltenango.**
(Sistematización de práctica)

Manuel Amilcar Lima Martínez

Chimaltenango, junio 2,013

**Problemas de índole sexual que repercuten en el equilibrio emocional,
detectados en los usuarios de la Clínica APROFAM de la cabecera municipal
de Chimaltenango**
(Sistematización de práctica)

Manuel Amilcar Lima Martínez (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa Sosa (Asesora)

Licda. Noemí Cardona (Revisora)

Chimaltenango, junio 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y
Secretaria General

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerector Administrativo

M. A. César Augusto Custodio Cobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Asesora:

Licda. Sonia Pappa

Revisora:

Licda. Noemí Cardona



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante omnia, acquiritur sapientia"

SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Manuel Amílcar Lima Martínez**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Practica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decana





UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, treinta y uno de octubre de dos mil doce. —

En virtud que el **Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Aprofam**, Chimaltenango, presentado por el estudiante

Manuel Amilcar Lima Martínez

Quien se identifica con número de carné 0702887 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS
PSICOLOGICA. Guatemala, abril de dos mil trece.

En virtud de que **La Sistematización de Practica con el tema: “Problemas de índole sexual que repercuten en el equilibrio emocional, detectados en los usuarios de las clínicas de APROFAM, de la cabecera municipal de Chimaltenango”**. Presentada por la estudiante:

Manuel Amilcar Lima Martínez

Quien se identifica con el número de carné 0702887, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Noemí Cardona Polanco
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema "**Problemas de índole sexual que repercuten en el equilibrio emocional, detectados en los usuarios de las clínicas de APROFAM, de la cabecera municipal de Chimaltenango**", presentado por: **Manuel Amílcar Lima Martínez** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Practica**.

Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	1
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Objetivos institucionales	2
1.5 Logros de la institución	3
1.6 Organigrama de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala	4
1.7 Población que atiende	4
1.8 Planteamiento del problema	5
Capítulo 2	
Referente teórico	7
2.1 Problemas de índole sexual	7
2.2 Psicopatología	35
2.3 Psicodiagnóstico	60
2.4 Psicoterapia	80
Capítulo 3	
Referente metodológico	153
3.1 Programa de estudio de la práctica profesional dirigida	153
3.2 Cronograma de actividades	156

3.3 Planificación general de práctica	160
3.4 Sub programas	163
Capítulo 4	
Presentación de resultados	167
4.1 Programa de atención de casos	167
4.2 Programa de capacitación	177
4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	182
Conclusiones	191
Recomendaciones	193
Referencias	195
Anexos	197

Resumen

El presente informe de Práctica Profesional Dirigida constituye una de las últimas etapas para los estudiantes del quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social de la facultad de ciencias psicológicas de la Universidad Panamericana.

En el primer capítulo, se encontrará la descripción del centro de práctica Clínica APROFAM Chimaltenango en donde se puede observar la visión, misión, objetivos, el organigrama y la población a la que atiende. En el segundo capítulo, se encuentra el referente teórico que incluye el tema principal de Problemas de índole sexual que repercuten en el equilibrio emocional, el tema de psicopatología, se aborda el psicodiagnóstico y la psicoterapia

En el tercer capítulo, se observará la metodología que se utilizó para llevar a cabo cada uno de los pasos de la práctica profesional dirigida. En la cuarta parte del informe, se podrán observar los diversos resultados obtenidos en el desarrollo de la práctica y finalmente se observaran las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos, todo esto con el fin de tener una muestra de la ejecución del trabajo profesional.

Introducción

A lo largo de la vida se observan diversos problemas que afectan al ser humano tanto en el sentido físico como emocional y espiritual. Y dependiendo de su estado emocional tendrá la capacidad de solucionarlos o sucumbir en ellos, el entorno en que se desenvuelva será esencial para propiciar una vida plena. Actualmente es imposible mantener un estado de equilibrio ya que el trajín diario provoca una desorientación en el funcionamiento del sistema de vida humana.

Por tal razón se realiza la siguiente investigación que plantea los problemas de índole sexual provocados por alteraciones emocionales a causa del estrés y algunas otras afecciones psíquicas que influyen en el funcionamiento sexual del ser humano tanto en hombres como en mujeres. Hablar del tema de la sexualidad es introducirnos a un campo muy amplio, en el área sensorial y emocional; y es allí donde se encuentra el punto clave de la sintonía de nuestro cuerpo y mente; en la vida sexual activa.

A continuación el lector encontrará una investigación detallada de los problemas que se pueden encontrar en la vida sexual del hombre y la mujer, así como también sus afecciones psicológicas, síntomas, causas y tratamiento de las mismas.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En el presente capítulo se hace una breve presentación del centro donde se realizó la práctica profesional dirigida, el cual es la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) que se encuentra ubicada en el departamento de Chimaltenango. Se da a conocer la organización y funcionamiento de dicho lugar, así como su filosofía y servicio.

1.1 Descripción de la institución

La clínica APROFAM se encuentra ubicada en la cabecera departamental de Chimaltenango.

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

La institución está dedicada a brindar servicios con calidad, en educación para la salud, planificación familiar, y salud sexual y reproductiva para adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres, en áreas rurales, urbanas, periféricas y en poblaciones mayas.

Entre los servicios que presta dicha institución se encuentra, medicina general, pediatría, ginecología, control pre y post natal, exámenes de laboratorio, asesorías de planificación familiar, atención psicológica, venta de medicamentos de buena calidad, venta de anticonceptivos, programas vivenciales para jóvenes, como adopción de bebés electrónicos y chalecos

simuladores de embarazo, jornadas de laparoscopías y vasectomías (operaciones para no tener más familia), todo esto a precios accesibles y al alcance de toda la población.

1.2 Misión

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

1.3 Visión

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

1.4 Objetivos institucionales

- 🚩 Fortalecer el bienestar de la familia guatemalteca haciendo énfasis en el mejoramiento de las condiciones de las mujeres a través de la educación, distribución de productos y servicios integrales de salud, especialmente los de Salud Materno Infantil, Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y de Planificación Familiar, a efecto de contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes del país.
- 🚩 Estimular, promover y fortalecer el derecho básico de todos los segmentos de la población guatemalteca, a decidir de manera libre e informada respecto a su propia salud sexual y reproductiva, así como los medios que les permitan ejercer este derecho. La información y los servicios anticonceptivos serán ofrecidos estrictamente en base a la aceptación voluntaria y al consentimiento informado.

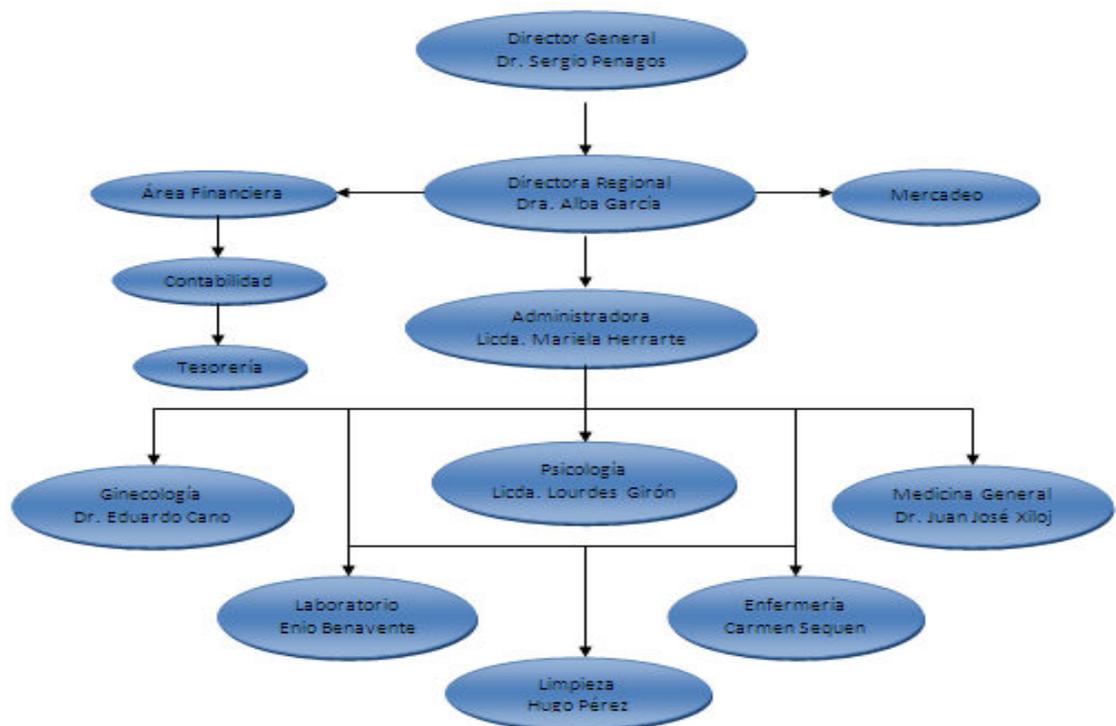
- ✚ Organizar y capacitar recursos humanos en los campos de Educación, Salud Sexual y Reproductiva y de Planificación Familiar para extender la cobertura de dichos servicios en todo el país, particularmente a los grupos con menor acceso a los mismos, por ubicación geográfica o por falta de recursos económicos.
- ✚ Asegurar el fácil acceso a la Información Orientación Sexual, Educación y Servicios de Planificación Familiar, obligándose a respetar el derecho de los diferentes segmentos de la población a hacer elecciones voluntarias e informadas sobre los programas y servicios disponibles. No se permitirá restricción alguna y se tomarán las medidas necesarias para prevenir cualquier forma de coerción en los programas.

1.5 Logros de la institución

- ✚ Fortalece el bienestar de la familia guatemalteca, haciendo énfasis en el mejoramiento de las condiciones de las mujeres a través de la educación, distribución de productos y servicios integrales de salud, especialmente los de Salud Materno Infantil, Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y de Planificación Familiar, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los habitantes del país.
- ✚ Estimula, promueve y fortalece el derecho básico de todos los segmentos de la población guatemalteca, a decidir de manera libre e informada respecto a su propia salud sexual y reproductiva, así como los medios que les permitan ejercer este derecho. La información y los servicios anticonceptivos se ofrecen estrictamente en base a la aceptación voluntaria y al consentimiento informado.
- ✚ Organiza y capacita recursos humanos en los campos de Educación, Salud Sexual y Reproductiva y de Planificación Familiar para extender la cobertura de dichos servicios en todo el país, particularmente a los grupos con menor acceso a los mismos, por ubicación geográfica o por falta de recursos económicos.

- + Asegura el fácil acceso a la Información Orientación Sexual, Educación y Servicios de Planificación Familiar, respetando el derecho de los diferentes segmentos de la población a hacer elecciones voluntarias e informadas sobre los programas y servicios disponibles. No se permite restricción alguna y se toman las medidas necesarias para prevenir cualquier forma de coerción en los programas

1.6 Organigrama de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala.



1.7 Población que atiende

La población está compuesta por personas de bajos y medianos ingresos que viven en áreas urbanas y rurales que relativamente están desatendidas por los sectores público y privado de

Salud. Usualmente, los (as) usuarios (as) de los servicios de APROFAM son la clase trabajadora de las áreas urbanas y rurales, del sector informal de la economía, y sus familias así como algunas del sector asalariado y sus familias.

1.8 Planteamiento del problema

Los problemas de índole sexual son un factor que repercute en el equilibrio emocional en los y las usuarios de la Clínica APROFAM de la cabecera municipal de Chimaltenango, debido a esto existe un equipo que se dedica a la atención psicológica de estos casos.

Capítulo 2

Marco teórico

Introducción

Durante la práctica profesional dirigida realizada en APROFAM Chimaltenango, se pudo observar un gran índice de problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, desencadenando tendencias suicidas, depresión, ansiedad, dependencia a fármacos y baja autoestima, por tal razón el tema eje de esta investigación se titula, problemas de índole sexual que repercuten en el equilibrio emocional y físico del ser humano. A continuación se hace un estudio de dicho tema. Posteriormente se presentan temáticas relacionadas con la aplicación de la psicología clínica.

2.1 Problemas de índole sexual

Los problemas sexuales se definen como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución), que impide que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual. Las dificultades sexuales pueden comenzar temprano en la vida sexual de una persona o pueden desarrollarse después de que el individuo haya experimentado el sexo de manera agradable y satisfactoria. El problema puede desarrollarse de forma gradual con el tiempo o puede ser repentino y presentarse como una incapacidad total o parcial de participar en una o más etapas del acto sexual. La causa de las dificultades sexuales puede ser física, psicológica o ambas.

Los factores emocionales que afectan el sexo abarcan tanto los problemas interpersonales como los problemas psicológicos dentro del individuo. Los problemas interpersonales incluyen problemas maritales o de relaciones entre las personas o una falta de confianza y comunicación

abierta en la pareja. Los problemas psicológicos personales abarcan depresión, miedos o culpas sexuales, o trauma sexual previo.

Entre los factores físicos que contribuyen a los problemas sexuales están:

- a) Lesiones en la espalda.
- b) Aumento de tamaño de la glándula prostática.
- c) Enfermedades (como neuropatía diabética, esclerosis múltiple, tumores y, en pocos casos, sífilis terciaria).
- d) Las drogas, como alcohol, nicotina, narcóticos, estimulantes, antihipertensivos (medicamentos para bajar la presión arterial), antihistamínicos y algunos fármacos psicoterapéuticos (empleados para tratar problemas psicológicos como la depresión).
- e) Trastornos endocrinos (problemas de la tiroides, la hipófisis o la glándula suprarrenal).
- f) Insuficiencia de diversos órganos (como el corazón y los pulmones).
- g) Deficiencias hormonales (niveles bajos de testosterona, estrógenos o andrógenos).
- h) Daño neurológico (como en lesiones de la médula espinal).
- i) Problemas con el riego sanguíneo.
- j) Algunos defectos congénitos.

Los trastornos de disfunción sexual se clasifican por lo general en cuatro categorías: trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastornos del orgasmo y trastornos de dolor sexual. Los trastornos del deseo sexual (disminución de la libido) pueden ser causados por una disminución en la producción normal de estrógenos (en mujeres) o de testosterona (en hombres). Otras causas pueden ser la edad, la fatiga, un embarazo, medicamentos: es bien conocido que los antidepresivos ISRS, entre los que están fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft) y paroxetina (Paxil), reducen el deseo sexual en hombres y mujeres. Las enfermedades psiquiátricas, como depresión y ansiedad, también pueden causar reducción de la libido.

Los trastornos de la excitación sexual se conocían anteriormente como frigidez en las mujeres e impotencia en los hombres, aunque estos términos han sido reemplazados actualmente por otros. La impotencia se conoce actualmente como disfunción eréctil y la frigidez se describe en la actualidad como alguno de varios problemas específicos con el deseo, la excitación o la ansiedad.

Tanto para los hombres como para las mujeres, estas afecciones pueden manifestarse como una aversión y rechazo al contacto sexual con una pareja. En los hombres puede haber incapacidad total o parcial para lograr o mantener una erección o una falta de excitación sexual y placer en la actividad sexual.

Pueden existir causas médicas para estos trastornos, como disminución del flujo sanguíneo o falta de lubricación vaginal. Las enfermedades crónicas también pueden contribuir a estas dificultades, así como la naturaleza de la relación entre las parejas.

Los trastornos del orgasmo son retraso o ausencia persistente del orgasmo luego de una fase de excitación sexual normal. El trastorno ocurre tanto en mujeres como en hombres.

Los trastornos de dolor sexual afectan casi exclusivamente a las mujeres y son conocidos como dispareunia (relación sexual dolorosa) y vaginismo (un espasmo involuntario de la musculatura de la pared vaginal que interfiere con la relación sexual). La dispareunia puede ser causada por lubricación insuficiente (resequedad vaginal) en las mujeres. Puede haber también anomalías en la pelvis o los ovarios que pueden causar dolor con la relación sexual. Los trastornos del dolor en la vulva también pueden causar dispareunia e incapacidad para tener relaciones sexuales debido al dolor.

La irritación por las cremas o espumas anticonceptivas también puede provocar resequedad, así como lo pueden hacer el miedo y la ansiedad acerca del sexo. No está clara cuál es la causa del vaginismo, pero se cree que un trauma sexual previo, como violación o maltrato, puede jugar un papel importante. Otro trastorno de dolor sexual femenino se denomina vulvodinia o vestibulitis vulvar, en esta afección, la mujer experimenta dolor y ardor durante el acto sexual, lo que parece estar relacionado con problemas cutáneos en el área vulvar y vaginal, se desconoce la causa.

Las disfunciones sexuales son más comunes en los primeros años de la vida adulta: la mayoría de las personas buscan atención médica por dichas afecciones cuando están cerca a los 30 años y a través de toda la cuarta década de sus vidas. La incidencia aumenta de nuevo en los años

perimenopáusicos y posmenopáusicos en las mujeres, y en la población geriátrica, típicamente con aparición gradual de síntomas asociados más comúnmente con causas físicas de la disfunción sexual.

La disfunción sexual es más común en personas que abusan del alcohol y las drogas. También tiene más probabilidades de presentarse en personas que sufren diabetes y trastornos neurológicos degenerativos. Los problemas psicológicos progresivos, la dificultad para mantener una relación o una falta crónica de armonía con la pareja sexual actual también pueden interferir con la función sexual.

2.1.1 Problemas sexuales que afectan a los hombres

a) Disfunción eréctil (impotencia)

Se define como la incapacidad del hombre para llegar a conseguir y mantener la erección con la fuerza suficiente como para que le permita realizar el coito. Generalmente es bastante específica a situaciones, contextos o personas.

Se pueden distinguir varios tipos de impotencia dependiendo de sus formas de aparición: la impotencia primaria cuando el hombre nunca ha sido capaz de tener o mantener una erección, y la impotencia secundaria cuando el hombre ha tenido alguna vez la erección pero en la actualidad es incapaz; una impotencia situacional cuando se consigue la erección sólo en determinadas situaciones y con determinadas personas, y la impotencia generalizada cuando no es posible tener erección en ninguna situación; la impotencia total cuando la falta de erección es completa, y la impotencia parcial cuando se produce una erección pero no es suficiente para lograr el coito.

Dependiendo de los factores que la generan se diferencian las propiamente físicas (alteraciones en los genitales o cualquier alteración en el sistema nervioso central), las funcionales (alteraciones hormonales, de la circulación sanguínea, exceso de ingesta de alcohol o por el proceso normal de envejecimiento o agotamiento físico) y por último las psicológicas (que son las más frecuentes). Cuando se debe a factores psicológicos suelen ser producidos por

inhibiciones emocionales que bloquean o interfieren con ciertos impulsos del encéfalo que afectan sobre los centros de la médula espinal que controlan la erección.

Todo hombre que haya tenido erecciones es capaz de funcionar sexualmente, y cualquier fracaso en sus intentos de coitos tiene un origen psicológico y nunca físico.

El tratamiento va dirigido a disminuir esa ansiedad presente durante la relación sexual. Una vez que sea capaz de reducir esa ansiedad y controlar mejor la situación, la erección aparecerá y recuperará la seguridad sobre su potencia sexual.

b) Eyaculación precoz

Existe mucha controversia sobre su definición y lo que se considera precoz; unos afirman que es cuando la eyaculación se produce antes de la penetración y el coito, otros si se eyacula antes de un minuto encontrándose el pene dentro de la vagina, otros por el número de movimientos pélvicos que realiza el hombre dentro de la vagina, etc.

Quizás la definición más adecuada sea que la eyaculación precoz se produce cuando el hombre no ha aprendido a controlar esta eyaculación. El pene no controla la eyaculación, sino el cerebro.

En raras ocasiones este problema tiene una base orgánica, como determinadas enfermedades físicas o neuronales, la ingesta de drogas, el glande demasiado sensible debido a una irritación química, etc. Pero, por lo general, la eyaculación precoz surge habitualmente por factores psicológicos o emocionales.

El tratamiento consiste únicamente en enseñar a controlar el reflejo eyaculatorio, de tal modo que la eyaculación se produzca en el momento que se desee, ya que este reflejo se puede controlar por el hombre, no es algo involuntario.

c) Eyaculación retardada

Es un desajuste sexual poco frecuente, se puede definir como una inhibición específica del reflejo eyaculador o el sobrecontrol de la eyaculación, a pesar de haber tenido una intensa estimulación.

Muchos hombres son capaces de conseguir una eyaculación normal durante la masturbación o con otra pareja sexual diferente a la habitual. Las causas pueden ser psicológicas o emocionales, como el miedo a dejarse llevar por la relación, el miedo al embarazo, miedo a ser dominado en la relación o a perder el control, prejuicios religiosos, etc.

Uno de los principales problemas de utilizar el *coitus interruptus* como método anticonceptivo es precisamente éste, ya que de forma consciente o inconsciente se puede llegar a retener la eyaculación más de lo recomendado, incluso llegar a ser incapaz de eyacular durante el coito o delante de la pareja sexual. Las personas que padecen este tipo de desajuste sexual mantienen un "potencial sexual de permanencia" pudiendo hacer disfrutar a su pareja de un coito prolongado, incluso tener varios orgasmos.

La mayoría de las personas intentan solucionar este problema cuando deciden tener hijos, o bien porque su pareja piensa que esto no es normal o se siente incómodo con la situación. Su tratamiento sería similar al de la eyaculación precoz, enseñar a controlar el reflejo eyaculatorio.

d) Satiriasis

Es un deseo exagerado de satisfacer los deseos sexuales. Puede ser causado por ciertas anomalías fisiológicas, aunque lo más frecuente son las causas psicológicas.

Como causas psicológicas están una autoestima baja con respecto a su potencia sexual, o de su rol masculino, de este modo se demuestra a sí mismo su valía, más aún cuando socialmente se aprueba que un hombre tenga numerosas relaciones sexuales con parejas distintas". Es lo que actualmente se conoce como adicción al sexo en hombres.

2.1.2 Problemas sexuales que afectan a las mujeres

a) Anorgasmia

Se produce cuando la mujer es incapaz de llegar al orgasmo. Este tipo de problema es de los más corrientes, aunque existen distintos grados; algunas mujeres son capaces de obtener placer por medio de la masturbación, la gran mayoría, y otras en cambio nunca han llegado a disfrutar de un orgasmo.

Las causas que lo producen pueden ser orgánicas, como desequilibrios hormonales, malformaciones genitales, el uso de determinados medicamentos, etc., pero la mayor parte de los casos tienen una base psicológica o son consecuencia de problemas emocionales como la venganza, el temor a la primera relación sexual, o incluso el temor a mantener una relación sexual después de una experiencia negativa.

Para tener claro que se sufre este tipo de trastorno sexual es preciso aclarar que la gran mayoría de las mujeres no alcanzan el orgasmo únicamente con el coito, necesitan una estimulación añadida del clítoris para llegar al clímax.

Por medio de una adecuada terapia sexual, y una vez descartado que se trata de un problema físico, es posible solucionarlo con un porcentaje de éxito elevado.

b) Ninfomanía

Comportamiento de una mujer que tiene un apetito sexual anormalmente elevado. Las causas más frecuentes son psicológicas, aunque también puede ser producida por anormalidades físicas. De hecho la ninfomanía más que una alteración sexual es un problema psiquiátrico, ya que se debe satisfacer el deseo sexual sin que importen las consecuencias de ello. El apetito sexual es inextinguible con independencia del número de orgasmos y el placer obtenido en cada relación sexual. Más bien se trata de un comportamiento sexual compulsivo.

c) Vaginismo

Consiste en una contracción extremadamente poderosa, intensa y a menudo dolorosa de los músculos que rodean al conducto vaginal, que persiste durante un largo período de tiempo. En los casos más graves, la introducción del pene es imposible; en otros casos más leves los espasmos vaginales sólo dificultan la penetración o la hacen muy dolorosa (dispareunia).

Al igual que en todos los trastornos sexuales primero hay que descartar que se trata de una alteración orgánica, una vez descartado esto nos quedan sólo las causas emocionales o psicológicas. Generalmente está producido por una alta ansiedad en el momento de llegar al coito, ya que la mujer anticipa el dolor que le va a producir la introducción del pene dentro de la vagina si ya ha tenido una experiencia sexual previa desagradable, o bien está nerviosa por su primera relación sexual debido a una mala educación sexual o a prejuicios religiosos que desvalorizan la vida sexual.

Unos de los datos estadísticos más relevantes es que el vaginismo rara vez se produce en mujeres con niveles socioculturales bajos, y que de forma general también la pueden llegar a desarrollar mujeres cuya pareja tiene problemas de disfunción eréctil (impotencia), ya que de este modo se prepara ante la posible decepción de la relación sexual. El tratamiento va destinado sobre todo a reducir esa ansiedad que se produce durante la relación sexual, y a intentar que la mujer vuelva a vivir la sexualidad con la mayor naturalidad posible, sin los prejuicios que puedan interferir en ella.

2.1.3 La promiscuidad

Promiscuidad es el acto de tener relaciones sexuales con varias parejas sexuales antes o durante el matrimonio. Para algunas culturas o religiones se comprende por fuera de tiempo al hecho de tener relaciones antes del matrimonio.

Para la mayoría de las religiones, la promiscuidad es lo contrario a la castidad. En el ámbito social se considera lo contrario a la monogamia, aunque también existe el término bigamia, que especifica la actividad sentimental y por ende sexual con dos personas. Por ello podría asumirse que una persona promiscua mantiene relaciones sexuales con más de tres parejas, aunque en realidad no existe un número "mínimo" de compañeros sexuales para definir cuando se comete promiscuidad.

Promiscuidad es un término que puede variar entre culturas y que ha variado también en la historia. Para religiones como el cristianismo, islam o judaísmo la promiscuidad es un acto escandaloso ya que éstas valoran el matrimonio y la monogamia. No todas las religiones comparten esta opinión, el budismo tiene una visión distinta del sexo e incluso de la prostitución. El islam en su momento permitía de acuerdo al Corán, que los varones pudiesen tener varias esposas.

En la cultura popular occidental la actitud es variable. La psicología y la liberación sexual han influido en la visión y tolerancia ante la promiscuidad.

❖ Riesgos de la promiscuidad

Una persona promiscua tiende a tener contacto sexual con varios individuos. En el caso de tener este tipo de actividad sexual sin protección aumenta considerablemente la posibilidad de contagiarse y propagar alguna enfermedad de transmisión sexual o embarazos no deseados.

Aunque hay que tener en cuenta que se deben dar ambos factores: la realización de contacto sexual con varios individuos, y la realización de conductas sin protección. Es decir, la Promiscuidad en sí misma no aumenta la posibilidad de contagio ni propagación de enfermedades.

Por mucho tiempo se ha hablado de “la revolución sexual”. Para ser más exactos, desde los años sesenta. Desde la tal llamada “era del rock” el sexo entre jóvenes se practica liberalmente, dándole

poca o nula importancia a lo que hasta entonces se consideraba como “normal”. Las relaciones sexuales prematrimoniales se convirtieron en lo normal, y hoy día el sexo ya no tiene el sentido “*prohibido*” que una vez tuvo.

Hoy día es difícil controlar las relaciones sexuales de los jóvenes. Las jóvenes parejas mantienen estas relaciones sin necesidad de estar casados, y sin necesidad de cumplir la edad que antes era norma. Los jóvenes prefieren ignorar las graves consecuencias que el sexo puede causarles, tales como enfermedades transmitidas, embarazos indeseados, o simplemente sentirse utilizadas. Aún así lo que más les importa son las relaciones sexuales, que para ellos son experiencias que viven libremente, sin compromiso alguno. Esta forma de vivirlo puede acarrear inseguridad, sobretodo en la joven mujer que en su afán de sentirse amada se entrega más y más al juego del sexo, muchas veces sin antes llegar a la adultez.

Muchas jóvenes se sienten mal después de los encuentros sexuales, sintiéndose utilizadas. Ese sentimiento de culpa muchas veces las persigue a lo largo de la vida, haciéndoles preguntarse porqué se entregaron tan fácilmente a alguien que no era para toda la vida.

La promiscuidad o tener una pareja sexual después de otra, mina el autorespeto, las relaciones sexuales sin pensar en las consecuencias deja heridas que al principio no las sienten, pero que más tarde se reprochan por no haber sabido esperar.

❖ Consecuencias

a) Embarazo no deseado

El embarazo puede ser el episodio más feliz o desdichado, dependiendo del contexto psicosocial en que se produzca. Si se produce en el seno de una pareja que lo desea y se encuentra para llevarlo a buen término, será una buena experiencia. Si se trata de un embarazo no deseado en una adolescente, se puede convertir en una tragedia.

Las jóvenes, corren el doble riesgo de experimentar anemia, preclamsia y complicaciones en el parto, así como un mayor riesgo de mortalidad propia durante el mismo. Por otra parte, la relación coital y el embarazo precoz se suelen asociar con el cáncer cervical y las complicaciones uterinas.

Desde un punto de vista psicosocial, las investigaciones realizadas demuestran que los hijos de mujeres adolescentes experimentan muchos más problemas de conducta y problemas en la escuela, que la de los partos en no adolescentes. Las tasas de separaciones y divorcios son mucho mayores entre las parejas formadas de manera forzada por un embarazo no deseado. La paternidad temprana es un escenario abonado para el abuso y el abandono infantil.

a).1 Consecuencias de un embarazo no deseado

Un embarazo no planeado durante la adolescencia tiene muchas consecuencias físicas, emocionales, sociales en la madre, en el padre, para el hijo y como pareja. La adolescencia es una etapa de la vida, que transcurre entre los 10 y los 19 años, periodo en que empiezan a desarrollarse todas las funciones sexuales favorecidas por la producción de hormonas que permiten la maduración de los órganos sexuales tanto femenino como masculino incluyendo las células sexuales femenina u óvulo y masculina o espermatozoide.

Durante esta etapa por lógica, el organismo humano tiene requerimientos especiales que van desde los que le permitan un adecuado crecimiento como: alimentación descanso y ejercicio físico; como emocionales que surgen ante la atracción sexual y las nuevas sensaciones permitiéndole consolidar sentimientos, relaciones y amistades.

La madre adolescente todavía está el proceso de crecimiento y desarrollo, un embarazo, que es un suceso que normalmente cambia todas las funciones del cuerpo de una mujer, requiere de mejor alimentación, tranquilidad, y puede ocasionar problemas de índole emocional y social.

b) Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos y virus. Existen más de 20 tipos de ITS, que incluyen: Clamidia, Gonorrea, Herpes genital, VIH/SIDA, VPH, Sífilis, Tricomoniasis.

La mayoría de las ETS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ITS, puede causarle graves problemas de salud al bebé.

Si padece de ETS causada por bacterias o parásitos, el médico puede tratarla con antibióticos u otros medicamentos. Si padece de ITS causada por un virus, no hay curación. Algunas veces los medicamentos pueden mantener la enfermedad bajo control. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse con ETS.

ETS son enfermedades que se pasan principalmente de una persona a otra (que se transmiten) durante el sexo. Existen al menos 25 enfermedades de transmisión sexual diferentes con una variedad de diferentes síntomas. Estas enfermedades pueden diseminarse mediante sexo vaginal, anal y oral.

Infección de transmisión sexual (ITS) es otro nombre para enfermedad de transmisión sexual (ETS). El nombre ITS se prefiere a veces porque existen algunas ETS, como la clamidia, que pueden infectar a una persona sin causar ninguna enfermedad (es decir, síntomas desagradables). Alguien sin síntomas puede no pensar en sí mismo como si tuviera una enfermedad, pero aún así puede tener una infección que necesita tratamiento.

Muchas enfermedades de transmisión sexual pueden curarse fácilmente, pero si se dejan sin tratar, pueden causar síntomas desagradables y pueden llevar a un daño de largo plazo como la

infertilidad. Algunas ETS pueden transmitirse de una mujer embarazada a su hijo no nato. Es importante que alguien diagnosticado con una ETS informe a todos con los que ha tenido sexo en el último año (o a todos los que siguieron a la pareja que creen que los pudo haber infectado).

Los síntomas de una ETS varían, pero los más comunes son irritación, bultos o irritaciones inusuales, picazón, dolor cuando se orina, y/o flujo inusual de los genitales.

Entre las ETS más graves están:

➤ Virus de Inmunodeficiencia Humana /Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

En el pasado, el VIH/SIDA era considerado una enfermedad mortal. La investigación médica ha ayudado a los médicos a comprender el VIH y mejorar los tratamientos disponibles. El VIH/SIDA ahora puede ser tratado con medicina, sin embargo las enfermedades infecciosas crónicas siguen siendo un problema grave. Continúa leyendo para que aprendas más acerca de la forma en la que se contagia el VIH, cómo se diagnostica, cómo se trata, pero aún más importante, ¡cómo puedes protegerte para no infectarte de VIH.

➤ Virus de Inmunodeficiencia Humana

VIH es el virus que cuando no se trata, se convierte en SIDA o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. El virus ataca al sistema inmunológico del cuerpo, especialmente a las células blancas llamadas células CD-4 (también llamadas “células T”). El sistema inmunológico es aquel que lucha contra las infecciones para mantener al cuerpo saludable, las células T juegan un papel muy importante manteniendo a la persona protegida contra las infecciones. Si el sistema inmunológico está débil, no puede proteger al cuerpo y es fácil de enfermarse.

Cualquiera que practica el sexo sin protección apropiada corre el riesgo de contagiarse de VIH (teniendo relaciones sexuales sin el uso del condón) y/o compartiendo jeringas y agujas con una persona infectada está en riesgo de contagiarse del virus del VIH. También los bebés nacen con el virus si la madre está infectada. En el pasado, las personas también se infectaban a través de transfusiones sanguíneas sin estudios de control, sin embargo, hoy en día la sangre donada es analizada en busca del virus del VIH.

No todas las personas con VIH contraen el SIDA. A pesar de ello, si el nivel de Células T en el torrente sanguíneo desciende (carga viral), el sistema inmunológico puede tornarse demasiado débil para luchar contra las infecciones y se considera que tiene SIDA. Entonces es posible enfermar de ciertos padecimientos que usualmente no afectan a otras personas. Una de estas enfermedades es el Sarcoma de Kaposi (SK), un tipo de cáncer de piel poco común. Otro es un tipo de neumonía llamado *Neumonía Pneumocystis Carinii* (PCP). Estas enfermedades pueden tratarse en una persona cuyas Células T y carga viral regresan a sus niveles saludables con los tipos de medicamentos apropiados.

El virus del VIH se localiza y puede transmitirse a través de cuatro tipos de fluidos corporales: semen, fluidos vaginales, sangre y leche materna. Las maneras más comunes en que estos fluidos infectados contagian el torrente sanguíneo de otra persona es por:

- Compartir agujas hipodérmicas
- Mantener relaciones sexuales sin protección (sin condón)
- A través de heridas abiertas e irritaciones derivadas de otras enfermedades de transmisión sexual
- A través de la “uretra”- el tubo en el pene que transporta los fluidos fuera del cuerpo
- Por pequeños desgarres en el interior de la vagina o el ano provocados por relaciones sexuales

➤ Síntomas del VIH/SIDA

Algunas personas muestran síntomas de alguna enfermedad en las siguientes 6 semanas posteriores a la infección con el VIH. Estos síntomas son:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Glándulas inflamadas
- Cansancio
- Dolor de músculos y articulaciones
- Dolor de garganta

Cuándo el VIH se convierte en SIDA, una persona puede tener cualquiera de los siguientes síntomas:

- Fiebre que persiste durante más de un mes
- Pérdida de peso
- Cansancio extremo
- Diarrea que persiste durante más de un mes
- Glándulas linfáticas inflamadas
- Confusión
- Pérdida de equilibrio

➤ Tratamiento del VIH/SIDA

Hasta ahora no existe cura contra la infección del VIH o SIDA. Es una enfermedad crónica y el virus permanece de por vida en tu cuerpo. El virus ha sido tratado con una combinación de tres medicamentos diferentes los cuales trabajan en conjunto para mantener el virus estable y que el

sistema inmunológico permanezca en buen estado. La gente con HIV debe tomar medicinas en horarios específicos y nunca dejar de tomar las dosis.

Es de extrema importancia seguir el plan de tratamiento especificado por el médico al pie de la letra. Tu proveedor de la salud también puede recomendar que mantengas una dieta saludable, hagas ejercicio y mantengas el nivel de tensión al mínimo en tu vida. VIH es la sigla del virus de inmunodeficiencia humana. El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo. Es el estadio más avanzado de esta infección.

El VIH suele contagiarse a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. El SIDA también puede contagiarse por compartir agujas con drogas o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden transmitírselo a sus bebés durante el embarazo o el parto. Los primeros signos de infección con VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas gripales. Los mismos pueden presentarse y desaparecer un mes o dos después de la infección. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta pasados meses o años. No existe una cura, pero hay muchas medicinas para combatir la infección por VIH y las infecciones y cánceres que la acompañan. Las personas pueden vivir con la enfermedad por muchos años.

2.1.4 Cambios emocionales debido a los problemas de índole sexual

A. Baja Autoestima

Cuando una persona tiene problemas de autoestima, o una baja autoestima, esto se traduce en una gran cantidad de problemas en diversos ámbitos de su vida. Una persona con baja autoestima suele sentirse más infeliz y mucho más limitada en cuanto a lo que puede o debe hacer.

Las características de una persona con autoestima baja son diversas:

<ul style="list-style-type: none"> ✚ Las personas con baja autoestima tienen una mayor tendencia a la depresión y a sufrir ante las adversidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Índole sexual Principal factor precipitante.
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Las personas con baja autoestima no se sienten seguras de sí mismas. 	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Tienen miedo de expresar sus gustos u opiniones. Prefieren quedarse callados antes que opinar ya que consideran que “no tienen derecho” o que los demás consideraran que no lo tienen. 	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Las personas con baja autoestima son mucho más vulnerables y suelen tomarse a mal cualquier crítica o queja hacia su persona, debido a que siempre tienen miedo sobre si serán o no aceptados por los demás. 	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Las personas con baja autoestima tienen mayor dificultad para relacionarse con los demás. Siempre suelen estar pensando cómo se interpretará aquello que dicen o hacen y si caerán bien o mal a los demás. 	

B. Depresión

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera una que otra vez durante períodos cortos. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado.

B.1 Síntomas de depresión:

- ✚ Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- ✚ Pérdida de placer en actividades habituales.

- ✚ Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- ✚ Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- ✚ Cansancio y falta de energía.
- ✚ Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- ✚ Dificultad para concentrarse.
- ✚ Movimientos lentos o rápidos.
- ✚ Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- ✚ Sentimientos de desesperanza y abandono.
- ✚ Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual. Es posible que los niños deprimidos no tengan los síntomas clásicos de la depresión en los adultos.

Los tipos principales de depresión abarcan:

- a) Depresión mayor: deben presentarse 5 o más síntomas de la lista de arriba, durante al menos dos semanas para diagnosticar este tipo de depresión. La depresión mayor tiende a continuar durante al menos 6 meses si no recibe tratamiento. La depresión menor es similar a la depresión mayor o grave, excepto que la primera sólo tiene de 2 a 4 síntomas).
- b) Depresión atípica: ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión. Los síntomas abarcan comer y dormir en exceso.
- c) Distimia: una forma de depresión más leve que dura años si se recibe tratamiento.

Otras formas comunes de depresión abarcan:

- ✚ Depresión posparto: muchas mujeres se sienten algo deprimidas después de tener un bebé, pero la verdadera depresión posparto es más intensa e incluye los síntomas de la depresión mayor.
- ✚ Trastorno disfórico premenstrual (TDP): síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.

- ✚ Trastorno afectivo estacional (TAE): ocurre con mayor frecuencia durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, muy probablemente debido a la falta de luz solar.

La depresión también puede alternar con manías (conocida como depresión maníaca o trastorno bipolar). La depresión puede ser más común en las mujeres que en los hombres, aunque es posible que esto se deba a que las mujeres tienden más a buscar ayuda para este problema. La depresión también es más frecuente durante los años de adolescencia.

B.2 Causas

La depresión a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes (hereditaria), comportamientos aprendidos en el hogar o ambos. Incluso si los genes hacen que las personas sean propensas a presentar depresión, un hecho estresante o infeliz en la vida generalmente desencadena esta afección.

Muchos factores pueden causar depresión, como:

- Alcoholismo o drogadicción
- Afecciones y tratamientos médicos, como:
 - ciertos tipos de cáncer
 - dolor prolongado
 - problemas para dormir
 - medicamentos esteroides
 - baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo)
- Situaciones o hechos estresantes en la vida, como:
 - maltrato o rechazo
 - ruptura de relaciones con el novio o la novia
 - ciertos tipos de cáncer
 - muerte de un amigo o familiar
 - divorcio, incluso el divorcio de los padres
 - desaprobar una asignatura
 - enfermedad en la familia

- pérdida del trabajo
- aislamiento social (causa común de depresión en los ancianos)

B.3 Prevención

Los hábitos de vida saludables pueden ayudar a prevenir la depresión y disminuir las posibilidades de que se presente de nuevo. La psicoterapia y los antidepresivos también pueden reducir la probabilidad de que la persona resulte deprimida nuevamente. La psicoterapia puede ayudar en los momentos de aflicción, estrés o desánimo. La terapia de familia puede ayudar a los adolescentes que se sienten deprimidos.

B.4 Tipos de depresión

En algunas personas, la depresión puede ser intensa y manifestarse en forma de ataques que duran semanas. Para otras, la depresión puede ser menos severa, pero persistir de manera no aguda durante años. Los médicos que tratan la depresión hacen una distinción entre estas dos formas: la más severa y de menor duración se diagnostica como depresión mayor, y la de mayor duración pero menos severa, como distimia.

Una tercera forma de depresión que puede llegar a diagnosticarse es el trastorno adaptativo con ánimo depresivo. Alude a una reacción depresiva ante un acontecimiento específico de la vida (como una muerte, un divorcio u otra pérdida), cuando la adaptación a la pérdida toma más tiempo del que normalmente se espera o cuando es más severa de lo esperado e interfiere en las actividades diarias de la persona.

Éstos son algunos de los síntomas que las personas manifiestan cuando están deprimidas:

- 🚩 estado de ánimo deprimido o tristeza la mayor parte del tiempo (para lo que no parecería haber motivos)
- 🚩 falta de energía y sensación de cansancio permanente

- ✚ incapacidad para disfrutar de cosas que antes provocaban placer
- ✚ desinterés por estar con amigos y familiares
- ✚ irritabilidad, enojo o ansiedad
- ✚ incapacidad para concentrarse
- ✚ pérdida o aumento considerable de peso
- ✚ cambios considerables en los patrones de sueño (incapacidad para dormirse, permanecer despierto o levantarse por la mañana)
- ✚ sentimientos de culpa o de inutilidad
- ✚ achaques (aunque físicamente todo esté bien)
- ✚ pesimismo e indiferencia (no darle importancia a nada ni en el presente ni a futuro)
- ✚ pensamientos de muerte o suicidio

Cuando alguien tiene cinco o más de estos síntomas la mayor parte del tiempo durante dos o más semanas, esa persona probablemente está deprimida. A veces, las personas atraviesan ataques en los que estos síntomas son realmente intensos; otras veces, estos mismos sentimientos pueden estar presentes a una menor escala todo el tiempo durante años. Algunas personas sólo tienen un episodio depresivo, o pueden llegar a tener más de uno después de haberse sentido mejor por un tiempo. Cuando una persona tuvo más de un ataque de depresión severa, un médico le diagnosticará un trastorno depresivo mayor.

Los adolescentes que están deprimidos también pueden manifestar otras señales de advertencia o síntomas. Pueden aumentar sus problemas escolares debido a inasistencias, falta de interés o motivación, o concentración deficiente y baja energía mental a causa de la depresión. Algunos adolescentes directamente abandonan la escuela, ya que suponen que van a fracasar a causa de sus problemas.

Para los adolescentes deprimidos que ya de por sí son autocríticos y sufren de baja autoestima, un fracaso escolar puede llegar a ser algo intolerable. Quizá no se den cuenta de que la depresión les está causando problemas de concentración y sus pensamientos negativos probablemente los están

llevando a suponer erróneamente que son tontos. También puede llegar a expresar sus sentimientos de ira o indiferencia bebiendo o consumiendo drogas.

Algunos adolescentes con depresión también tienen otros problemas que pueden intensificar sus sentimientos de inutilidad o sufrimiento. Los adolescentes que se cortan a sí mismos, los que tienen marcados sentimientos de fealdad y los que sufren trastornos de la alimentación pueden llegar a estar sufriendo una depresión no reconocida que requiere atención.

Las tensiones normales de la vida pueden llevar a los adolescentes a sentirse tristes de vez en cuando. Eventos como una discusión con un amigo, una separación, un mal resultado en un examen, no ser elegidos en un deporte, la mudanza de un amigo fuera de la ciudad o la muerte de un ser querido pueden derivar en sentimientos de tristeza, dolor, desilusión o aflicción. Estas reacciones suelen ser breves y desaparecen con el tiempo y el afecto.

En cambio, la depresión es algo más que sentirse melancólico, triste o de mal humor de tanto en tanto. La depresión es un estado de ánimo intenso que involucra tristeza, desánimo, desesperanza o desesperación; que dura semanas, meses o incluso más, y que afecta la capacidad de la persona de realizar sus actividades habituales.

La depresión afecta los pensamientos, la perspectiva y el comportamiento de la persona, así como su estado de ánimo. Cuando una persona sufre de depresión, el mundo parece sombrío, y los pensamientos de esa persona reflejan la desesperación y el desamparo que siente. Las personas con depresión tienden a manifestar pensamientos negativos y autocríticos; algunas veces, más allá de su valor real, las personas con depresión pueden sentirse inútiles y no queridas.

La depresión puede nublarlo todo y hacer que hasta los pequeños problemas parezcan abrumadores. Las personas deprimidas son incapaces de ver un futuro brillante y se sienten sin fuerzas para cambiar las cosas para mejor. Pueden sentir deseos de darse por vencidos. Pueden llorar por cosas sin importancia o incluso sin ninguna razón. A causa de sus profundos sentimientos de tristeza y de su poca energía, las personas con depresión a veces se alejan de las

personas que los rodean o de las actividades que alguna vez disfrutaron. Esto sólo hace que se sientan más solos y aislados, lo cual empeora la depresión.

La depresión puede ser leve o severa. En el peor de los casos, la depresión puede generar sentimientos de desesperación tan profundos que la persona piensa en el suicidio.

La depresión también puede provocar síntomas físicos, malestar estomacal, falta de apetito, aumento o pérdida de peso, dolores de cabeza y problemas para dormir.

C. Suicidio

La mayoría de adolescentes entrevistados tras un intento de suicidio dicen que lo hicieron porque estaban intentando escapar de una situación que se sentían incapaces de afrontar o les parecía imposible de superar, o porque deseaban acabar de una vez por todas con los insoportables pensamientos y sentimientos que tanto les atormentaban.

Algunas personas que ponen fin a sus vidas o intentan suicidarse pretenden escapar de sentimientos de rechazo, dolor o pérdida. Otros están enfadados, avergonzados o se sienten culpables por algo. A algunos les preocupa decepcionar a sus amigos o familiares. Y otros se sienten no queridos, inatractivos, maltratados o que son una carga para los demás.

A veces las personas deprimidas planean el suicidio con antelación. De todos modos, muchas veces los intentos de suicidio ocurren de forma impulsiva, en un momento de profunda desesperación. Situaciones como la ruptura de una relación sentimental, una fuerte pelea con un padre, un embarazo no deseado, ser rechazado o hecho de lado por otra persona o ser objeto de malos tratos pueden hacer que uno se sienta profundamente alterado y desesperado.

Algunas personas que intentan suicidarse querían morir y otras no. Algunas utilizan el intento de suicidio como una forma de expresar un profundo dolor emocional. No son capaces de expresar

cómo se sienten, de modo que intentar suicidarse les parece la única forma de transmitir ese mensaje. Lamentablemente, incluso cuando un intento de suicidio no es más que una forma de pedir ayuda a gritos y la persona no desea morir, no hay forma de controlarlo. Muchas personas que en el fondo no querían quitarse la vida acaban matándose o con graves secuelas.

❖ Señales de alarma

A menudo se pueden detectar algunos indicios de que una persona está pensando en o planeando un intento de suicidio. He aquí algunos de ellos:

- ✚ hablar sobre el suicidio o la muerte en general
- ✚ hablar sobre "irse", "emprender un viaje" o "marcharse"
- ✚ decir que ya "no se necesitarán" ciertas cosas y regalar pertenencias a otras personas
- ✚ hablar sobre sentimientos de desesperanza o culpabilidad
- ✚ alejarse de los amigos o familiares y perder las ganas de salir
- ✚ no tener ganas de participar en las actividades o aficiones favoritas
- ✚ tener dificultades para concentrarse o para pensar con claridad
- ✚ experimentar cambios en los hábitos alimentarios o de sueño
- ✚ manifestar conductas autodestructivas (como beber alcohol, consumir drogas y autolesionarse, por ejemplo).

D. Abuso de sustancias

El consumo de alcohol y drogas suele iniciarse en la adolescencia y está habitualmente asociado al disfrute del ocio y de las relaciones sociales, centrándose en los fines de semana o períodos festivos. Ciertas características de esta etapa adolescente pueden facilitar el consumo habitual de sustancias, pero si éste se convierte en abusivo puede interferir en el desarrollo saludable del adolescente. Las primeras sustancias y las más consumidas suelen ser el alcohol y el tabaco, seguidas del cannabis, los tranquilizantes, la cocaína, las anfetaminas, el éxtasis y otros alucinógenos.

Pero no todo consumo de drogas implica el mismo grado de riesgo. Así, existen diferentes formas de consumo: uso, abuso y dependencia. El proceso de dependencia a una o varias sustancias conllevan cierto tiempo y pasa por diferentes fases en las que la frecuencia, la cantidad y las formas de consumo varían. La mayoría de las veces, el inicio de consumo no conduce a la dependencia. Es importante, sin embargo, estar atentos ante determinadas señales, porque si se consigue actuar cuando el adolescente se encuentra en la fase de abuso, pero no todavía de dependencia, la intervención será más sencilla.

D.1 Principales motivos por los que un adolescente abusa de las sustancias

- ✚ Algunas de las causas más importantes son las consecuencias positivas que los adolescentes asocian al consumo de alcohol y drogas, como la alegría, el placer, la euforia, el estado de ánimo positivo, la diversión, etc.
- ✚ Habitualmente, el alcohol y las drogas son utilizados como método para superar la timidez, la vergüenza, la inseguridad y la falta de habilidades sociales, buscando la desinhibición, la integración al grupo y la potenciación de las relaciones sociales. Los adolescentes consumen para sentirse capaces de dar los primeros pasos para iniciar una relación sentimental y afrontar también otras situaciones nuevas para las que pueden no sentirse preparados.
- ✚ El consumo en este segmento de la población se justifica por una imitación de un modelo frecuente en la población adulta. A la vez, los adolescentes se encuentran inmersos en una cultura en la que el alcohol está socialmente bien aceptado y en la que suele consumirse en gran variedad de ocasiones: fiestas, celebraciones, diversión, etc.
- ✚ Otro hábito de consumo de este tipo de sustancias se realiza para escapar de la rutina, los problemas diarios o los malos momentos.
- ✚ Los adolescentes utilizan el consumo como medio de afirmar y expresar su identidad y demostrar que han dejado atrás la niñez.

- ✚ Para salir de estados de apatía o de falta de interés generalizado, el consumo de drogas o alcohol puede ser percibido como algo estimulante y una forma de experimentar nuevas sensaciones.

D.2 Factores familiares, escolares y sociales que influyen en el consumo

- ✚ La disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.
- ✚ La aprobación social de las drogas legales, como el alcohol.
- ✚ La publicidad, con anuncios que asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes como la amistad, el carácter, el sexo, el riesgo o la aventura.
- ✚ Estilos de educación inadecuados en las familias, con normas ambiguas o con exceso de protección, falta de reconocimiento o excesiva rigidez.
- ✚ Falta de comunicación y clima familiar conflictivo, que pueden acarrear carencias o sufrimiento que los adolescentes intentan compensar mediante el consumo.
- ✚ Influencia del grupo de amigos, que aumenta las probabilidades de consumir si el adolescente está integrado en un grupo en el que se consume.
- ✚ Falta de información o información errónea sobre las consecuencias negativas asociadas al abuso de alcohol y drogas.

D.3 Indicios del abuso de alcohol y o drogas

Ante todo, es importante tener en cuenta que la valoración y el diagnóstico sobre el consumo deben ser siempre realizados por un profesional de la salud mental, descartando de antemano con un médico la existencia de alguna causa orgánica que explique los síntomas detectados. A continuación se indican algunas señales que pueden indicar el consumo de alcohol y/o drogas. Muchas de estas señales pueden ser síntomas de otros problemas o dificultades diferentes del consumo:

- ✚ Fatiga, cansancio y frecuentes quejas sobre la salud.
- ✚ Ojos enrojecidos y/o pupilas dilatadas.

- ✚ Tos constante.
- ✚ Cambios bruscos en el estado de ánimo, con frecuentes episodios de irritabilidad.
- ✚ Actitud defensiva y desafiante.
- ✚ Insomnio o somnolencia persistentes.
- ✚ Tendencia a adoptar conductas de riesgo.
- ✚ Síntomas depresivos, de desánimo, apatía o desinterés.
- ✚ Falta de comunicación.
- ✚ Tendencia a mostrarse ausente y desconcentrado.
- ✚ Problemas en la escuela, por bajo rendimiento o relaciones conflictivas con los compañeros o profesores.

D.4 Tratamiento

Tanto en la prevención como en el abordaje del problema es importante no considerar a los jóvenes de forma aislada del contexto social en el que se desenvuelven, actuando desde todos los ámbitos de influencia como la familia, la escuela, las instituciones y la sociedad.

La información es una herramienta fundamental en la prevención del consumo de drogas. Es importante hablar con los hijos sobre este tema y sobre otros muchos que pueden ir presentándose en diferentes momentos. Si el diálogo abierto y la posibilidad de exponer dudas, y consultar diferentes temas, no se ha instaurado desde el principio en la dinámica familiar, los intentos por parte de los padres de abordar directamente el tema del consumo difícilmente tendrán éxito, quedando limitados a interrogatorios en los que el adolescente posiblemente no va a colaborar.

La actitud de los padres debe ser de apoyo y disposición a escuchar a su hijo, intentar comprenderlo y ponerse en su lugar, teniendo en cuenta sus opiniones y experiencias. Si se adopta una actitud con la que se pretende juzgarle o imponer de forma estricta e inflexible determinadas ideas o comportamientos, así como si se le critica o ridiculiza, se estará obstaculizando la comunicación con el chico adolescente.

Es importante, a la vez, facilitarle la participación en actividades que le permitan construir nuevas relaciones y que le ayuden a sentirse perteneciente a determinados grupos y asociaciones.

Desde la infancia, los padres deben fomentar el desarrollo de habilidades sociales, para ayudarle a ganar seguridad personal y autoestima, así como capacidad para exponer y defender sus opiniones y para resistir a la presión del grupo.

En caso de evidencias de abuso de alcohol y/o drogas, es fundamental conseguir el reconocimiento por parte del adolescente, teniendo en cuenta que al principio puede negarlo o mostrar resistencia a aceptarlo. Una vez reconocido el consumo por parte del joven, es importante no mostrar actitudes de derrota, impotencia o fracaso ante el problema, sino de energía y posibilidad de abordaje, siempre que se cumplan unas condiciones de colaboración por parte del adolescente.

El núcleo familiar debe manejar normas y límites, estableciendo unas condiciones para la convivencia, manteniendo posturas firmes y de rechazo al consumo y no cediendo a los intentos de manipulación por parte del hijo que consume. Sobre todo, ante un caso de detección de abuso de alcohol y/o drogas, se debe acudir a un profesional en la salud mental, con el objetivo de iniciar el tratamiento más adecuado para cada situación específica, y a la vez apoyar y orientar a la familia.

E. Prostitución

La prostitución consiste en la venta de servicios sexuales a cambio de dinero u otro tipo de retribución. La persona que ejerce la prostitución recibe el nombre de prostituta o prostituto. La prostitución es uno de los trabajos y fenómenos sociales que da respuesta al deseo sexual del ser humano, y, en muchos casos, también a la necesidad de afecto y comprensión, buscando un alivio a la soledad y a la incomunicación, principalmente hoy día en las grandes ciudades.

En la mayor parte de las culturas la manera aceptada de satisfacer este deseo es en el contexto de relaciones afectivas. El ser humano ha empleado y emplea muchas otras formas para saciar sus

impulsos sexuales, tanto de manera consensuada como de manera no consensuada: la búsqueda de sexo no afectivo con otras personas, el acoso, la violación y otras muchas, entre las que se encuentra la oferta de dinero. Es esa oferta de dinero el motor que pone en marcha las muy variadas formas de prostitución.

En términos generales, las tres principales formas de prostitución son, en orden de incidencia:

- ✚ La trata de blancas y menores, alrededor de la cual surgen sociedades mafiosas que trafican con personas para obtener dinero (lo que puede considerarse una manera moderna de esclavitud).
- ✚ Personas cuyas condiciones sociales y económicas convierten la prostitución en una de las pocas formas posibles de sacar adelante a una familia o a sí mismas (prostitución forzada por las condiciones socioculturales).
- ✚ El caso (minoritario numéricamente) de prostitución de alto standing (de alto nivel), donde la persona se prostituye voluntariamente por los elevados ingresos que obtiene a cambio (prostitución voluntaria).

2.2 Psicopatología

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

2.2.1 Antecedentes

Desde la antigüedad siempre se ha tratado de describir y encontrar una solución a los problemas de la conducta, en el mundo griego, surge por primera vez el concepto de enfermedad mental, haciendo referencia a que la locura provenía de una explicación demonológica. El pensamiento religioso medieval explicaba todas aquellas conductas anormales como consecuencia de un mal ojo, hechizo o una epilepsia/posesión. Los sacerdotes curaban a las personas que padecían

epilepsia a través de lo que se llama exorcismo y aparentemente les daba resultados y la sociedad quedaba maravillada, pero la realidad es que la persona volvía a su estado normal sólo por que la epilepsia dura un momento breve y no por el exorcismo.

Los siglos XVII y XVIII se caracterizan por la defensa de planteamientos anatomopatológicos y fisiopatológicos. Anatomopatológicos; este planteamiento, explica la locura con sus supuestos de localización y reducción de la enfermedad a lo anatómico chocan con las primeras concepciones de la neurosis, y en general de las enfermedades nerviosas, por otro lado los fisiopatológicos; estos planteamiento eran sobre las enfermedades. Whytt afirmaba que puesto que la mayor parte de las enfermedades dependen del S.N. deberían ser llamadas nerviosas. Collen agranda esta tesis y construye una de las primeras nosologías, en la que aparece por primera vez el término neurosis. Galeno, fue el primer Doctor que escribió la medicina herbolaria y la ponía en práctica con las demás personas, pero con el tiempo se dio cuenta que no todas las enfermedades curaba las plantas medicinales por lo que concluyó que había enfermedades que se curaban solo con palabras.

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

2.2.2 Normalidad y anormalidad

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

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

2.2.3.1 Trastornos sexuales

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

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

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

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

❖ Clasificación

I Parafilias

Son patrones de comportamiento sexual en los que la fuente predominante de placer no se encuentra en la cópula, sino en alguna otra cosa o actividad que lo acompaña. Suelen, aunque no necesariamente, suceder principalmente porque la persona que las practica ya ha tenido una

cantidad muy elevada de placer sexual, que llega un momento en que lo poco no la satisface y quiere más y más de aquella actividad para sentir el orgasmo o excitarse.

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

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

I.1 Grados de parafilias

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

- **Mínimo**

Que no le hacen daño a terceros y no necesitan tratamiento alguno. Son personas en donde ambas partes de la pareja lo disfrutan y están de acuerdo en llevarlas a cabo.

- **Acentuado**

Se busca de “manera insistente”, la realización de la fantasía para alcanzar la satisfacción sexual.

- **Dependiente**

La fantasía erótica afecta o interfiere en la relación sexual, de tal forma que se da un carácter impulsivo, cuando lo único que sacia la excitación es la realización de esa

fantasía. De tal forma que la parafilia puede convertirse en una “adicción”, donde el individuo solo llega a la excitación a través de esta.

I.2 Diagnóstico

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

I.3 Clasificación

a) Exhibicionismo

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

Fetichismo

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

b) Frotteurismo

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

c) Pedofilia

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

d) Masoquismo sexual

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

e) Sadismo sexual

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

f) Fetichismo transvestista

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

g) Voyeurismo

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

I.4 Tratamiento

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

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

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

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

II. Disfunciones sexuales

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

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

II.1 Causas

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

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

II.2 Clasificación

Las disfunciones sexuales suelen clasificarse en cuatro categorías:

a) Trastornos del deseo sexual o anafrodisia

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

b) Trastornos de la excitación sexual

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

c) Trastornos del orgasmo

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

d) Trastornos de dolor sexual

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

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

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

II.3 Tratamiento

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

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

2.2.3.2 Trastornos del estado de ánimo

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

Durante la década de los ochenta, los profesionales de la salud mental comenzaron a reconocer los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, así como también en adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes no necesariamente experimentan ni exhiben los mismos síntomas que los adultos. Es más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños debido a que ellos no siempre son capaces de expresar sus sentimientos.

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

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

❖ Clasificación

I. Trastorno bipolar

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

suele ser violento en variadas ocasiones. Tiene tratamiento farmacológico, de ahí que es muy importante que el afectado esté correctamente diagnosticado.

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

I.1 Diagnóstico

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

I.2 Clasificación

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

1) Trastorno Bipolar Tipo I

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

2) Trastorno Bipolar Tipo II

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

3) Ciclotimia

La Ciclotimia implica la presencia o historial de episodios hipomaniacos con periodos de depresión que no cumplen los criterios de depresión mayor. El diagnóstico de trastorno ciclotímico requiere la presencia de numerosos episodios de hipomanía, intercalados con episodios depresivos que no cumplen completamente los criterios para que existan episodios de depresión mayor. La idea principal es que existe un ciclado de grado bajo del estado de ánimo que aparece ante el observador como un rasgo de la personalidad, pero que interfiere con su función.

4) Trastorno Bipolar no Especificado

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

I.3 Síntomas

Durante la fase depresiva el paciente presenta:

- ✓ Pérdida de la autoestima
- ✓ Ensimismamiento

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

En la fase maníaca se presentan:

- ✓ Exaltación del estado de ánimo
- ✓ Aumento de las actividades orientadas hacia metas (es decir, creen que pueden con todo, llegando a pensar que en pocos meses serán estrellas de cine, o grandes empresarios, y si los contradicen suelen enojarse y pensar que el mundo está en su contra)
- ✓ Ideas fugaces o pensamiento acelerado
- ✓ Autoestima alta
- ✓ Menor necesidad de dormir
- ✓ Agitación
- ✓ Logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando)

- ✓ Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos)
- ✓ Inquietud excesiva
- ✓ Aumento involuntario del peso
- ✓ Bajo control del temperamento
- ✓ Patrón de comportamiento de irresponsable hostilidad extrema
- ✓ Aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual
- ✓ Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas)
- ✓ Creencias falsas (delirios)
- ✓ Alucinaciones (escuchan y ven cosas, o se sienten amenazados por objetos como semáforos, automóviles, etc., a los que consideran también sus enemigos, en los peores de los casos).

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

I.4 Características

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

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

De igual modo, cuando están contentos, se llenan de euforia y ven todo de color rosa, se sienten capaces de hacer cualquier cosa, y llegan al extremo de no dormir por considerar que es una actividad innecesaria dentro de su nueva faceta de "inacabable movilidad". En algunos casos la

euforia es tal que pueden llegar a cometer acciones que en un estado de conciencia normal no harían, como consumir drogas o gastar dinero hasta la ruina económica propia y familiar.

Aparece alrededor de los 20 años, pero también puede aparecer antes o después. A veces empieza a manifestarse después de un parto.

❖ Riesgo de suicidio

Las personas que padecen de trastorno bipolar tienen una posibilidad incrementada tres veces más de poder llegar a cometer suicidio que la de aquellos que padecen de depresiones mayores. Aunque muchas de las personas que sufren del trastorno realmente nunca logran cometer el suicidio, el promedio anual de suicidio en hombres y mujeres diagnosticadas con la enfermedad es de 10 hasta 20 veces mayor que en la población general. Individuos que padecen del trastorno tienden a tener tendencias suicidas, especialmente durante los estados mixtos.

I.5 Tratamiento

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

1. El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, valproato, carbamacepina, icarbacepina, lamotrigina, topiramato)
2. Los antipsicóticos atípicos no son estabilizadores del estado de ánimo y su uso debe limitarse a los periodos de crisis, y siempre en combinación con un estabilizador del estado de ánimo. Su uso en monoterapia posee un impacto neurocognitivo deteriorante para el paciente.

3. Los antidepresivos tampoco son estabilizadores del estado de ánimo y deben evitarse en pacientes bipolares porque aumentan la frecuencia del ciclado, favorecen la aparición de episodios mixtos y pueden producir viraje a manía. Cuando su uso es imprescindible deben usarse solo durante las crisis y asociados a un estabilizador del ánimo.

II. Distimia

La distimia, también llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión, se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otras causas.

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

II.1 Causas

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

II.2 Síntomas

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

- ✓ Insomnio o hipersomnia.
- ✓ Sensación de déficit de energía vital, cansancio injustificado, fatiga continúa.
- ✓ Baja autoestima, sentimiento de incapacidad.
- ✓ Sentimiento de desesperanza, pesimismo.
- ✓ Incapacidad para la toma de decisiones.
- ✓ Tristeza, ansiedad o sensación de "vacío" persistentes.
- ✓ Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban.
- ✓ Llanto excesivo.
- ✓ Mayor inquietud e irritabilidad.
- ✓ Menor capacidad de concentrarse y tomar decisiones.
- ✓ Pensamientos de muerte o suicidas, intentos de suicidio.
- ✓ Aumento de los sentimientos de culpabilidad, desamparo y, o desesperanza.
- ✓ Alteraciones del peso y, o del apetito debido a comer de forma insuficiente o excesiva.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Síntomas físicos que no ceden ante los tratamientos estándar (por ejemplo, dolor crónico, dolor de cabeza).

II.3 Diagnóstico

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

II.4 Tratamiento

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

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

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

2.2.3.3 Trastornos del sueño

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

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

Generalmente los pacientes acuden al médico por tres causas principales:

- ✓ Incapacidad crónica para dormir adecuadamente durante la noche.

- ✓ Fatiga crónica.
- ✓ Una manifestación conductual anormal en el sueño mismo.

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

❖ Clasificación

I. Narcolepsia

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

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

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

I.1 Causas

Las posibles causas que originan este raro trastorno aún no se han logrado determinar, si bien numerosos hallazgos recientes señalan que el concepto de la narcolepsia tiene implicaciones genéticas y hereditarias.

Así, las personas que sufren esta enfermedad, tienen, hasta en un 35 por ciento de los casos, algún antecedente directo que ha padecido el mismo trastorno.

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

I.2 Diagnóstico

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

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

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

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

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

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

I.3 Síntomas

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

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

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

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

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

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

I.4 Consecuencias

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

- ✓ El sueño nocturno no incluye suficiente sueño profundo, así que el cerebro trata de compensar ese déficit durante el día.
- ✓ Los narcolépticos caen rápidamente en lo que parece un sueño muy profundo.
- ✓ Despiertan súbitamente y se pueden encontrar desorientados. Tienen sueños muy vívidos, que comúnmente recuerdan.

I.5 Tratamiento

Aunque no existe cura para la narcolepsia, su tratamiento intenta controlar los síntomas que condicionan la vida familiar, social, laboral o escolar del paciente. Dicho tratamiento es individualizado, depende de la

gravedad de los síntomas y de las características del paciente, ya que, así como los síntomas de la narcolepsia varían de una persona a otra, la respuesta a la medicación también varía.

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

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

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

2.3 Psicodiagnóstico

Es un concepto psiquiátrico referido al diagnóstico de las enfermedades, síndromes o alteraciones mentales, este concepto, que partió del ámbito de la psiquiatría, también fue usado en psicología, donde se ha preferido cambiar por el de evaluación psicológica, quedando psicodiagnóstico más restringido al ámbito médico.

La palabra psicodiagnóstico es un compuesto de tres vocablos griegos: «psikhé», «diá» y «gignosko», cuya traducción sería *conocer a fondo el alma* o *conocer a fondo la mente*. El Psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas.

2.3.1 Antecedentes

Galton 1822 - 1911, es el padre de la psicología diferencial. Sus estudios se centraron en la inteligencia (que era innata), creía que por su carácter hereditario se podía conseguir una mejora, a través de la eugenesia. Llevó a la vida cotidiana los conocimientos del laboratorio. Elaboró la primera tabla para comparar a una persona con la mayoría. Pero hasta 1883 no publica su obra más importante, donde aparecen los primeros bocetos del test.

Galton mostró interés en cuantificar las características humanas, recopilar empíricamente y sistemáticamente información y aplicar en ésta la estadística. Estudió las diferencias individuales. Cattell 1861 – 1934. Se centró en el estudio diferencial de los tiempos de reacción. Trabajó con Wundt y Galton. En 1890 se utilizó por primera vez la palabra “test” en evaluación psicológica, tenía un gran interés en que las pruebas fuesen objetivas, sin sesgos del investigador. Comenzó una aplicación masiva de los test.

Binet (1857 – 1911) habla de una nueva evaluación psicológica y de la inteligencia y de las facultades psicológicas superiores (memoria, atención, imaginación).

2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico

a) Patognomónico

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

b) Estadístico

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

c) Sistemático

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

d) Comprensivo

La descripción completa de la personalidad del sujeto y de sus características personales, es comparada posteriormente con las específicas y propias de los cuadros clínicos establecidos.

2.3.3 Técnicas utilizables en psicodiagnóstico

I. Entrevista psicológica

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

➤ La entrevista como campo

La entrevista tiene configurado un campo, es decir que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece. Se podría decir que el entrevistador controla la entrevista, pero que quien la dirige es el entrevistado.

La relación entre ambos delimita determina el campo de la entrevista y todo lo que en ella acontece, pero el entrevistador debe permitir que el campo de la relación interpersonal sea predominantemente establecido y configurado por él.

Ninguna situación puede lograr la emergencia de la totalidad de conductas de una persona, y por lo tanto, ninguna entrevista puede agotar la personalidad del paciente, sino solo un segmento de la misma.

Para obtener el campo particular de la entrevista que hemos reseñado, debemos contar con un encuadre fijo, que consista en una transformación de cierto conjunto de variables en constantes. Dentro de este encuadre se incluyen, no sólo la actitud técnica y el rol del entrevistador sino también los objetivos y el lugar y el tiempo de la entrevista.

El encuadre funciona como una especie de estandarización de la situación, estímulo que ofrecemos al entrevistado pretendiendo, no que deje de actuar como estímulo para él, sino que deje de oscilar como variable para el entrevistador. Si el encuadre se modifica (p.ej: porque la entrevista se realiza en un sitio diferente), esta modificación tiene que ser considerada como una variable sujeta a la observación tanto como lo es el mismo entrevistado.

➤ El observador participante

En la entrevista el entrevistador forma parte del campo, es decir, en cierta medida condiciona los fenómenos que él mismo va a registrar. Se plantea entonces el interrogante de la validez que pueden tener los datos recogidos en estas condiciones.

La máxima objetividad que se puede lograr, sólo se alcanza cuando se incorpora al sujeto observador como una de las variables del campo. Si el observador está condicionando el fenómeno que observa, se puede objetar que en tal caso no estamos estudiando el fenómeno tal cual es, sino en relación con nuestra presencia, con lo cual ya no se hace una observación en condiciones naturales.

Pero las condiciones naturales de la conducta humana son las condiciones humanas, toda la conducta se da siempre en un contexto de vínculos y relaciones humanas y la entrevista no es una distorsión de las pretendidas condiciones naturales, sino todo lo contrario: la entrevista es la situación “natural” en que se da el fenómeno que nos interesa justamente estudiar: el fenómeno psicológico.

➤ Ansiedad en la entrevista

Entrevistado y entrevistador se enfrentan con una situación desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas reaccionales adecuadas, y la situación no organizada implica una cierta desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes; esa desorganización es la ansiedad.

El entrevistado solicita ayuda técnica o profesional cuando experimenta ansiedad o se ve perturbado por los mecanismos defensivos frente a la misma. Frente a la entrevista y durante la misma se pueden incrementar tanto su ansiedad como sus mecanismos defensivos, porque lo desconocido que se enfrenta no es solo una situación externa nueva, sino también el peligro de lo que desconoce de su propia personalidad.

La ansiedad del entrevistador es uno de los factores más difíciles de manejar, porque ella es el motor del interés en la investigación y del interés en penetrar lo desconocido. Toda investigación requiere la presencia de ansiedad frente a lo desconocido y el investigador tiene que poseer la capacidad para tolerarla y poder instrumentarla, sin lo cual se cierra la posibilidad de una investigación eficaz; esto último ocurre también cuando el investigador se ve abrumado por la ansiedad o recurre a mecanismos defensivos frente a la misma (racionalización, formalismo, etc.).

➤ El entrevistador

El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, que entra si o si en juego en la relación interpersonal; con el agravante de que el objeto que debe estudiar es otro

ser humano; el contacto directo con seres humanos enfrenta así al técnico con su propia vida, su propia salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones. Si no gradúa este impacto su tarea se hace imposible: o tiene mucha ansiedad y entonces no puede actuar, o bien bloquea la ansiedad y la tarea es estéril.

El entrevistador debe operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo fuera de esta identificación, observando y controlando lo que ocurre, de manera de graduar así el impacto emocional y la desorganización ansiosa.

Esta disociación con la que tiene que operar el entrevistador es a su vez funcional o dinámica, en el sentido que tiene que actuar permanentemente la proyección e introyección, y tiene que ser lo suficientemente plástica o “porosa” para que pueda permanecer en los límites de una actitud profesional.

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

La defensa obsesiva se manifiesta en cambio en entrevistas estereotipadas en que todo está arreglado y previsto, en la elaboración rutinaria de historias clínicas; la entrevista se transforma en un ritual. Otro riesgo es el de la proyección de los propios conflictos sobre el entrevistado y una cierta compulsión a ocuparse, indagar o hallar perturbaciones en la esfera en que las está negando en sí mismo.

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

Cuanto más psicópata el entrevistado, tanto más fácil se posibilita que el entrevistador asuma y actúe los roles.

➤ El entrevistado

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

Schilder ha reunido en cinco grupos los individuos que concurren al médico ellos son: 1) lo que concurren por quejas corporales; 2) por quejas mentales; 3) por quejas debidas a la falta de éxito; por quejas referentes a dificultades en la vida diaria; 5) por quejas de otras personas. Siguiendo en cambio la división de P. Riviere de las áreas de conducta, se pueden considerar tres grupos, según que el predominio recaiga sobre los síntomas, quejas o problemas en el área de la mente, del cuerpo o del mundo externo. El paciente puede tener quejas o acusaciones, en el primer caso predomina la ansiedad depresiva mientras que en el segundo la ansiedad paranoide.

Se puede reconocer y diferenciar entre el entrevistado que viene a la consulta del que traen o aquel que “lo han mandado”. El que viene, tiene un cierto *insight* de su enfermedad y corresponde al paciente neurótico; mientras que el psicótico, en cambio, es traído. El que no tiene motivos para venir pero viene porque lo han mandado, corresponde a la psicopatía: es aquél que hace actuar a otros y delega en otro sus preocupaciones y malestares.

El que viene a la consulta es siempre un emergente de los conflictos grupales de la familia; diferenciamos además entre el que viene solo y el que viene acompañado, que representan distintos grupos familiares.

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

Otro tipo es el que viene acompañado por una persona, familiar o amigo, que es el caso del fóbico que necesita acompañante.

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

➤ Funcionamiento de la entrevista

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

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

Tampoco debe ser utilizada como una gratificación narcisista en la que se juega de mago con un despliegue de omnipotencia. La curiosidad debe limitarse a lo necesario para el beneficio del entrevistado. Todo lo que sienta como reacción contratransferencia debe ser considerado como un dato de la entrevista, no debiendo responder ni actuar frente al rechazo, la rivalidad o la envidia del entrevistado.

La petulancia o actitud arrogante o agresiva del entrevistado no debe ser ni cómoda ni sometida; no se trata ni de triunfar ni de imponerse al entrevistado. Lo que nos corresponde es averiguar a qué se deben, como funcionan y qué efectos acarrea al entrevistado. El entrevistado tiene derecho, aunque tomemos nota de ello e inclusive advirtamos al mismo entrevistado sobre su represión o su desconfianza.

La apertura de la entrevista tampoco debe ser ambigua, pronunciando frases generales o de doble sentido. El entrevistado debe ser recibido cortésmente pero no efusivamente; si se tiene datos del entrevistado proporcionada por otra persona, se le debe informar tanto como anticipar al informante, al comienzo de la entrevista que estos datos no serán mantenidos es en reserva.

La reserva del entrevistador para con los datos que proporciona el entrevistado se halla implícita en la entrevista, y si de la misma se eleva un informe a la institución, esto debe también conocerlo el entrevistado. La reserva y el secreto profesional rigen también para los enfermos psicóticos y para el material de las entrevistas con los niños; en este último caso, no debemos sentirnos autorizados para relatarle a los padre detalles de la entrevista con sus hijos.

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

➤ La interpretación

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

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

Además, siempre que se interprete, se debe saber que la interpretación es una hipótesis que debe ser verificada o rectificada en el mismo campo de trabajo por la respuesta que movilizamos o

condicionamos al poner en juego dicha hipótesis. El óptimo alcance de una entrevista es el de la entrevista operativa, en la cual se tiende a comprender y esclarecer un problema o una situación que el entrevistado aporta como centro o motivo de la entrevista.

II. Observación

Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recogida de datos. Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándose de técnicas.

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

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

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

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

➤ Las etapas de la observación

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

- Se plantea un objetivo. Se especifica lo que ha de ser observado.
- Recogida de datos
- Definir las variables a observar.
- Costo en tiempo y en gasto económico.
- Decidir el muestreo de datos.
- Análisis e interpretación de los datos recogidos.
- Elaborar conclusiones o incluso replanteamientos.
- Comunicación de los resultados: Informe sobre si los hallazgos son o no relevantes.

En el caso de que la observación se complemente con la entrevista y/o la evaluación psicológica, se deberá adaptar los objetivos de observación a los objetivos de la entrevista y/o evaluación. Usualmente en los casos de evaluación psicológica, se planifica la observación en tres etapas: antes, durante y después de la ejecución de la prueba, siendo más riguroso el registro en el caso de las pruebas de inteligencia, principalmente si son ejecutivas, así como en las técnicas proyectivas.

En el caso de la entrevista, la observación debe registrar las reacciones ante determinados estímulos que el examinador proporciona para realizar las evaluaciones parciales de los procesos psicológicos, como por ejemplo: memoria, orientación, atención, pensamiento, lenguaje, gestos, mímica, postura y marcha entre otros; estos datos nos darán una impresión general de la persona, que conjuntamente con su apariencia general orientan las hipótesis de trabajo del examinador.

➤ Ventajas y limitaciones

Ventajas:

- ✓ Permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad.
- ✓ Permite percibir formas de conducta que en ocasiones no son demasiado relevante para los sujetos observados.

- ✓ Existen situaciones en las que la evaluación sólo puede realizarse mediante observación.
- ✓ No se necesita la colaboración activa del sujeto implicado.

Limitaciones:

En ocasiones es difícil que una conducta se presente en el momento que decidimos observar.

- ✓ La observación es difícil por la presencia de factores que no se han podido controlar.
- ✓ Las conductas a observar algunas veces están condicionadas a la duración de las mismas o porque existen acontecimientos que dificultan la observación.
- ✓ Existe la creencia de que lo que se observa no se puede cuantificar a pesar de que ya existen técnicas para que se puedan observar correctamente y replicar, etc.

III. Test

Los test son técnicas que se aplican a casos concretos con fines utilitarios. Lo que se mide es la exteriorización de ciertas acciones de un sujeto, que permiten catalogarlo en ciertas categorías. Así los test de capacidad intelectual, nos dicen el grado de coeficiente intelectual de una persona, los test psicológicos nos hablan de su carácter y personalidad, los que son utilizados muchas veces por las empresas en su selección de personal. Son muy utilizados los test vocacionales, para descubrir la orientación que poseen las personas para el ejercicio y aprendizaje de ciertas profesiones, a partir de preguntas o dibujos, Para tener eficacia deben ser interpretados por personas idóneas.

III.1 Tests psicológicos

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

Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provoca puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto.

La construcción del test debe procurar que el comportamiento específico ante determinado reactivo represente lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde se pone en ejecución real la capacidad que el test pretende evaluar.

❖ Clasificación general

- La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes. Test Psicométricos: que básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetivizada.
- Test Proyectivos: inscritos dentro de la corriente dinámica de la Psicología, parten de una hipótesis menos estructurada que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona para así presumir rasgos de su personalidad, la actividad proyectiva puede ser gráfica (Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP), o narrativa (T.A.T, Symonds, CAT, Rorschach), su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

❖ Clasificación por niveles

Tradicionalmente el uso de los test está reservado para los psicólogos, y la mayoría de las legislaciones nacionales e internacionales con respecto al ejercicio de la Psicología lo contemplan de esta manera, no obstante existe una clasificación dirigida a regular este particular:

- Tests de Nivel I: pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicólogos luego del entrenamiento debido por parte de un psicólogo (educadores,

psicopedagogos, médicos, etc.), quizás el exponente más obvio de los Test Nivel I son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimientos y de selección e ingreso a instituciones educativas.

- Tests de Nivel II: pueden ser aplicados por profesionales no psicólogos pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, de la familia que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.
- Test de Nivel III: son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos se encuentran las Escalas de Wechsler (WAIS, WISC y WIPSI), el Test de Bender, el MMPI 2 y A, el T.A.T., el Rorschach y las baterías neuropsicológicas (Luria, Halstead-Reitan, K-ABC, etc.)

❖ Áreas de aplicación

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

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

- Psicología clínica: quizás la más popularmente relacionada con el uso de tests, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas

lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

- Psicología educativa y orientación vocacional: en esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.
- Psicología organizacional y laboral: al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado.

IV. Manuales de psicodiagnóstico

IV.1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR)

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

La edición vigente es la cuarta (DSM-IV-TR), texto revisado. Ya se ha publicado un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV, provoca controversia entre los profesionales en cuanto a su uso diagnóstico. Su publicación está prevista para mayo de 2013.

La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

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

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

❖ Historia y contexto

El DSM, en su primera versión (DSM-I), al igual que la CIE, surgió de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo respecto a qué contenidos debería incluir y, también, respecto al método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Algunos eventos importantes para la creación del DSM fueron los siguientes:

- La necesidad de recolectar datos de tipo estadístico en relación con los trastornos mentales, para el censo de 1840 en los Estados Unidos.
- El trabajo conjunto de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA) y la Academia de Medicina de Nueva York para la elaboración de una nomenclatura aceptable para todo el país (para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas).

Fue así como en 1952 surgió la primera edición, DSM-I, como una variante del CIE-6. Debido a los desacuerdos que siguieron presentándose tanto respecto al DSM como respecto al CIE, se fueron generando nuevas versiones de cada uno. Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR), y el CIE utiliza la versión CIE-10.

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

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

❖ Diagnóstico a través del DSM-IV

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

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

IV.2 Clasificación estadística internacional de enfermedades décima edición (CIE-10)

La CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

❖ Historia

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

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

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

❖ Mapeos y referencias cruzadas con CIE- 9

La aplicación CIEmaps en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España combina los recursos de terminología y clasificación de CIE-9-MC y CIE-10. Da acceso a los índices alfabéticos, listas tabulares, clasificaciones suplementarias, apéndices y manuales de normativa.

Cuenta con una modalidad de búsqueda avanzada que permite localizar las entradas alfabéticas que apuntan a cualquier código, e incluye además un navegador de mapeos (correspondencias o equivalencias entre códigos) para comparar código a código los recursos de las dos clasificaciones.

IV.3 Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)

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

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

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

Esto es de particular importancia en el diagnóstico de las formas atípicas de los trastornos mentales en que no hay criterios diagnósticos específicos para tales formas atípicas. No obstante, la ausencia de satisfacción de los criterios diagnósticos de la Guía se aclarará mediante el uso de las siguientes siglas: D.N.P. (diagnóstico no pautado) si no se ha satisfecho los requisitos diagnósticos de la GLADP, o estos no han podido ser revisados. En este último caso, los requisitos diagnósticos proveídos por la Guía deben revisarse tan pronto sea posible, a fin de ofrecer al paciente una mayor certeza diagnóstica.

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

Debe tenerse en cuenta que algunos pacientes (con depresiones, por ejemplo) pueden tener manifestaciones típicas de su entorno cultural o edad, no recogidas en los criterios diagnósticos. En tales situaciones, si el cuadro es típico se considerará que cumple los requisitos diagnósticos. Sólo es obligatorio hacer referencia al cumplimiento de los indicadores de la GLADP, pero si así se desea se puede señalar la satisfacción de las pautas de otros sistemas. Ejemplo: F40.0 Agorafobia (CDI, DSM-IV, SCAN) Se da por sentado que en este caso están satisfechas las pautas de la GLADP.

La sección dedicada a trastornos mentales cuenta con 10 categorías principales. El primer carácter, la letra F, identifica a todos los trastornos de esa sección; el segundo (del 0 al 9) se utiliza para individualizar cada una de las 10 categorías ya mencionadas, las cuales, a su vez, están subdivididas en otras tantas categorías menores de tres dígitos. Un cuarto dígito es empleado para especificar los trastornos contenidos en cada categoría de 3 caracteres y el quinto suele ser utilizado para codificar frases calificativas, aunque excepcionalmente se use con los mismos objetivos que el cuarto.

2.4 Psicoterapia

2.4.1 Antecedentes

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Existen muy diversos marcos teóricos para ello, ejemplos de ellos:

- Rediseñar la funcionalidad de las conductas (Modificación de conducta).
- La interpretación que hacemos de la realidad (Terapia cognitiva, ejemplo de terapia cognitiva es la corrección de Distorsiones cognitivas (Aaron T. Beck).
- «Consejo no-directivo» desde la Psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers: que según su obra se postula mediante dos teorías de la personalidad en el proceso terapéutico, en torno al sí-mismo (o self).

A cada una de estas concepciones, para cada una de las escuelas o corrientes, se las llama en conjunto «psicoterapia». Además, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teórico-prácticas.

En España la entidad acreditadora más antigua tanto de psicoterapeutas como de programas de formación en psicoterapia es la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (F.E.A.P.). Desde esta entidad se entiende por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones del comportamiento, la adaptación al entorno, la salud psíquica y física, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.

Por lo tanto, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-especializado, que se especifica en diversos y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas. Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza fundamentalmente verbal y persiguen la reducción o eliminación de los síntomas, a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o de los sistemas en los cuales vive inmerso el individuo.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación (llegando incluso a configurarse distintos paradigmas). Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

1. El contacto directo y personal entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
2. La calidad de «relación terapéutica» del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de privacidad o confidencialidad de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia (código deontológico).

Por esto, la habilitación de quienes pueden ejercer la psicoterapia requiere de un proceso de entrenamiento guiado por terapeutas que cuentan con mayor tiempo de experiencia o estudios dentro del campo respectivo.

A principios del siglo XXI la relación entre el psicoterapeuta y el cliente comenzó a efectuarse a través de internet generando una nueva modalidad de intervención llamada ciberpsicoterapia.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

La psicoterapia es conocida como una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un terapeuta socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el terapeuta busca aliviar el malestar y la discapacidad del paciente mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero a veces también mediante actividades corporales. El terapeuta puede implicar también a los familiares y otras personas significativas del paciente en los rituales de curación.

La psicoterapia incluye también a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida, lo que puede usarse como oportunidad para el crecimiento personal. Toda psicoterapia incluye al menos nueve aspectos comunes, como por ejemplo constituir un intercambio de un servicio por un pago. Más allá de las metas específicas de cada paciente, hay metas fundamentales como ayudar a los pacientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza, o ayudarlos a adquirir *insight* de situaciones.

La psicoterapia busca producir cambios en la vida del cliente, para lo cual debe lucharse contra las resistencias al cambio. La terapia es ante todo una relación entre dos personas que comparten e intercambian información, sentimientos y actitudes. Entre esas personas debe establecerse una alianza, o sea, trabajan juntos para un objetivo en común: el cambio terapéutico.

Puesto que la psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, el resultado terapéutico satisfactorio dependerá tanto de las competencias o habilidades interpersonales del terapeuta, como de su dominio de la técnica. Kleinke trata también la psicoterapia como profesión, que da satisfacciones pero que también conlleva riesgos, y describe cinco áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad).

Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores: evaluar la posibilidad de éxito del cliente; preparar a los clientes para la terapia; y acomodar la terapia al cliente.

La tarea principal de un terapeuta es evaluar donde se encuentran bloqueados los clientes, qué hacen para superar el bloqueo, y cómo puede influir sobre ellos beneficiosamente para salir de la situación.

Los elementos que deben tenerse en cuenta para hacer estas evaluaciones son los siguientes:

- 1) Como el paciente establece sus relaciones interpersonales (competencias sociales generales, manejo de relaciones íntimas, proceso de socialización).
- 2) Pensamientos y sentimientos (competencias intelectuales, aptitud para reconocer sentimientos, excitaciones emocionales adecuadas, equilibrio entre pensar y sentir, etc).
- 3) Formas de percibir el yo y la vida (expectativas realistas hacia uno mismo y sus metas en la vida, capacidad para sentir placer y satisfacción saludables, voluntad para mantener una meta, etc.).
- 4) evaluación de esquemas inadaptativos (autonomía, privación emocional, abandono, aislamiento social, valía personal, límites y normas).

El establecimiento de metas y la terminación son dos procesos están relacionados entre sí, porque la terminación exitosa del tratamiento es una meta terapéutica importante. Los terapeutas son en cierto modo filósofos con sus propias concepciones acerca de la naturaleza de las personas y de sus trastornos, y sus percepciones e interpretaciones que ofrecen a los clientes son necesariamente subjetivas.

2.4.3 Metas de la psicoterapia

La meta de la psicoterapia es ayudar a los clientes a contemplar su proceso de maduración con una mayor concienciación sobre de donde vienen y a donde van.

✚ De la patología al afrontamiento

La patología no es necesariamente un constructo explicativo. La persona llega a terapia debido a que las soluciones que están aplicando a sus problemas no funcionan. El trabajo del terapeuta es evaluar dónde se hallan estancados los clientes y ayudarles a superar el estancamiento mediante la modificación de sus comportamientos, actitudes y modo de pensar.

✚ Cambio en lugar de curación

El objetivo no es una curación total sino una mejoría significativa de las actuales dificultades interpersonales del paciente, incluyendo síntomas y comportamiento interpersonal inadaptativo. El objetivo del terapeuta es ayudar los pacientes a apreciar que el cambio es una posibilidad.

✚ El cliente es el responsable

Los síntomas y problemas de un cliente a menudo son una expresión de pérdida de control, la incapacidad del cliente o su falta de voluntad para controlar su vida. La tarea del terapeuta es animar al cliente a expresarse mediante excusas y animarle a emplear un lenguaje de responsabilidad.

2.4.4 Competencias de la psicoterapia

Las competencias interpersonales del terapeuta son un componente crítico del éxito en la psicoterapia. Los terapeutas competentes están técnicamente bien formados y son capaces de implementar de manera flexible intervenciones terapéuticas con una sensación de colaboración con el cliente.

A. Proximidad

El terapeuta próximo comunica al cliente un interés vital por lo que tiene que decir. Los terapeutas próximos son capaces de embarcarse en un diálogo activo con el cliente. La

proximidad por parte del terapeuta promueve un dialogo fluido en el que el cliente experimenta reconocimiento, confianza y estímulo para participar activamente en la sesión de terapia.

A.1 Competencias de la proximidad

Ser próximo requiere de las siguientes competencias:

- Habilidad para atender o que el cliente está intentando comunicar
- Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente.
- Energía para responder al ritmo demandado por el cliente
- Habilidad para comprender lo que el cliente está comunicando desde su punto de vista
- Estar entrenado en competencias básicas de entrevista

B. Competencias verbales

La competencia verbal es el término más general para la capacidad comunicativa de una persona, es la capacidad que abarca tanto el conocimiento de la lengua como la habilidad para utilizarla.

Las nueve competencias verbales son:

- ✚ Tanteo: el tanteo es una pregunta que formula el terapeuta para obtener mayor información.
- ✚ Clarificación: una clarificación es una pregunta utilizada para obtener mayor claridad acerca de lo que el cliente está diciendo. Las clarificaciones se utilizan para: Estimular a los clientes a elaborar un discurso, confirmar con el cliente que se está comprendiendo con precisión su mensaje y comprender mejor frases vagas.
- ✚ Paráfrasis: la paráfrasis es reformular las frases del cliente de una manera que comunique a éste que el terapeuta comprende lo que ha dicho.

- ✚ Reflejo: un reflejo es una reformulación de la emoción o afecto presente en una frase del cliente. Los reflejos son la forma principal que tienen los terapeutas de comunicar empatía hacia sus clientes así como la aceptación de sus sentimientos.
- ✚ Ofrecer información: a veces la desinformación o falta de información está comprometiendo la capacidad del cliente para tomar una decisión informada.
- ✚ Confrontación: las se utilizan para identificar mensajes confusos en el cliente y para explorar formas alternativas de percibir o interpretar situaciones problemáticas. La confrontación no debe estar dirigida hacia la persona del cliente, sino hacia la dificultad que está experimentando.
- ✚ Interpretación: la interpretación se utiliza para ayudar a los clientes a buscar significado y comprender los sentimientos, pensamientos y comportamientos. Los cuatro criterios para realizar interpretaciones efectivas son: momento oportuno, dosis mínima detalle concreto y enfoque individual.
- ✚ Recapitulación: las proposiciones se utilizan para ofrecer un encuadre y estructurar la sesión de terapia. Los terapeutas utilizan la recapitulación para identificar temas comunes, revisar el progreso y proporcionar un encuadre cuando las proposiciones del cliente parecen estar inconexas.
- ✚ Preguntas: el uso más obvio de las preguntas es para obtener hechos. preguntas sobre búsqueda de hechos que se encuadren dentro del aquí, ahora, el qué y por qué, son denominadas preguntas.

C. El poder del Humor

El humor es útil en la psicoterapia cuando se emplea para transmitir esperanza y ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una perspectiva nueva y diferente. El humor es una valiosa competencia de afrontamiento cuando las personas pueden utilizarlo para tomar una posición activa con respecto a sus problemas, para seguir adelante confrontados a la adversidad y para evitar tomarse a sí mismos con demasiada serenidad.

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

A. Psicodinámico

En psicoterapia el término Psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con mayor relevancia histórica es el psicoanalítico, al que nos referiremos, aunque abarca también a otros "disidentes" del psicoanálisis como Adler y Jung.

El psicoanálisis fue creado por Freud (1856-1939). Su obra fue influenciada por Herbert (176 - 1841) que mantenía una idea asociacionista de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro preconscious; por Fechner (1801-1887), creador de la psicofísica, del que aprovechó su concepto de umbral para elaborar el concepto de censura; por Brucke(1819-1892) y T.Meynert (1833-1892), fisiólogos y maestros de Freud, de los que recoge conceptos como el de los procesos primarios y secundarios; por Brentano(1838-1917) del que deriva el concepto de Yo como función autónoma y por el desarrolló del método hipnótico y catártico de J. Breuer.

Seixas y Miró, a la hora de exponer el desarrollo de la obra de Freud, la divide en cuatro etapas:

1. La etapa pre fundacional (1886-1895): En ella Freud clasifica las neurosis y busca un método de tratamiento para las mismas. En esta época son relevantes sus obras: "Los estudios sobre la histeria" (1895, publicada con Breuer) y "Proyecto de una psicología científica para neurólogos (1895, obra que no llegó a publicar en vida). Desarrolla un modelo causal de las histerias basado en las experiencias traumáticas del sujeto que quedan a nivel inconsciente y desarrolla una teoría de los procesos psíquicos como energía que circula por determinadas estructuras cerebrales.
2. La etapa fundacional (1895-1895): Los rasgos sobresalientes de esta etapa son el desarrollo del método de la asociación libre y el abandono de la teoría de las experiencias traumáticas (seducción infantil). El método de la asociación libre lo comenzó a utilizar con el mismo (autoanálisis) y le sirvió para descubrir sus deseos incestuosos hacia su madre, que formuló como Complejo de Edipo y que extendió como fenómeno universal.

3. La etapa de la Psicología del Ello (1900-1914). Se fundamenta en el concepto de libido, que sirve como base a la teoría psicoanalítica. Por libido se entiende la fuente de energía del psiquismo, la pulsión sexual (aunque no limitada a lo genital), que puede reprimirse, descargarse, sublimarse, etc. Las transformaciones de la libido regulan la elección de objeto (relaciones personales) y la formación del carácter o estructura psíquica. Esta época pertenece "La interpretación de los sueños" (1900), "Psicoterapia de la vida cotidiana" (1904) y "Tres ensayos sobre teoría sexual" (1905). Concibe las neurosis como resultado de una regresión o fijación en el desarrollo psicosexual. Elabora la noción de Inconsciente en una primera teoría (primera tópica), los sueños como realizaciones inconscientes de deseos, la descripción de la estructura mental en consciente? preconscious? inconsciente, la descripción de los mecanismos de defensa y la diferencia psicosexual? Estructural entre hombre y mujer. Desde el punto de vista terapéutico se desarrolla el análisis de los sueños con el método de la asociación libre.
4. La etapa de la Psicología del Yo (1914-1939). En esta fase desarrolla su segunda teoría de la estructura mental (segunda tópica) que se organiza como fuerzas psíquicas en conflictos entre el Ello, el Yo y el Superyó. También introduce en las fuerzas pulsionales de la libido el concepto de pulsión de muerte (Tantos). A esta época pertenecen las obras: "Introducción a la metapsicología" (1915), "Más allá del principio de placer" (1920) y "El Ego y el Id" (1924). A partir de este 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) habían formado 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 sobre todo en las religiones.

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes: Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objétales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destaca las aportaciones de la llamada Psicología

del Yo y de las relaciones objétales (Sullivan, Hartan, Rapador, Ana Freud, etc). Otra tendencia destaca el papel de las experiencias tempranas en el funcionamiento de la personalidad (M.Klein, Mahler y J.Bowlby) .Una tercera línea intenta de aplicar el psicoanálisis a otras patologías distintas a la neurosis como las psicosis y los trastornos de personalidad (Fromm, Recaman, Sullivan, Chut y Cerner). Una cuarta línea destaca el papel de los aspectos psicosociales en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (Sullivan, Fromm, Erikson, etc). Una quinta línea, muy relevante para la psicoterapia, aplica formas breves de psicoterapia psicoanalítica basadas en la investigación (Mann, Sifones, Mallan, Davalo y Stripper). Otra sexta 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 más actual, intenta de acercar el psicoanálisis a los modelos de la psicología cognitiva (Erdelyi, Peterfreund, Volví, Arieta, etc.). La nota común es la diversidad.

A.1 Conceptos fundamentales

Se suele definir el psicoanálisis desde cuatro niveles (Aplanche y Pontalis, 1968; Baker, 1985):

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

A.2 Método terapéutico

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 la Resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (Regla básica de la Asociación Libre) y el terapeuta (Regla de Abstinencia Regla de la Atención Flotante).

La 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 analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente ha generado 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 analista 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 re experimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la 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 se van haciendo más 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 analizado, 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 contra transferenciales. El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayudan a estar atento a estas reacciones, como le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia, y a 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 periodo 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 (Strupp, Malan, Sifneos, etc).

A.3 El psicoanálisis según Lacan

Lacan desarrolla una teoría del sujeto que supone un retorno radical a Freud a través de su formulación del inconsciente estructurado como un lenguaje.

El psicoanálisis de la I.P.A (Asociación Psicoanalítica Internacional), según Lacan, se había alejado de los postulados freudianos a través de las teorías del yo. Postulaban el "yo autónomo" frente al inconsciente, con el riesgo de acercarse a las teorías psicológicas no psicoanalíticas; y a las formulaciones neo freudianas que postulaban una etiología sociocultural de los trastornos mentales.

Se trata de volver a Freud de manera radical, y afirmar que el yo no es el sujeto. El sujeto está dividido entre el yo (lo consciente) y el Otro con mayúsculas (el inconsciente). Esa división se debe al efecto del lenguaje. En contra de la tradición filosófica racionalista y empirista que sitúan al yo como centro racional o verificador de la experiencia, Lacan afirma: "Yo pienso donde no estoy; yo estoy donde no pienso". El lugar del sujeto de la consciencia no es el lugar del sujeto del inconsciente. El ser no está en la consciencia, sino en el Otro del inconsciente.

El inconsciente se estructura mediante tres registros: lo imaginario, lo simbólico y lo real.

Lo imaginario hace referencia a las identificaciones del sujeto con una serie de imágenes .El estadio del espejo, donde el niño ve por primera vez su imagen en el espejo, va a permitirle-y-

confundirle diferenciar su propio cuerpo del de otros. La relación afectiva posterior del sujeto con otros va a vincularse a la propia relación entre el mismo y sus imágenes de identificación.

Lo simbólico hace referencia a la entrada del lenguaje en la formulación de lo inconsciente. Nombrando su experiencia, dándole palabras, se sustituye el objeto por su representación simbólica. El objeto primordial que se sustituye es la ausencia de la madre. Su ausencia indica que ella desea en otra parte (hacia el padre). Esa ausencia va ligada al deseo del niño por su madre que se reprime mediante los significantes lingüísticos que se encadenan unos a otros. La cadena de significantes genera a su vez la metáfora. La metáfora genera una sustitución de unos significantes por otros, hasta el significante primero: el deseo de la madre. La metáfora del nombre del padre sustituirá al deseo de la madre. Esta representa que la madre desea el falo del padre, y al mismo tiempo una barrera para con el deseo de la madre para con el niño.

Lo real hace referencia a lo que escapa a la simbolización del lenguaje. La distinción entre el objeto real deseado y los objetos sustitutivos simbolizados definen también el lugar de lo real. En resumen, la constitución del sujeto (que no es el yo consciente), aparece con un sujeto que paga un precio: de un lado su división (vía represión) y por otro la pérdida que supone, la renuncia al objeto primordial.

También Lacan introduce en el aspecto terapéutico del psicoanálisis "las sesiones de duración variable". El tiempo del inconsciente no es el tiempo del reloj, y por lo tanto esto afecta a la duración de la sesión psicoanalítica. El paciente no sabe cuánto durará su sesión, ya que esta puede ser interrumpida en cualquier momento por el analista como ocasión para que surja el deseo inconsciente. La sesión se centra en el desarrollo de la cadena de significantes, a través de la asociación libre y las reglas terapéuticas. Ello permitirá, no sin grandes dificultades resistencias, que el inconsciente actúe como un lenguaje.

B. Humanista

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

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

A todas las orientaciones anteriores se les denomina "tercera fuerza" en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

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

Sin embargo, a pesar de estos antecedentes europeos, la psicología humanista es un fenómeno, básicamente norteamericano. Sus antecedentes más claros están en el "neopsicoanálisis" de K. Horney, E.Fromm, la psicología individual de Alfred Adler, los filósofos Tiliche y Martin Buber, residentes en EE.UU, y la escuela Gestarte, sobre todo a través de K.Goldstein que introduce en

este país la idea del organismo humano (su obra "El organismo" de 1934), como una totalidad impulsada hacia la autorrealización.

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

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

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

B.1 Conceptos fundamentales

El modelo de psicoterapia desarrollado por C. Rogers parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que un hacer algo al individuo, tratará de liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado (Rogers, 1951).

Carl Rogers

Uno de los obstáculos más poderosos para impedir la anterior tendencia es el aprendizaje de un concepto de si mismo negativo o distorsionado en base a experiencias de desaprobación o ambivalencia hacia el sujeto en etapas tempranas de su desarrollo (Raimy, 1948). Parte del trabajo de la terapia centrada en el cliente trata de facilitar que el sujeto se exprese con sus ambivalencias e impulsos hostiles y agresivos, de modo que este pueda reconocerse de manera integral.

Otro elemento fundamental para que el sujeto continúe su tendencia actualizante es el *experiencing*. Este consiste en la experimentación consciente de un sentimiento que hasta el momento fue reprimido. La experimentación de sentimientos reprimidos por ambivalentes, hostiles o irracionales que parezcan permite al sujeto actualizar su experiencia, ser "el mismo" y modificar el auto concepto distorsionado que estaba manteniendo hasta el momento.

De la manera anterior se da una interacción mutua entre la experiencia y el autoconcepto. Sin embargo el sujeto puede desarrollar una desconfianza hacia su propia experiencia emocional en base a las prácticas de educación y crianza en las que está inmerso. La presión del entorno (familia, colegio, etc.) puede hacer que el niño enfoque su conducta a agradar, llevarse bien, alcanzar el éxito, según es definido por instancias externas al mismo. El niño aprende que para ganarse la aprobación de los otros debe de actuar según unos criterios externos. De este modo puede sentir en privado, consciente o inconscientemente, deseos o sentimientos que inhibe en público.

El terapeuta centrado en el cliente tratará de desarrollar una serie de mecanismos de cambio (aceptación positiva incondicional, empatía y congruencia) mediante los que comunicará al sujeto la actitud de que experimentar su organismo, su subjetividad emocional es importante y esencial para su actualización y desarrollo personal (Rogers, 1957).

B.2 Método terapéutico

Básicamente el terapeuta parte de la idea de que su cliente tiene una tendencia actualizarse y un valor único y personal que está bloqueado o distorsionado por determinados criterios de aceptación externa (consideración positiva condicional). La terapia tratará de desbloquear el proceso anterior mediante la aplicación de tres estrategias o técnicas fundamentales: La Empatía Consideración positiva incondicional y La Congruencia (Rogers, 1957).

La empatía: refiere al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar a su cliente una comprensión de los sentimientos y significados expresados por este. Esto se hace mediante un ciclo de tres fases: 1) La resonancia empática del terapeuta a las expresiones del cliente, 2) la expresión de empatía por parte del terapeuta al cliente y 3) la recepción del cliente de la respuesta empática del terapeuta.

Consideración positiva incondicional: El terapeuta brinda la oportunidad al cliente a expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su auto aceptación. Para ello le acepta sin condiciones de valor y evita corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Esta actitud conlleva un aprecio hacia los sentimientos y la persona del cliente con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades.

La congruencia: Se refiere a la autenticidad del terapeuta ante su cliente particular. Para que este pueda mostrarse empático ha de ser congruente con sus propios sentimientos generados en la relación terapéutica. Tal congruencia se muestra tanto a nivel verbal como no verbal.

La terapia centrada en el cliente ha contribuido poderosamente a establecer una serie de condiciones que son necesarias en casi todas las psicoterapias, sobretodo en sus aspectos relacionales.

Se discute que sus tres condiciones básicas (empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia) sean condiciones suficientes para la psicoterapia, aunque sí parecen necesarias (pie Carkuff, 1979).

También es de destacar que los movientes actuales de psicoterapia (pie enfoques cognitivos constructivistas e integradores) se basan en gran parte en el enfoque experiencia expuesto por C. Rogers (p.e Bohart, 1992; Guidano, 1993). La emoción y su experimentación se consideran básicas en el proceso de cambio de la psicoterapia efectiva.

C. Conductista

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

A partir de 1950 surgen tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta: En Inglaterra H. J. Eysenck (1952) publica su acido artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis (entiéndase terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofármacos). Este autor siguiendo la tradición de Pablo basa su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. Desde Surafrica, Wolpe (1958) desarrolla un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis, basado en el condicionamiento clásico y en la "de sensibilización sistemática". Este autor muestra en sus obras como esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis. El tercer foco deriva de los E.E.U.U donde la

obra de B.F.Skinner basada en el condicionamiento operante se aplica con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes psicóticos.

En 1959, Eysenck introduce el término terapia de conducta para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje (clásico y operante) y en una metodología científica de tratamiento. En la década de 1960, se desarrolla por Bandera (1969) el tercer tipo de aprendizaje humano relevante: el aprendizaje por imitación o modelado. En la siguiente década, los años setenta comienzan a cuestionarse la suficiencia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivo-conductuales como el paradigma A-B-C (Acontecimiento-Cognición-Consecuencia) de Ellis(1962), los enfoques cognitivos de la depresión de Beck (1966), los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum(1977) y la teoría de las expectativas de auto eficacia de Bandera (1977) dentro de su enfoque de aprendizaje social.

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

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

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

utiliza con profusión las técnicas conductuales como procedimiento de cambio de significados cognitivos. Nosotros trataremos estas terapias en otro punto por tener algunas características distintivas a estos modelos conductuales.

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

1. La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma "superficial" de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.
2. La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.
3. La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta.
4. La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.
5. El estudio del "sujeto conductual" consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.
6. El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como se suele malinterpretar, sino más bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta (Skinner, 1974).
7. La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingencia les actuales.
8. El terapeuta de conducta "siente" un profundo respeto por la persona de su paciente, y le informa de sus intervenciones, de las que suele pedir consentimiento. La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta. Los terapeutas de conducta están

profundamente interesados en mantener una adecuada relación terapéutica con sus clientes.

C.1 Conceptos fundamentales

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que podemos agrupar en los cinco siguientes (Grimm y Cunningham,1988): (1º) La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta(salvo en el caso de los conductistas cognitivos); (2º) La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos; (3º) La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por moldeamiento).

El paradigma del condicionamiento clásico se refiere al aprendizaje basado en la asociación de un estímulo neutro, que posteriormente adquirirá poder para felicitar la conducta (estímulo condicionado) al asociarse con un estímulo incondicionado. Aunque el condicionamiento clásico supone que el estímulo condicionado antecede por lo general al incondicionado; también existe el caso inverso donde el estímulo condicionado sigue al estímulo incondicionado, es el llamado condicionamiento hacia atrás.

El condicionamiento clásico ha sido propuesto para explicar y tratar diversos fenómenos neuróticos. La llamada Teoría de los dos factores (Mowrer, 1946) propone que la respuesta de ansiedad se condiciona a un estímulo neutro (primer factor) y que la respuesta de escape o evitación es reforzada por la reducción de la ansiedad, como respuesta operante (segundo factor). Eisenach (1982) desarrolla su teoría de incubación del miedo donde el estímulo condicionado de carácter fuerte puede adquirir las características del incondicionado, aunque este no termine presentandose, manteniendose la respuesta ansiosa sin extinguirse (la llamada paradoja neurótica).

El paradigma del condicionamiento operante se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular (estímulo discriminativo) se hace más probable si es seguida de una consecuencia o contingencia reforzante. En este paradigma la conducta no está controlada por sus

antecedentes (no es una E- R) sino por sus consecuencias (R-C). Si una conducta aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso reforzamiento positivo. Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un estímulo aversivo, se denomina a ese proceso como reforzamiento negativo. Si la probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como castigo. Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes (positivas o negativas) se denomina al proceso como extinción.

Los principios del condicionamiento operante han sido propuestos para explicar y modificar diversas conductas anormales como la depresión (Lewinsohn, 1974), evitación o "defensas" de los trastornos neuróticos (Mowrer, 1949), conducta histriónica (Ulmén y Krasner, 1969), esquizofrenia (Ulmén y Krasner, 1975), problemas de la pareja (Lineman y Rosenthal, 1979), toxicomanías (Kepner, 1964), etc.

El tercer paradigma es el llamado condicionamiento vicario o aprendizaje por moldeamiento o imitación. Las personas no solo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los resultados de sus acciones sino también por observación de como actúan otras personas reales o actores simbólicos (historias, relatos, etc). Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para relacionarse con los demás y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas están mediados por este proceso.

También los conductistas más actuales han destacado no solo el papel del aprendizaje y la cultura social en la conducta humana sino también la importancia de los factores biológicos. Por ejemplo, tanto Eisenach (1967) como Gray (1975) postulan bases biológicas para las diferencias de personalidad entre los sujetos; y Solimán (1971) desarrolla su teoría de las fobias preparadas biológicamente.

Otro aspecto destacable son las teorías del autocontrol y el interaccionadme reciproco. Aunque la persona está en gran parte controlada por sus contingencias ambientales y su historia de aprendizaje, su propio repertorio conductual le permite ejercer cierto autocontrol sobre su propia conducta y sobre el entorno, de modo que este y ella (la persona y el entorno) se modifican recíprocamente (Skinner, 1975; Bandura, 1984).

Queda claro que el conductismo actual está lejos de ser una simple teoría Estimulo - Respuesta.

C.2 Método terapéutico

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnostico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en "traducir" el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como "cogniciones", "emociones" y "conductas") y en determinar las variables que las mantienen (organismicas-mediacionales, antecedentes estimulares y contingencias de refuerzo) (Cónfer y Saslow, 1967).

El anterior proceso determina de qué variables es función la conducta estudiada y guía el proceso de selección de las técnicas terapéuticas. En la mayoría de los casos el terapeuta comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir.

También hay que destacar que la misma Relación Terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente). Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función (Edelstein y Yoman,1991).

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de Técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo de las mismas más adecuado es cuando deriva en análisis funcional del problema en cuestión. De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan:

1. Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: La más conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de sensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse más o menos gradualmente a las fuentes estimulares de su ansiedad, miedos, verguenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La de sensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.
2. Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (Reforzamiento, Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, etc) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas (Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos, etc..).
3. Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Afectividad.
4. Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son el autor registros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación- Valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos-Conductuales o conductistas cognitivos.

Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico (Pavlov, Watson), moderno (Skinner, Bandura..) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum..).

Los desarrollos actuales del conductismo y la terapia de conducta se mueven entre dos polaridades más o menos extremas, los que defienden los principios conductistas más radicales (Conductismo Radical de Skinner), los que combinan principios conductistas y cognitivos (Psicólogos Cognitivos-Conductuales (Beck, Ellis...)) y aquellos que se consideran ajenos al conductismo, aunque conectados históricamente al mismo (Psicólogos Cognitivos-Constructivistas como Mahoney y Guidano). Estos tres grupos a su vez suelen ser denominados en la psicoterapia como pertenecientes a la Modificación de Conducta. Aunque sus objetivos filosofías y métodos suelen ser diversos, por lo general son complementarios, al intervenir sobre distintos niveles, áreas o dominios conductuales

D. Sistémico

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

La línea dominante en esta década era el neopsicoanálisis (Fromm, Sullivan, Horney..) que ponía énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos como la familia intermediaba la

interiorización de determinadas orientaciones de valor "patológico" social en sus miembros. Desde esta perspectiva surgieron conceptos como el de la "madre esquizofrenógena" de Fromm-Reichman (1948) o "madre perversa" de Rosen (1953) para explicar la génesis y mantenimiento de psicopatologías como la esquizofrenia.

La siguiente década, años 60, supone un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto en E.E.U.U, a partir del estudio de Gregory Bateson sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, genera su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguirán la línea comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley, etc...). Otro autor destacado es Minuchin que también en E.E.U.U estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia (Minuchin, 1967) y que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar. Y un tercer grupo que también trabaja en esta época en este país de manera independiente es el formado por Lidz, Wynne, Bowen y Whitaker.

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

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

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

- La Escuela Interaccional del MRI (*Mental Research Institute*) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Batenson. Su aportación más significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick, Weaklan y Fisch "Cambio"(1974). Para estos autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo problema-solución intentado. Para ello distinguen entre los llamados Cambios-1 (Que supuestamente siguen la "logica" intentado lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los Cambios-2 (Que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido comun, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar) .Una aportación relevante de esta escuela es que su modelo ha sido aplicado tanto a familias como a clientes individuales.
- La Escuela Estructural-Estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin .Se centra sobre todo en los llamados sistemas triádicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las dediciones de la familia del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas(a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.
- La Escuela de Milan alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica (generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa). Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones como en los otros enfoques intenta de modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación

positiva del síntoma (a menudo en términos de "sacrificio" para un bien mayor", que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas.

Los desarrollos más actuales de los modelos sistémicos se centran más en los modelos epistemológicos y cognitivos, en concreto en los llamados modelos constructivistas (que son también una fuerza emergente en la terapia cognitiva). Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (Premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema (Cecchin, 1987; Anderson, 1988; Procter, 1985). Se trata en suma de "reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa (Anderson y Goolishian, 1988).

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

D.1 Conceptos fundamentales

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

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

- La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (p.e de los padres) involucrando a una tercera (p.e un hijo).
- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.
- La información se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo (descrito en un apartado anterior), la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, p.e pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar...), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (p.e padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.).
- La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (p.e escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un conyuge, etc). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

D.2 Método terapéutico

Aunque los métodos terapéuticos empleados por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos más o menos comunes a todas ellas. En primer lugar el terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema solución intentada (p.e Watzlawick) y quiénes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (límites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (límites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda (quien y como se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia(en la línea de Selvini-Palazzoli).

Este proceso diagnóstico suele conllevar entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento "comprometido").

La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentara la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, entre los que destacan:

- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptandose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.
- El uso de la resistencia: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia se puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo "¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?", de modo que al sistema solo le queda la

alternativa de seguir lo indicado o su opuesto. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio.

- Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.
- Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.
- Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar ("¿Cuando X actuó así como reaccionó Y a esa conducta...y Z ante la reacción de Y...?").

Actualmente en la terapia sistémica existen dos grandes corrientes: Una de tipo más "conductual o pragmática" centrada en el estudio de las secuencias intergeneracionales y en su modificación (su representante más fuerte es Haley) y otra de tipo más "cognitivo o constructivista" centrada en las creencias familiares, sus estilos de construcciones narrativas comunes y el desarrollo de narraciones alternativas (Procter, Anderson, etc...).

2.4.6 Formas de psicoterapia

2.4.6.1 Psicoterapias psicodinámicas

La terapia psicodinámica o terapia psicoanalítica surge de la teoría que desarrolló Sigmund Freud sobre el modelo psicoanalítico y los desarrollos posteriores que se han ido haciendo hasta la actualidad a partir de ella. Se entiende en líneas generales que cuando una persona está teniendo

síntomas necesitaría hacer un proceso terapéutico que le ayude a tomar más conciencia de algunos aspectos de si mismo y del significado de estos síntomas.

En principio, se puede decir que llega una persona al tratamiento que está sufriendo, que no sabe por qué le suceden las cosas que le suceden, que ha intentado todo tipo de explicaciones y de cambios y, sin embargo, hay "algo" que se presenta como ingobernable a toda voluntad haciéndole tropezar una y otra vez, aparentemente, con el mismo obstáculo.

I Psicoanálisis

El psicoanálisis es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896. A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influenciado a muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

El concepto de «psicoanálisis» designa, por una parte, aquel modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana. Este modelo se basa en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de casos de neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos. Por otra, «psicoanálisis» se refiere también a la terapia psicoanalítica misma, es decir, a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos. Finalmente, «psicoanálisis» puede referirse además al *método psicoanalítico*: un método de investigación que ha sido aplicado más allá de la psicología clínica individual, al análisis de fenómenos culturales, por ejemplo en etnología y antropología (entre otras disciplinas).

El desarrollo del psicoanálisis es permanente en estos tres aspectos por parte de investigadores y clínicos, si bien cabe remarcar que tal segmentación del campo psicoanalítico no puede ser otra cosa que una esquematización descriptiva, y que en ningún caso da cuenta de la estructura propia del psicoanálisis donde teoría y práctica se encuentran ligadas sin poderse dar la una sin la otra. Freud sostuvo que una de las glorias del psicoanálisis era la coincidencia de investigación y tratamiento, si bien aclara que la técnica de ambas difiere.

El psicoanálisis moderno se caracteriza por el pluralismo teórico, metódico y terapéutico. Si el psicoanálisis puede ser considerado una teoría científica es un asunto que en círculos académicos y profesionales continúa siendo controvertido, la definición clásica de Freud incluye, según resumen Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis, los siguientes tres aspectos:

- Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres.
- Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra *psicoanálisis* como sinónimo de *cura psicoanalítica*; ejemplo, emprender un psicoanálisis (o un análisis).
- Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

I.1 Técnicas del psicoanálisis

- No se debe interpretar las ocurrencias del paciente hasta que no esté establecida la transferencia (*rapport*).
- No se debe comunicar una solución de un síntoma antes de que el paciente este próximo a ello.
- El motor de la terapia es el deseo que tiene el paciente de mejora , pero por si sola no elimina la enfermedad. Para ello le faltan dos cosas, por un lado los caminos que hay que recorrer para llegar a la cura y la energía para superar las resistencias. Pero el análisis remedia ambos déficit, supera las resistencias movilizand las energías afrontadas para

la transferencia y mediante las comunicaciones oportunas muestra al enfermo los caminos por los cuales encauzar esas energías.

- La transferencia basta para eliminar los síntomas mientras exista, así solo es un tratamiento sugestivo y no psicoanálisis, si lo será si se usa para vencer las resistencias.
- La primera comunicación se hace una vez establecida la transferencia y las sucesivas para eliminar la perturbación que produce la aparición de las resistencias transferenciales.

La nueva técnica de Freud: el psicoanálisis.

Se dio cuenta que el método hipnótico tenía ciertas limitaciones y que las vivencias inconscientes podían recordarse incluso sin hipnosis. De esto se dio cuenta a través del experimento de Berheim (sugestión pos hipnótica): Un enfermo no podía recordar lo que había sucedido durante el estado hipnoide, pero Berheim insistió en que hiciera memoria y poco a poco el enfermo recordó todos aquellos sucesos.

Para llegar al trauma se vio obligado a elaborar una nueva técnica, estimulando a los pacientes para que recordaran. Esto le va a ir confirmando que las cosas se olvidan cuando no se las quiere recordar, porque son dolorosas y contrarias a la ética y a la estética. Ese olvido se producía ante sus ojos en el tratamiento, encontrando que sus pacientes no querían recordar porque había una fuerza psíquica que se oponía al recuerdo, descubriendo la resistencia, que se va a convertir en la piedra angular del trabajo psicoanalítico, pues descubre el conflicto de fuerzas entre el deseo de recordar y el deseo de olvidar.

Es conveniente que el paciente hable libremente, ese fenómeno de la resistencia dio pie a la teoría de la represión, que permitió dar paso a una nueva técnica, la técnica de asociación libre, que se introduce como la regla fundamental que consiste en que el paciente tiene que expresar todos sus pensamientos sin omitir nada.

Se descubren nuevos hechos, frente a los cuales la teoría del recuerdo y del trauma fueron cediendo paso a la teoría de la psico-sexualidad, pues el conflicto ya no es sólo entre el deseo de

recordar y el de olvidar, sino más profundamente entre las fuerzas pulsionales enfrentadas (las dinámicas psíquicas más inconsciente = conflicto entre instancias represoras e instancias reprimidas).

Gracias a esa nueva técnica se van a multiplicar los descubrimientos. En este contexto aparece la interpretación como instrumento técnico fundamental. De esta manera al paciente hay que darle información sobre sí mismo y lo que le pasa, que el ignora, para que comprenda su realidad psicológica, esto es la interpretación.

En la primera década del siglo, la teoría de la resistencia se amplía en dos sentidos:

- Se descubre lo inconsciente, lo resistido, con sus leyes de desplazamiento y condensación y sus contenidos, la teoría de la libido.
- Surge la teoría de la transferencia, forma precisa de definir la relación médico- paciente, ya que la resistencia siempre se da en términos de la relación con el médico.

La teoría de la transferencia repercutió en la técnica, apareciendo la posición del analista en espejo, reflejando lo que le es mostrado. Si no existiera esta teoría no tendrían razón de ser estos consejos. Surgiendo de nuevo la interacción estrecha entre técnica y teoría que es específica del psicoanálisis. Esta interacción también llevo a que el encuadre se hiciera más estricto y adecuado.

I.2 Aplicaciones del psicoanálisis

Las asociaciones pueden surgir de manera completamente espontánea (asociación libre propiamente tal, en sentido estricto) o inducidas por algún elemento de un sueño o por cualquier otro objeto de pensamiento (por ejemplo una fantasía).

En un sentido nato, las asociaciones inducidas por una palabra-estímulo (por ejemplo en los experimentos de asociación verbal de Francis Galton, Wilhelm Wundt o Carl Gustav Jung y la Escuela de Zúrich) también se han englobado en el concepto más general, aunque en el sentido estricto una asociación libre debe surgir espontáneamente, sin estímulo inductor.

Para el psicoanálisis es justamente la observancia de esta técnica esencial la que contribuye a que afloren las representaciones inconscientes, actualizando los mecanismos de resistencia. Cuanto más libres sean las asociaciones, tanto más probable será que los contenidos inconscientes aparezcan en la sesión analítica.

Con el objeto de que el analizado pueda asociar libremente de manera óptima, el encuadre o *setting* terapéutico debe garantizar que el paciente pueda estar tranquilo, relajado y, en lo posible, pobremente estimulado o influenciado por el entorno.

En el encuadre clásico, que sin embargo muchos psicoanalistas no consideran obligatorio, esta condición se cumple al estar el analizado recostado en un diván, sin contacto visual con el psicoanalista, de modo que no se sienta observado, juzgado o evaluado por este último y pueda así concentrarse completamente en sus asociaciones. Para el analista este *setting* posibilita el ejercicio de una manera de escuchar que a su vez facilita el flujo libre de asociaciones.

Mientras que la instrucción que el paciente (o analizado) recibe es sorprendentemente sencilla ("hable de todo lo que se le ocurra, sin filtrar ni seleccionar"), atenerse a la regla suele resultar algo mucho más complejo, requiriendo tanto de un cierto ejercicio, como de que se establezca primeramente una relación de confianza entre el analista y su paciente.

No resulta muy fácil dar libre curso a las asociaciones de ideas porque, por una parte, se trata de una práctica desacostumbrada (en ningún otro espacio social se espera que las personas hablen sin estructurar el discurso, prescindiendo además de seleccionar cuidadosamente los contenidos) y por otra, se trata de vencer fuertes resistencias al análisis, conscientes e inconscientes.

La contrapartida de la asociación libre en el psicoanálisis es la, así denominada "atención flotante" del analista y que consiste en que éste escuche de una manera atenta, pero plana o pareja, sin valorar, juzgar o evaluar la relevancia de los elementos del discurso del analizado, sin jerarquizar u otorgar mayor importancia a ciertos contenidos en desmedro de otros, es decir, respetando las reglas de neutralidad y abstinencia.

II Psicoterapia breve y de emergencia

Psicoterapia breve intensiva orientada psicoanalíticamente (P.B.I.U.): el método fue una respuesta pragmática a los recursos limitados ofrecidos a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial. Este se diferencia claramente de los métodos de tratamiento cortos que preseleccionan pacientes adecuados, como el enfoque STAPP de Sifneos o de aquéllos que ofrecen una terapia excelente, pero relativamente larga, como la de 30 sesiones de Malan, o terapias con limitaciones teóricas como las de Mann, las que principalmente se limitan al tratamiento de separación de la ansiedad.

De manera similar, el método confrontacional de Davenloo, es, en la opinión, más de lo que pueden soportar algunos pacientes muy perturbados, dejando a un lado el factor de que la mayoría de los programas accesibles y los practicantes privados podrían ser incapaces de solventar los gastos que implicaría una rutina de videograbación intrínseca a esta aproximación.

En esencia, se podría delinear el enfoque de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (P.B.I.U.) como sigue:

1. La P.B.I.U. se enfoca a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta.
2. En cualquier circunstancia, se intenta establecer un enfoque a través del entendimiento preciso del por qué el paciente lo vino a ver particularmente el día que lo hizo, en qué tiempo empezó el problema en su pasado inmediato, y cuándo y de qué forma existió en su historia.
3. Se Reconoce que la principal contribución del psicoanálisis es el establecimiento de causalidad —continuidad— entre el presente y el pasado, y las muchas conexiones de sistemas teóricos en el presente.
4. La formulación más útil de una teoría de desarrollo de síntomas, y de estructura de la personalidad en general, es que los síntomas son intentos de resolver el problema, conformados de ansiedad, conflicto y déficit.

5. En ese sentido, se ve a la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje. La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.), se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido de la manera más eficaz.
6. La terapia breve, incluyendo la terapia breve psicoanalítica, tiene una gran historia. De hecho, se ha dicho algunas veces, que lo que Freud originalmente practicó fue, con más frecuencia, psicoterapia breve.
7. La P.B.I.U. se orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores y sus causas, dentro del mayor marco posible y después, proporciona la conceptualización más clara probable de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes.
8. La esencia de la P.B.I.U. no descansa en seis, cuatro ni ocho sesiones, sino en la aproximación sistemática. Cinco o seis sesiones pueden ser más prácticas, porque la experiencia demuestra que la mayor parte de los pacientes externos no desean regresar por más que eso, basados, probablemente, en sus experiencias con tratamiento médico.
9. Los beneficios de la P.B.I.U. pueden extenderse más allá del enfoque inmediato de la terapia, ya que la estructura adaptativa completa del paciente puede cambiar de forma favorable en una especie de reacción en cadena psicodinámica, como resultado de las intervenciones limitadas.
10. Las indicaciones para la P.B.I.U. son amplias. Seleccionamos el problema por el tratamiento, no por el paciente. En ese sentido ésta puede usarse para la prevención primaria, secundaria (condiciones agudas) y, también, terciaria (cronicidad) en un amplio rango de trastornos.

En realidad, para algunos pacientes, la terapia breve es imposible. Por tanto, los muy pasivos, con poca capacidad de “*Insigth*”, sin considerar su sintomatología, pueden ser los más difíciles de tratar, al menos con la terapia de “*insight*” orientada. A partir de un entendimiento de la dinámica del paciente, éste puede, sin embargo, ser tratado a través de alguna otra modalidad, por ejemplo, terapia de apoyo, conductual y reconstructiva educacional o medioambiental. Algunos, por supuesto, no pueden ser ayudados por terapia breve o a largo plazo. Para ellos puede ser que la farmacoterapia sea lo único que quede por hacer.

Los 10 principios básicos de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.)

1. La P.B.I.U. se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo, de la misma forma que una historieta con una novela. La terapia breve requiere una habilidad y experiencia especiales. El terapeuta debe entender que él hace un trabajo valioso y no sólo elige medidas momentáneas.
2. Es esencial una conceptualización aproximada. La proposición básica para la terapia breve es, que es importante entender todo, saber bastante y, entonces hacer algo que pueda marcar la diferencia definitiva. Para realizar esto, uno hace muchas cosas, piensa, planea y conceptualiza. Esta es la concepción aproximada que hace posible la terapia breve.
3. En lugar de seleccionar pacientes, se seleccionan objetivos y problemas. Se sugiere que la terapia breve se considere el primer método a elegir, y sólo cuando falle o haya una razón para desear cambios más extensos, puede emplearse la psicoterapia a largo plazo o el psicoanálisis.
4. La P.B.I.U. se basa en una historia exhaustiva, guiada por conceptos formulados de manera clara, usando un estilo de comunicación adecuado. La terapia breve intensiva debe involucrar una anamnesis completa, una apreciación psicodinámica y estructural de la persona, tan completa como sea posible, y una consideración de los aspectos sociales y médicos. Con base en el mayor entendimiento y conocimiento posible del paciente, deben planearse activamente las áreas, métodos, secuencia de éstas y métodos de intervención.
5. Personas con conocimientos de psicodinamia relativamente limitados pueden ser enseñadas a realizar la P.B.I.U. con éxito. Teóricamente, sería óptimo que la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia se realizara por clínicos y, de preferencia, psicoanalistas

bien entrenados. La única desventaja de esto, es que la personalidad adquirida por muchos años, al hacer psicoanálisis puede interferir con el tipo de actividad necesaria para la psicoterapia breve. Pero, por supuesto, el tener un vasto conocimiento clínico es en realidad una ventaja. Sin embargo, personas con una información relativamente limitada de la psicodinamia pueden ser enseñadas a usar la psicoterapia breve.

6. Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma de la P.B.I.U. La medicina de urgencia se basa en el uso pragmático de un conjunto amplio de conocimientos de anatomía, fisiología, patología, cirugía y medicina. Las intervenciones de urgencia son, de hecho, definidas y conceptualizadas más específicamente que otras ramas del campo de la medicina. En seguida se presentan algunos pasos precisos y definidos:
 1. Si el paciente tiene pérdida de la conciencia, permeabilizar las vías respiratorias, con hiperextensión del cuello y la cabeza.
 2. Si el paciente no respira, iniciar respiración artificial, cuatro exhalaciones rápidas. Si las vías respiratorias están bloqueadas, golpee la espalda.
 3. Compruebe el pulso de las carótidas.
 4. Si no hay pulso, iniciar la circulación artificial; oprimiendo el esternón de 1.5 a 2 segundos.

7. La psicoterapia de urgencia no se limita, necesariamente, a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber una oportunidad para reconstituir al paciente en un nivel superior al premórbido.

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

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

8. Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria. Prevención primaria: Cuando la gente se encuentra en riesgo psicológico, la psicoterapia breve puede usarse para trabajar con los problemas por adelantado, es decir, de manera preventiva.

Prevención secundaria: trata con las condiciones agudas ya existentes, las cuales pueden detenerse antes de que se desarrollen condiciones más graves y crónicas, a través de la psicoterapia breve. Las personas que se encuentran agudamente perturbadas por eventos traumáticos, podrían quedar en esta categoría.

Prevención terciaria: tiene que ver con la curación de las condiciones crónicas. En la práctica psiquiátrica, esto significa tratar con las exasperaciones agudas de los psicóticos crónicos, o con sus síntomas más perturbadores.

9. Aspectos administrativos e indicaciones para la P.B.I.U.

Algunos aspectos administrativos especiales:

Existen dos posibles maneras de usar la terapia breve como una intervención en todas las clínicas públicas: (1) un director médico puede ver a todos los pacientes de entrada y asignados a la persona apropiada y (2) cualquier miembro disponible puede tratar al próximo paciente.

10. Papel del terapeuta y resistencia. Es importante que el terapeuta no pierda su autoestima debido a su entrega a la terapia breve. Es necesaria una mayor actividad mental por parte del profesional en la terapia breve. En tanto que uno escucha, tiene que conceptualizar de manera activa y planear intervenciones más extensas que en la terapia a largo plazo. Debe hacerse una hipótesis, no sólo por interpretación, sino por formas de intervención utilizadas con menor frecuencia en la psicoterapia dinámica ordinaria. Un papel activo no viene a menudo con naturalidad Sin embargo, es claro que una cierta cantidad de optimismo terapéutico es útil para alcanzar resultados. Sin que esto implique que los terapeutas están utilizando sencillamente sugerencias o que se dejan llevar por el síndrome del "Dr. Kildare". Por lo general, se acepta que las expectativas del terapeuta tienden a influenciarlos resultados terapéuticos.

II.1 El perfil básico de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.)

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

Se sugieren cinco sesiones porque este número parece adecuarse a la mayoría de los pacientes y, en mi experiencia, ha funcionado bien. La sexta sesión, como discutiré después, es de seguimiento.

Se sugiere una duración de 50 minutos porque es lo que he usado en los últimos 40 años, la encuentro útil y me he acostumbrado a ella, parece ser la cantidad de tiempo necesaria y suficiente. Ni el número de sesiones, arreglos o duración son inalterables.

Parte del plan de intervención es la decisión de si el paciente es el más adecuado para una terapia exclusivamente diádica, si puede sacar provecho de la terapia conjunta con alguien importante en su vida, cuando menos durante una o dos de las cinco sesiones, o si podría beneficiarse mejor con una sesión de terapia familiar.

III Psicoterapia Junguiana

Fue un médico-psiquiatra, psicólogo y ensayista suizo, figura clave en la etapa inicial del psicoanálisis; posteriormente, fundador de la escuela de psicología analítica, también llamada psicología de los complejos y psicología profunda.

Se lo relaciona a menudo con Sigmund Freud, de quien fuera colaborador en sus comienzos. Carl Gustav Jung fue un pionero de la psicología profunda y uno de los estudiosos de esta disciplina más ampliamente leídos en el siglo XX. Su abordaje teórico y clínico enfatizó la conexión funcional entre la estructura de la psique y la de sus productos, es decir, sus manifestaciones culturales. Esto le impulsó a incorporar en su metodología nociones procedentes de la antropología, la alquimia, los sueños, el arte, la mitología, la religión y la filosofía.

Jung no fue el primero en dedicarse al estudio de la actividad onírica. No obstante, sus contribuciones al análisis de los sueños fueron extensivas y altamente influyentes. Escribió una prolífica obra. Aunque durante la mayor parte de su vida centró su trabajo en la formulación de teorías psicológicas y en la práctica clínica, también incursionó en otros campos de las humanidades, desde el estudio comparativo de las religiones, la filosofía y la sociología hasta la crítica del arte y la literatura.

La psicoterapia junguiana está básicamente interesada en el equilibrio entre los procesos conscientes e inconscientes y no perfeccionamiento de intercambio dinámico.

Jung busca desenvolver algunas técnicas de psicoterapia que busca establecer un comunicado con el inconsciente, tales como; análisis de sueños, imaginación activa, entre otras. Enfatizó que la terapia es un enfoque conjunto de análisis del analizado trabajando juntos o iguales.

Jung desenvuelve un trabajo clínico desde 1993, atendiendo adultos, niños y grupos heterogéneos, en donde se integra la psicoterapia junguiana, como técnicas de abordaje corporal es por intermedio de los abordajes de niveles del ser humano como un todo bio-psico-social, o se considera en su aspecto social cultural, biológico y espiritual.

El análisis junguiano utiliza un sistema “cara a cara” y de diálogo con el paciente, el proceso terapéutico acompaña al individuo para que se vaya aproximando a la resolución de su construcción neurótica y psicótica, vaya enfrentándose con sus complejos y consiga acercar las polaridades o contrarios.

La psicoterapia junguiana que se realiza sobre una base de psicología transpersonal, es lo más adecuado para toda persona que busca lo espiritual, que necesita poner en orden su mundo interior, para evolucionar verdaderamente.

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

1-La sombra. Son los aspectos ocultos o inconscientes de uno mismo, tanto negativos como positivos, que el yo ha reprimido o nunca ha reconocido. Son todos aquellos rangos indeseables de los cuales uno no se siente orgulloso.

2-Complejo parental. Es el grupo de imágenes, conflictos y emociones intensas ligadas con los padres, la influencia más o menos mágica de los padres sobre los hijos, sin importar la edad, se debe en gran parte en una imagen arquetípico de los padres primordiales que existe en toda psiquis.

El crecimiento espiritual puede quedar abordado, cuando no se han resuelto o elaborado los lazos que nos atan a nuestros padres, esto puede ser un paso decisivo, más aun, una verdadera iniciación, ya que en la sociedad no se realiza ningún rito de paso en la pubertad, para acceder a la etapa adulta.

3-La persona. Son los aspectos ideales y sociales, que presentamos frente al mundo externo, es solo una máscara así como lo indica su nombre que finge individualidad cuando en realidad solo está representando un rol, a través del cual habla la psique colectiva, es necesario ver en la terapia, hasta donde está representando el rol que se ha impuesto, también en relación con el grupo familiar.

4-Complejos sexuales. Anima-*Animus* aspectos femeninos interno, del hombre- aspecto masculino interno de la mujer, tanto el ánimo del hombre como el *animus* de la mujer, son tanto un complejo personal, como una imagen arquetípica.

III.1 Método terapéutico

El modelo psicoterapéutico junguiano se conoce también como *método sintético-hermenéutico*, siendo su finalidad facilitar el desarrollo del proceso de individuación o autorrealización y lo inconsciente colectivo a lo largo de la biografía del individuo.

En cada momento de dicho proceso vital va emergiendo progresivamente el carácter propio o individualidad psíquica, personificada a través del arquetipo del Si-mismo, yo nuclear tanto de lo consciente como de lo inconsciente colectivo, a diferencia del Yo factico y condicionado, circunscrito a la consciencia, individuación significaría por tanto llegar hacer un individuo, llegar a ser uno mismo, una unidad aparte, indivisible, un todo. El despliegue de Si-mismo como articulación de arquetipos previamente diferenciados en el proceso de individuación es el objeto específico de la psicología analítica.

Los métodos más importantes aplicados por Jung y que definen su escuela podrían enumerarse en las siguientes.

- 1-El experimento de asociación de palabras que permiten acceder a los complejos individuales.
- 2-El análisis y la interpretación de los sueños, de las visiones y de la imaginación, ello implicaría métodos previamente junguianos, así como la utilización de la amplificación a través de material arquetípico del simbolismo cultural e histórico general, como ayuda al asociaciones propias del soñante. También es propiamente junguiano el análisis de series de sueños, dado qwue el análisis de un sueño aislado puede inducir a error.
- 3-El estímulo de la producción espontanea del incosciente, en forma de palabra, signo, pintura, baile, etc.
- 4-La imaginación activa, que permitirá comunicarse con lo inconsciente personificado a aquellas imágenes emergentes desde un estado de introspección o meditación voluntarias.

III.2 Tipología

Jung identifica cuatro funciones psicológicas fundamentales. El pensamiento, sentimiento, sensación, intuición, cada uno puede ser experiencia tanto de una manera introvertida y extrovertida esto se presenta en todas las personas y en proporciones combinados diferentes.

- El tipo de pensamiento está relacionado conjuntamente con diversos criterios e imposiciones lógicas objetivas. Orienta los sentimientos y aspectos emocionales de experiencia o conjuntamente en base en valor afectivo de los dos elementos.
- La sensación tiende a responder situaciones inmediatas, ideas efectivas y eficientemente con todos los tipos de crisis de emergencias.
- El tipo intuitivo considera ampliaciones de experiencias más importantes que experiencias reales de sí mismo, procesando información lógica.

III.3 Inconsciente Colectivo o Arquetipo

Para Jung el inconsciente colectivo es parecido a una atmósfera, es algo que está dentro de nosotros, encuentra estructuras psíquicas llamadas arquetipos que se forman en imágenes primordiales que organizan los contenidos psicológicos, ellos frecuentemente corresponden a temas metodológicos que aparecen en diversas culturas.

Jung describe que todos nacemos con una herencia psicológica y biológica, ambas son determinantes y esenciales en el comportamiento.

➤ Símbolos

De acuerdo con Jung el inconsciente colectivo expresa símbolos, los símbolos pueden ser encontrados en sueños o fantasías de un individuo, como también en símbolos colectivos importantes, que se generan en imágenes religiosas tales como la cruz, la estrella de seis puntos o la ronda de la vida budista.

“A si como la planta produce flores así la psique produce símbolos.” Jung, C.G.

IV Psicoterapia de apoyo

Es general es la técnica más empleada en el abordaje de casos, siendo de una gran utilidad sobre todo en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única en su aplicación recorriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso. Por este motivo muchas veces se habla de orientación ecléctica con estos abordajes.

Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación médico – enfermo, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié, en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intenta reforzar las defensas del “ego” del paciente.

Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los sitios de vida más desadaptadas. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y terapeuta.

En general este tipo de psicoterapia suele asociarse a la prescripción y control de medicación psicotrópica, dependiendo la frecuencia de las sesiones tanto de las propias necesidades del paciente como de los recursos existentes en la propia clínica entrante. Psicoterapia que tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas ya existentes y utilizarlas en la resolución de nuevas situaciones.

V. Psicoterapia de tiempo limitado

“La Psicoterapia de Tiempo Limitado es una intervención psicológica que se comunica con las estructuras subcorticales, lugar donde se localizan las memorias que inciden en el aquí y ahora.

Y eso cambiará posteriormente las memorias incapacitantes por otras más adaptadas, de tal forma que las bases de homeostasis integral del ser humano generan nuevas formas de comunicación con el mismo y su entorno.” (Roberto Aguado)

V.1 La Psicoterapia de tiempo limitado se define por

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

2.4.6.2 Terapias conductistas

La terapia conductista cognitiva (TCC) se define como “terapia activa”, ya que se basa en un proceso científico y en la teoría de aprendizaje para comprender y tratar algunos problemas psicológicos.

I Terapia racional emotiva

Explica como el conocimiento adquirido esta influido por las interpretaciones que se imponen a las percepciones.

La TRE es una terapia activa en la que se persigue el cambio emocional y conductual mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales alterados.

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

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

I.1 Técnicas

- ✚ *Insight* racional emotivo: La meta principal de esta técnica es ayudar a los pacientes a ver con claridad y reconocer en forma abierta los procesos irracionales importantes.
- ✚ Método socrático: Se caracteriza por usar una serie de preguntas sistemáticas, que guían el continuo de la línea de razonamiento inductivo en las sesiones terapéuticas.
- ✚ El debate filosófico: El método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional es del debate filosófico que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana.

- ✚ Imaginación racional emotiva: Consiste en que cada las personas se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere hacerlo, es así como están empleando imágenes racionales emotivas, es la forma más eficaz de práctica emocional.
- ✚ Autoanálisis racional: Es una forma estructurada en la cual los pacientes descubren las relaciones, causa – efecto entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de sus problemas y también los cambios racionales que deben hacerse y pueden hacer para empezar a ayudarse a ser felices de inmediato.
- ✚ Imágenes racionales emotivas: Su base descansa en el hecho neuropsicológico, las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida real.
- ✚ Reestructuración racional sistemática: El objetivo terapéutico consiste en proporcionar a los individuos, habilidades de enfrentamiento, de modo que en último término, aprendan a funcionar como sus propios terapeutas.
- ✚ Debaticir creencias irracionales: Consiste en cuestionar y desafiar la validez de las ideas o hipótesis que los pacientes sostienen acerca de ellos mismos, de otros y del mundo.
- ✚ Autoexamen racional: Es el análisis racional con el cual el paciente dirige su pensamiento con el fin de controlar sus razones emocionales ante los hechos o eventos.

I.1.2 Aplicaciones

- ✚ Terapia individual: Esta indicada para personas que tienen dificultad al hablar enfrente de personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su prejuicio. Es indispensable para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras

personas dentro de la terapia, se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma”, más que con los demás.

- ✚ Terapia de pareja: Afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. El objetivo de la terapia de pareja es capacitarlos a ambos para que desarrollen y apliquen sus habilidades.
- ✚ Terapia familiar: Es efectiva cuando ayuda a los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas.
- ✚ Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos, no son la causa directa de ellas. Cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.
- ✚ Terapia de grupo: Enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros. Aprenden a aceptarse a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

II Modificación de la conducta

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes valorativas y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de

intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal.

II.1 Caracterización de la modificación de la conducta

Aunque existe variedad de técnicas, objetivos de aplicación, y enfoques teóricos diferentes, se comparten ciertas características definitorias:

- La fundamentación en la psicología experimental.
- La aplicación tanto al campo clínico como no clínico.
- La evaluación objetiva.
- El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

II.1.2 Técnicas de modificación de la conducta

Refuerzo positivo

Este procedimiento consiste en presentar una consecuencia positiva (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y esto aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro.

Se utiliza cuando se quiere desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada.

Refuerzo negativo

Consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de dicha desaparición aumenta la frecuencia de la conducta

deseada. La respuesta que buscamos es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta.

Modelado

Consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve.

Este procedimiento se usa en la adquisición de nuevas conductas, eliminación de respuestas inadecuadas a través de la observación de la conducta apropiada, y como forma de suprimir miedos o fobias.

Encadenamiento

Consiste en recompensar a la persona tras la realización de una serie de conductas engarzadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades.

Este procedimiento puede utilizarse para que adquiera nuevas habilidades (descomponiendo esa conducta en pasos, que se enseñarán mejor si empezamos por el último de la cadena) o para ensamblar las conductas del niño de modo que constituyan cadena y conseguir así que esas conductas se mantengan de forma natural (como procedimiento para mantener la conducta).

II.1.3 Procedimientos para reducir o eliminar la conducta

Extinción

Este procedimiento debe ser aplicado a cualquier conducta mal aprendida. Consiste en, una vez identificado el reforzador, suprimirlo para que tal conducta desaparezca gradualmente, es decir,

en no dar la recompensa que la mantiene. La suspensión de reforzamiento debe ser completa; no se debe administrar nunca para esa conducta (si no estaríamos recompensando de “forma intermitente”, que como hemos visto antes es un procedimiento para mantener la estabilidad de una conducta).

Reforzamiento de conductas incompatibles

Es un método complementario de cualquier intento de eliminar una conducta problemática. Se basa en la administración de recompensas de forma continua a aquellas conductas que son incompatibles con la que se quiere suprimir y en no aplicar ningún tipo de consecuencia a la conducta que se quiere eliminar (ignorarla). El aumento de la conducta alternativa incompatible conlleva una disminución de la conducta indeseable.

Aislamiento o tiempo fuera

Es un procedimiento que puede ser de gran utilidad cuando no podemos retirar el reforzador que mantiene la conducta. Lo que se hace es sacar a la persona de la situación en la que se encuentre cuando realiza la conducta que deseamos suprimir.

Control de estímulos

Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta (y ausente cuando no se refuerza) la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación. Aunque en un principio sean neutrales, como consecuencia del hecho de estar presentes siempre que una conducta es reforzada, adquieren determinado control sobre ella.

✚ Costo de respuesta o castigo negativo

Consiste en quitar, como consecuencia de la conducta, algo que gusta (algún reforzador disponible). Se llama también castigo negativo porque se suprime algo que gusta, pero no hace uso de estimulación aversiva.

✚ Práctica positiva

Este método consiste en hacer que la persona practique, durante periodos de tiempo determinados, conductas físicamente incompatibles con la conducta inapropiada. No se mejora, sino que se ejecuta el comportamiento adecuado. Este procedimiento tiene efectos rápidos y de paso enseña conductas aceptables a los niños

✚ Saciedad

Con este procedimiento conseguimos suprimir una conducta basándonos en la utilización del propio reforzador que la mantiene porque aumentando de forma considerable la administración de reforzamiento hacemos que el reforzador pierda su valor como tal.

✚ Castigo

Consiste en aplicar una consecuencia punitiva (castigo) a una conducta. El castigo debe ser usado sólo y exclusivamente cuando otros procedimientos no hayan funcionado o cuando la propia vida del niño esté en peligro y ello pueda evitarse recurriendo al castigo.

III Terapia cognitiva

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

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

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

IV Psicoterapia grupal

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

IV.1 Beneficios de la terapia grupal

Puede ayudar a mejorar en lo siguiente:

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

2.4.6.3 Terapias humanísticas

I Terapia centrada en el cliente

La Psicoterapia centrada en el cliente es el nombre de una psicoterapia enmarcada en la Psicología humanista. "Cliente" pretende enfatizar un matiz semántico distinto a "paciente", ya que un cliente permanece con la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico como un agente activo, en contraposición de "paciente", como indica éste término en su sentido literal ("ser paciente con el problema").

Con frecuencia se habla de "enfoque centrado en el cliente". Enfoque es un término más general con más matices filosóficos, que permiten enmarcar con éste una consecuente psicoterapia y comprensión sobre los intercambios interpersonales acaecidos durante el proceso psicoterapéutico.

Psicoterapia centrada en el cliente es también el nombre de un libro escrito por el psicólogo norteamericano Carl Rogers, considerado fundamental dentro de la escuela humanista de psicoterapia.

El proceso de convertirse en persona

Rogers describe el proceso que viven las personas que ingresan a terapia y describe siete etapas.

- Fijeza: es el estado que comúnmente es descrito como neurótico.
- Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado: al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en un ambiente que no le condiciona, lo que convierte en innecesarios los patrones de comportamiento que ha desarrollado para enfrentar al mundo hostil y condicionante en que se desenvuelve cotidianamente.
- Desarrollo y flujo de la expresión simbólica: la persona en proceso comienza a desarrollar una expresión verbal más allá de los lugares comunes y que le permita expresarse con más propiedad conforme a su vivencia.

- Flexibilización de los constructos y flujo de los sentimientos: se comienzan a cuestionar los valores y creencias que han llevado a la persona a un estado de permanente insatisfacción, y se permite ver las cosas de forma distinta. Además, en esta etapa se advierte una mayor libertad para expresar los sentimientos.
- Flujo organísmico: la estructura personal del cliente manifiesta una mayor relajación, los sentimientos son expresados con mayor libertad, las creencias son libremente cuestionadas y hay una necesidad por explorar nuevas formas de comportamiento.
- Inicio de la experienciación plena: es la fase de la terapia en que las personas llegan al "punto de no retorno", donde es posible que abandonen el proceso terapéutico y no experimenten retrocesos dado que toman conciencia de que son ellas las responsables de su vivencia y experiencia.
- Fluidez: es la descripción de una persona que funciona plenamente.

El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue a ser quién es y decidir desde su intimidad. El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores.

Otro de los postulados básicos de Rogers es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

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

Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos

elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de sí mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

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

Entre las habilidades más importantes están la comprensión, sensibilidad, calidez, apoyo, confianza, autenticidad, empatía y respeto positivo incondicional. Las últimas cuatro son cualidades rogerianas debido a que Carl Rogers declaró que son las condiciones necesarias y suficientes para provocar el cambio terapéutico

El terapeuta intenta construir una relación que sea importante con el cliente al mismo tiempo que no pierda de vista la necesidad de que la relación alcance los esfuerzos del cliente por cambiar su comportamiento. Aunque la relación terapéutica requiere un equilibrio entre el crecimiento y el alejamiento para evitar toda tentación.

Los participantes en cualquier intervención psicológica tienen derecho de estar bien informados de la naturaleza de la intervención antes de participar, es decir, los paciente tienen derecho al consentimiento informado. La decisión de entrar y de continuar en la psicoterapia debe tomarse inteligente y voluntariamente.

II Terapia gestáltica

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

Nació en la década de 1940 con la publicación del libro *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method* (Durban, 1942) escrito por Fritz Perls y Laura Perls. Aunque más conocido con el subtítulo *The Beginning of Gestalt Therapy*, éste sólo fue añadido para una nueva edición en 1966.

La publicación, en 1951, de *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, (conocido también como *PHG*, por las iniciales de sus autores), y escrito por Paul Goodman y el catedrático de psicología de la Universidad de Chicago, Ralph Hefferline, a partir de un manuscrito de Fritz Perls, establece las bases fundamentales de la terapia Gestalt.

Gestalt es un término alemán, sin traducción directa al castellano, pero que aproximadamente significa "forma", "totalidad", "configuración".

La forma o configuración de cualquier cosa está compuesta de una "figura" y un "fondo". Por ejemplo, en este momento para usted, que lee este texto, las letras constituyen la figura y los espacios en blanco forman el fondo; aunque esta situación puede invertirse y lo que es figura puede pasar a convertirse en fondo.

El fenómeno descrito, que se ubica en el plano de la percepción, también involucra a todos los aspectos de la experiencia. Es así como algunas situaciones que nos preocupan y se ubican en el momento actual en el status de figura, pueden convertirse en otros momentos, cuando el problema o la necesidad que la hizo surgir desaparecen, en situaciones poco significativas, pasando entonces al fondo.

Esto ocurre especialmente cuando se logra "cerrar" o concluir una *Gestalt*; entonces ésta se retira de nuestra atención hacia el fondo, y de dicho fondo surge una nueva *Gestalt* motivada por alguna nueva necesidad. Este ciclo de abrir y cerrar *Gestalts* (o *Gestalten*, como se dice en alemán) es un proceso permanente, que se produce a lo largo de toda nuestra existencia.

El Enfoque Gestáltico (EG) es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En Gestalt decimos que "el todo es más que la suma

de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

El EG es esencialmente una forma de vivir la vida con los pies bien puestos en la tierra. No pretende encaminar al individuo por el camino de lo esotérico o de la iluminación. Es un modo de llegar a estar en este mundo en forma plena, libre y abierta; aceptando y responsabilizándonos por lo que somos, sin usar más recursos que apreciar lo obvio, lo que ES.

El EG es en sí mismo un estilo de vida; de allí que sea más adecuado denominarlo "enfoque", que es un término más amplio, en lugar de "terapia", que restringe sus posibilidades de aplicación a lo clínico.

A. Bases de la *gestalt*

El EG ha recibido la influencia de las siguientes corrientes:

- El psicoanálisis de Freud, retomando y reformulando su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños.
- La filosofía existencial, de la que rescata la confianza en las potencialidades inherentes al individuo, el respeto a la persona y la responsabilidad.
- La fenomenología, de la que toma su apego por lo obvio, por la experiencia inmediata y por la toma de conciencia (insight).
- La psicología de la Gestalt, con su teoría de la percepción (figura-fondo, Ley de la buena forma, etc.).
- Las religiones orientales, y en especial el Budismo Zen.
- El psicodrama, de J.L. Moreno, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños.
- La teoría de la coraza muscular de W. Reich.
- La teoría de la Indiferencia Creativa, de Sigmund Friedlander, de la que extrae su teoría de las polaridades.

B. El darse cuenta (*Awareness*)

Este es el concepto clave sobre el que se asienta el EG. En pocas palabras darse cuenta es entrar en contacto, natural, espontáneo, en el aquí y ahora, con lo que uno es, siente y percibe. Es un concepto semejante en algo al de insight, aunque es más amplio; una especie de cadena organizada de *insights*.

Existen tres zonas del darse cuenta:

- El darse cuenta del mundo exterior: Esto es, contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente. Es lo obvio, lo que se presenta de por sí ante nosotros.
- El darse cuenta del mundo interior: Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestas, escozores, temblores, sudoración, respiración, etc.
- **El darse cuenta de la fantasía, la Zona Intermedia (ZIM):** Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc.

C. El aquí y el ahora

Es realmente difícil aceptar que todo existe en el presente momentáneo. El pasado existe e importa tan sólo como parte de la realidad presente; cosas y recuerdos acerca de los cuales pienso ahora como pertenecientes al pasado. La idea del pasado es útil algunas veces, pero al mismo tiempo no debe perder de vista eso, que es una idea, una fantasía que se tiene.

La idea del futuro es también una ficción irreal, aunque algunas veces de utilidad, cuando se asume como un ensayo y sólo como eso. Tanto nuestra idea del futuro como nuestra concepción del pasado se basan en nuestra comprensión del presente.

El pasado y el futuro son nuestras concepciones acerca de lo que precedió al momento presente y lo que presagiamos que seguirá a lo actual. Y todo este adivinar ocurre AHORA.

D. Cambiar el “por qué” por el "cómo"

Al preguntar por qué lo único que se consigue es alguna racionalización o "explicación". El por qué acarrea una explicación ingeniosa, jamás un entendimiento cabal. Además, nos aleja del aquí y ahora y nos introduce en el mundo de la fantasía; nos saca de lo obvio para teorizar. Perls consideraba que las palabras, cuando se utilizan para "explicar" y alejarse de lo evidente o de la realidad, son más una carga que algo útil. El las comparaba con el excremento.

En el EG distinguimos tres tipos de "blá, blá, blá": Caca de Gallina, que vienen a ser los comentarios superficiales, los clisés (buenos días, qué gusto de verlo, qué lindo día, etc.); Caca de Toro, esto es, "por qué", racionalizaciones, excusas, conversación amena pero inauténtica, etc.; y Caca de Elefante, cuando "filosofamos", hablamos de "la vida", teorizamos sobre el Enfoque Gestáltico sin vivirlo, explicamos el porqué de la sociedad y el mundo, etc. El por qué sólo nos conduce a interminables y estériles investigaciones de la causa de la causa de la causa de la causa.

Si se hacen la pregunta por el cómo, estamos mirando la estructura, estamos viendo lo que ocurre, lo obvio; preocupándose por un entendimiento más profundo del proceso. El cómo nos da perspectiva, orientación. El cómo nos muestra que una de las leyes básicas, la de la identidad de estructura y función, es válida. Si cambiamos las estructuras, la función cambia. Si cambiamos la función, la estructura cambia.

Los pilares sobre los que se apoya el EG son: el aquí y ahora y el cómo. Su esencia está en la comprensión de estas dos palabras. Vivir en el ahora tratando de darnos cuenta cómo lo hacemos.

E. Reglas de la gestáltica

El objetivo principal de la Terapia Gestáltica es lograr que las personas se desenmascaren frente a los demás, y para conseguirlo tienen que arriesgarse a compartir sobre sí mismos; que experimenten lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. El trabajo se especializa en explorar el territorio afectivo más que el de

las intelectualizaciones (ZIM). Se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos.

La filosofía implícita en las reglas es proporcionarnos medios eficaces para unificar pensamiento y sentimiento. Tienen por designio ayudarnos a sacar a luz las resistencias, a promover una mayor toma de conciencia, a facilitar el proceso de maduración. Se busca también ejercitar la responsabilidad individual, la "semántica de la responsabilidad".

Algunas de estas reglas pueden ser aplicadas como pautas para la terapia individual; sin embargo, su empleo principal se da en la terapia de grupo, en los grupos de encuentro.

III. El psicodrama

Es una forma de psicoterapia, ideada por Jacob Levy Moreno, inspirada en el teatro de improvisación y concebida inicialmente como grupal o psicoterapia profunda de grupo. Moreno presentó el psicodrama como una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada. *Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el paso del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción.*

El Psicodrama es el primer modelo que incluye el grupo y la acción en psicoterapia y se aplica en numerosos campos como: la salud, prevención, psicoterapia, pedagogía, desarrollo organizacional y la investigación.

La actuación dramática es un estado interior intermedio, un intermediario entre la fantasía y la realidad. La modalidad es ficticia pero la experiencia es muy real. Esta modalidad ficticia permite hacer cosas que aún se encuentran fuera del alcance en la vida real, tales como expresar emociones temidas, cambiar patrones de conducta o exhibir nuevos rasgos. Una vez que se ha vivenciado, aunque en modo ficticio, estas nuevas experiencias pueden formar parte del repertorio de la vida real.

III.1 Objetivos principales del psicodrama

1. Darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.
 2. Mejorar la comprensión de las situaciones, de los puntos de vista de otras personas y de nuestra imagen o acción sobre ellas.
 3. Investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y más funcionales opciones de conducta (nuevas respuestas).
- ✚ Ensayar, aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron más convenientes.

Cabe señalar también que el psicodrama puede emplearse, no sólo como fuera concebido originalmente, en terapias de grupo, sino también en terapias individuales y en terapias de pareja.

En el desarrollo de un psicodrama se necesitan los siguientes instrumentos:

- ✚ El escenario: la representación requiere de un espacio dramático, el lugar de la acción. En ese espacio designado a tal efecto, el protagonista, con la ayuda del director, recrea el lugar imaginario de la escena que va a representar. Una clara definición de la ubicación y los límites del escenario, sumada a una buena descripción, objetivación con elementos representativos y una esmerada preparación hasta logra la reproducción y la vivencia más completa posible del espacio y el momento a representar, son de gran importancia para un eficaz desarrollo del psicodrama.
- ✚ El protagonista: el protagonista es el paciente, cuyo problema va a tratarse en el psicodrama. Sin protagonista no hay psicodrama.
- ✚ El director: el director es el encargado de orientar la acción y aplicar los principios y las técnicas apropiadas para facilitar el logro de los objetivos del psicodrama, así como cuidar y evitar daños al protagonista y a los otros integrantes del grupo. Es la función específica del psicoterapeuta y está destinada al logro de los objetivos psicoterapéuticos.

- ✚ Los auxiliares o "yo auxiliares": esta función es desempeñada por quienes actúan representando a otras personas que participan en el acontecimiento dramatizado. Su tarea es ayudar al protagonista a desarrollar la escena. Además, como colaboradores para el éxito del proceso terapéutico, son también auxiliares del psicoterapeuta, cuyas indicaciones deben respetar. En los casos en que no hay o no se desean emplear otros integrantes ni colaboradores para cumplir esta función (por tratarse de una terapia individual o por no ser considerado conveniente) los otros "actores" de la escena pueden ser representados por el mismo psicoterapeuta o ser representados simbólicamente por objetos (sillas vacías, almohadones, etc.).
- ✚ El público: es esencial en toda representación teatral y también se considera importante en el psicodrama. En este último caso el público está formado por los integrantes del grupo de terapia y no son pasivos, sino que participan emotivamente en la escena, empáticamente, aprendiendo y, luego, compartiendo con el protagonista sus propias experiencias. De todas maneras, en algunos casos, como en las terapias individuales o las de pareja, no hay observadores reales afuera del escenario, lo cual no impide la realización de un eficaz psicodrama.

III. 2 Las etapas del proceso del psicodrama

1. Calentamiento: una representación con una vivencia plena requiere previamente una preparación o "puesta en clima". Las actividades destinadas a lograrlo, de todo tipo, configuran la primera etapa del proceso, denominada "calentamiento". En cada sesión se requiere un calentamiento previo a la realización de un psicodrama, destinado en un primer tiempo a generar el "clima" para que los participantes se "conecten" con algunos de sus problemas y que algunas personas deseen realizar su psicodrama. Luego de elegida la que será protagonista, esa persona requiere un calentamiento para poder "meterse" en su escena a representar hasta estar preparada para vivenciarla al máximo.
2. Actuación: comienza cuando el protagonista, la escena y el escenario ya están definidos. Puede seguirse, a través de distintos cambios de escenario y escenas a representar hasta su

finalización. Puede extenderse desde un par de minutos hasta superar la hora, según el caso y situación. El concepto dramático de resolución o desenlace, la denominada por Moreno "catarsis dramática", la percepción del logro del objetivo deseado para la dramatización o de una etapa satisfactoria del proceso hacia el mismo, son señales (algo difíciles de definir pero, luego de cierta experiencia práctica, fáciles de percibir) para que el director considere que la actuación ha llegado a su fin.

3. Compartir: luego de finalizada la representación, el grupo reunido, director, auxiliares y público, tiene la oportunidad de "compartir". Este momento está destinado a que luego de que el protagonista expuso sus sentimientos, pensamientos y problemas ante las demás personas, también las otras personas expongan los de ellas.

Un objetivo importante es que el protagonista no se sienta el único con sus problemas y sienta el apoyo, comprensión y contención de los integrantes del grupo, que también pueden abrirse y expresar los suyos.

Es importante, en concordancia con los objetivos enunciados, no incluir aquí opiniones, críticas ni "interpretaciones" a lo actuado, sino expresar historias, sentimientos o problemas propios de cada uno que habla. Frecuentemente los recursos utilizados en el psicodrama son los siguientes:

Cambio de roles e inversión de roles

Consiste en indicar al protagonista que actúe desde el lugar de otra persona, concepto, objeto o parte de sí mismo. Por ejemplo, el protagonista pasa a desempeñar el rol de su interlocutor (real o representado por un auxiliar) y el interlocutor (o el auxiliar que lo representa) pasa a desempeñar el rol del protagonista. Una nueva inversión, llevaría a ambos a sus roles anteriores.

Es interesante destacar que los roles, por su carácter interactivo, tienen siempre un rol complementario, que es el que tendrá que tomar el protagonista.

Entre los innumerables objetivos de los cambios e inversiones de roles destacan los siguientes: Los roles de personajes imaginarios, animales, objetos y otros frecuentemente facilitan el desempeño de conductas y la exteriorización de pensamientos, emociones y otros aspectos del protagonista, que habitualmente no se expresarían. La inversión de roles, especialmente con personas significativas, facilita:

- ✚ Ver el mundo, los acontecimientos, las personas, etc. desde el punto de vista de los otros.
- ✚ Verse a sí mismo desde el punto de vista de los otros.
- ✚ Poder comprender y aceptar otros puntos de vista, necesidades, conductas, etc.

La inversión de roles con las personas que interactúan con el protagonista en el psicodrama y son (o serán) representadas por auxiliares, sirve para "presentarlas" y para que el auxiliar conozca las conductas, actitudes, pensamientos o palabras que deberá representar (de acuerdo a la visión o expectativas del paciente).

El recurso de la inversión de roles fue utilizado originalmente cuando la representación era hecha por los reales integrantes del acontecimiento y el conflicto por ejemplo la pareja o el jefe con el empleado. En estos casos Moreno lo consideraba muy útil para que cada uno pudiera comprender el punto de vista del otro y facilitar la resolución del conflicto.

✚ Soliloquio

Un soliloquio es un monólogo, una acción consistente en hablar sin un interlocutor real presente que escuche, es pensar en voz alta o hablar consigo mismo. En el arte dramático se utiliza para dar a conocer a los espectadores los sentimientos y pensamientos del personaje.

En un psicodrama, cuando el director ordena un soliloquio, se detiene la escena, se "congela", y el protagonista (o la persona a quién se le indicó hacerlo) comienza a expresar en voz alta sus sentimientos o pensamientos (desde su rol asumido) en ese preciso momento.

Este recurso es consistente con el objetivo de exteriorización, de amplificación, de "puesta en acción" del psicodrama y, entre sus muchas consecuencias, se puede citar, en forma no exhaustiva:

- a) Facilitar la toma de conciencia y el reconocimiento del protagonista (cuando se está representando a sí mismo) de sus sentimientos o pensamientos.
- b) Facilitar el conocimiento de (o confirmación de hipótesis sobre) los pensamientos y sentimientos del paciente/protagonista por parte del terapeuta/director (y los auxiliares).
- c) Si el soliloquio es de un auxiliar (en el rol de otras personas que interactúan con el protagonista) permitir que el protagonista conozca lo que podrían sentir o pensar las otras personas sobre él o sobre la situación o el acontecimiento.
- d) Realizado por el paciente, desde el rol de otras personas, facilitar la comprensión y aceptación de los problemas, emociones, puntos de vista y causas del comportamiento de las mismas.

IV Logoterapia

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

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

En general la Logoterapia sería un tipo de Psicoterapia Humanista - Existencial. La Psicoterapia Existencial es un enfoque terapéutico más filosófico que médico, que fundamenta su perspectiva en las filosofías fenomenológico-existenciales. Algunos de estos filósofos incluyen: Nietzsche,

Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Martin Buber, etc. Este modelo contempla al ser humano como en constante desarrollo y evolución, lo que implica un movimiento y procesos constantes.

La persona se encuentra en constante relación con su medio, ya que es vista como ser-en-el-mundo (Dasein), lo que implica que su existencia se vea constantemente enfrentada a circunstancias que le exigen respuesta. Otro aspecto de la Psicoterapia Existencial actual es que, al concebir a la persona como siempre en relación, ya sea con el mundo físico o corporal, o el mundo social e interpersonal, o el mundo personal, íntimo y psicológico, o inclusive con las dimensiones espirituales del mundo, se constituye como un enfoque postmoderno, que acentúa el estudio de la coconstrucción que hacemos cotidianamente de lo que llamamos realidad.

Esto se expresa principalmente en el énfasis que hace al estudio y trabajo constante en y con la relación terapéutica. Las vicisitudes de cada encuentro terapéutico son tratadas con especial atención, observando aquellos aspectos que obstruyan las posibilidades de generar un encuentro auténtico entre cliente y terapeuta o, en el caso de la terapia de grupo, entre todos los participantes.

IV.1 Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la dereflexión, el auto-distanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la dereflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hipereflexión. En el auto -distanciamiento, el "compañero existencial" -como se le llama al cliente o paciente- aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él.

En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio. Y en el diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

Se tiene en cuenta que Viktor Frankl llevó su teoría -que ya había comenzado a desarrollar anteriormente- a la práctica en un campo de concentración alemán, podremos comprender el porqué de dicha tesis: al desprenderse de todo lo material, de sus logros, de sus problemas, de todo aquello por lo que ha luchado en la vida, comprende que sólo le queda su esencia, su génesis, su logos. De esta forma podrá ver detalles, cualidades, recursos y características de uno mismo que nunca pensó ver o encontrar, se fijará en aspectos de la vida realmente importantes; con el tiempo la persona logrará trascender y ver un verdadero sentido en su vida y se sentirá feliz de estar vivo.

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

La logoterapia es un tipo de psicoterapia "la tercera escuela vienesa de psicoterapia", la primera es el psicoanálisis de Freud y la segunda la escuela psicoterapia", la primera es el psicoanálisis de Freud y la segunda la escuela explica que elige este término porque Logos es una palabra griega que equivale a "sentido", "significado" o "propósito". La Logoterapia centra su atención en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre.

En la Logoterapia se busca una visión integral de la persona, en la que se le ve como a un ser único e irreplicable, en el que hay que tener en consideración su dimensión espiritual.

Según la Logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida. Por eso habla Frankl de voluntad de sentido, en contraste con el principio de placer (o, como también podríamos denominarlo, la voluntad de placer) en que se centra el psicoanálisis freudiano, y en contraste con la voluntad de poder que enfatiza la psicología individual de Adler.

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

Constituye una fuerza primaria y no una "racionalización secundaria" de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido." (Viktor E. Frankl. 'El hombre en busca de sentido')

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

El logoterapeuta tiene la función de ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de significados y principios.

Nunca debe imponer juicios sino dejar que el paciente busque por sí mismo, por ejemplo la neurótica trata de huir de conocer el cometido de su vida, pero el darle a conocer esta posibilidad y guiarle a una mayor comprensión de ello puede ayudarle mucho. Es una alternativa a seguir pensando reiteradamente en sus dificultades y síntomas.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En este capítulo se presenta la metodología utilizada durante la Práctica Profesional Dirigida, para se elaboraron diversos programas, planificaciones y cronogramas de trabajo que sirvieron de guía para alcanzar los objetivos propuestos.

3.1 Programa de estudio de la práctica profesional dirigida

3.1.1 Propósito del curso

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

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

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

3.1.2 Competencias a fortalecer

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

3.1.3 Indicadores de logro

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

3.1.4 Contenido Temático del Curso

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

8. Atención a comunidades de riesgo
9. Detección de situaciones de resistencia
10. Creación de programas y proyectos

3.1.5 Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso.

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

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

3.2 Cronograma de Actividades

I Fase Del 21 de enero al 28 de abril.

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad (día sábado 6/02) 	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica.</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo.</p> <p>Diagnóstico de Conocimientos</p> <p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos.</p> <p>Del 1 al 12 de marzo</p>	<p>Entrega de resumen del libro</p> <p>La Entrevista Psiquiátrica.</p> <p>Entrega de Planificación</p> <p>Día sábado 6/ 02</p>
La entrevista	<p>Panel foro</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p>	Guía de lectura
<p>Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p> <p>Continuación</p>	<p>Laboratorio</p> <p>Inicio de práctica lunes 1 de Marzo</p> <p>En centro de práctica:</p> <p>Investigación marco de Referencia</p> <p>Observación de actividades</p> <p>cronograma de</p>	<p>actividades</p>

	<p>Integración en actividades del centro de práctica.</p> <p>Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica</p>	Entrega y revisión
<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p>	<p>Elaboración de Referente Metodológico</p> <p>En centro de práctica:</p> <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc.</p> <p>Registro de casos/ formularios, etc.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc.</p> <p>Discusión de casos</p>	<p>Entrega y revisión del Marco de referencia.</p> <p>Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).</p>
Marco de referencia	<p>Elaboración de Marco de Referencia</p>	Entrega y revisión
<p>Análisis y discusión de formas De Psicoterapia:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas</p> <p>-Psicoterapias Humanistas</p> <p>--Psicoterapias Conductistas</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones Prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de Psicoterapia</p> <p>Entrega de Informes Mensuales / cada mes</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)</p>

II Fase Del 6 de mayo al 26 de agosto

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

III Fase Del 2 de septiembre al 18 de noviembre

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)
Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados
Primera revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe
Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del Informe
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del Informe final
Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación general de práctica

Lugar: Clínicas APROFAM Chimaltenango

Alumno Practicante: Manuel Amilcar Lima Martínez

Ciclo: 2012

Mes: enero -febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros y resultados
Encontrar la institución adecuada para realizar la práctica profesional dirigida.	Elaboración de planificación de actividades generales de la práctica de campo Visitar el centro de práctica. Hacer acuerdos con autoridades del centro.	Visita el centro de práctica Comunicación verbal y escrita con las autoridades del centro de práctica.	-Institucionales -Humanos	Establece en conjunto con las autoridades educativas una forma de trabajo que permita la convivencia y colaboración con el personal y pacientes de la institución.

Mes: marzo

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

Mes: abril

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

Mes: mayo

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

Mes: junio

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

Mes: julio

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

Mes: agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros y resultados
Ofrecer capacitaciones a diversos grupos sobre temas de interés e importancia para cada grupo. Agradecer al centro de práctica el	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores ✓ Elaboración de Proyecto de Salud Mental ✓ Entrega de carta de agradecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - xposiciones - Audio visuales - Actividades vivenciales - Dinámicas - 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos - Hojas -Lapiceros 	<p>Ofrece capacitaciones a diversos grupos sobre temas de interés e importancia para cada grupo.</p> <p>Agradece al centro de práctica el tiempo y espacio que se le</p>

Continuación de cronograma de actividades				
tiempo y espacio que se le brindó a la alumna practicante.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ para la Institución dada por la Universidad. ✓ Clausura en centro de Práctica 	-		brindó a la alumna practicante.

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos

3.4.1.1 Descripción

A continuación se presenta detalladamente la forma en que se trabajó en los casos atendidos en el centro de práctica por el encargado del área de psicología de la institución, tomando en cuenta los procedimientos obtenidos, también se detallan los objetivos y las actividades que se llevaron a cabo.

3.4.1.2 Objetivos

- ✓ Informarle a las personas del trabajo que desarrolla un psicólogo.
- ✓ Concientizar a las personas del tipo de problema en el que se encuentran.
- ✓ Informarle a las personas de lo importante que es recibir ayuda psicológica.

3.4.1.3 Cronograma de actividades

Mes	Actividades	No. Casos	Lugares
Marzo	Reconocimiento del lugar y capacitación.	No se atendieron casos.	Clínica APROFAM Chimaltenango.
Abril	Entrevistas Examen mental Aplicación de test Aplicación de técnicas terapéuticas.	Cinco casos atendidos	Clínica APROFAM Chimaltenango.
Mayo	Aplicación de test proyectivos. Diagnóstico Aplicación de técnicas psicoterapeutas	Cinco casos atendidos	Clínica APROFAM Chimaltenango.
Junio	Aplicación de técnicas psicoterapeutas, según el diagnóstico de cada paciente	Cuatro casos atendidos	Clínica APROFAM Chimaltenango.
Julio	Entrevistas Examen mental Aplicación de test	Tres casos atendidos	Clínica APROFAM Chimaltenango.
Agosto	Culminación del proceso psicoterapeuta	Cinco casos atendidos	Clínica APROFAM Chimaltenango.

3.4.2 Programa de Capacitación

3.4.2.1 Descripción

En esta etapa de la práctica se realizaron diversas capacitaciones a hombres, mujeres, niños y adolescentes sobre diversos temas de importancia que afectan a la sociedad en general y de cómo prevenir y luchar por mejorar la salud psicológica en diversas instituciones vinculadas con APROFAM Chimaltenango.

3.4.2.2 Objetivos

- ✓ Fortalecer los valores y de las personas que asisten al taller.
- ✓ Fortalecer la autoestima en los adolescentes.
- ✓ Darle a conocer a las personas diversos temas que afectan a la población.
- ✓ Concientizar a los adolescentes de que no deben callar si sufren algún tipo de violencia.
- ✓ Darles a conocer que el psicólogo puede brindarles ayuda en el momento que se requiera.

3.4.2.3 Cronograma de actividades

Mes	No. De taller	Temática	Institución	No. de Participantes
20/05/2012	Taller No. 1	Autoestima y Educación Sexual.	Liceo Español. Técnico Industrial Chimalteco.	60 alumnos
15/06/2012	Taller No. 2	Autoestima y Sexualidad	Casa Hogar Santa Apolonia.	50 personas Alumnos y encargados.
19/07/2012	Taller No. 3	Educación sexual	Técnico Industrial Chimalteco	125 alumnos. Nivel básico
17/08/2012	Taller No. 4	Maternidad y Paternidad Responsable	Técnico Industrial Chimalteco	150 alumnos Nivel diversificado
10/07/2012	Taller No. 5	Psicodinámica familiar	Instituto Leónidas Mencos Ávila.	800 personas Padres de familia.

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo del informe, se presentan los resultados de la práctica supervisada realizada en la clínica psicológica de APROFAM durante el tiempo estipulado, realizando así diversas atenciones de orientación psicológica y charlas motivacionales, obteniendo buenos resultados para dicha institución.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Apoyo al personal de la institución
- ✓ Buenas relaciones interpersonales con las personas que solicitaban apoyo.
- ✓ Aprendizaje significativo en el área de psicología.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ Varias de las personas no conocen la dirección de dicha institución.
- ✓ No había presupuesto para regalar las cesiones con los pacientes.
- ✓ Falta de presencia de los pacientes, por diversos imprevistos.
- ✓ La institución no cuenta con parqueo en el centro.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ Se obtuvieron nuevos conocimientos en el área de psicología.
- ✓ Se practicó todo lo aprendido durante el tiempo de estudio.
- ✓ Se debe tomar en cuenta la ética y la profesionalidad en cada uno de los casos.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Seguir prestando atención psicológica a toda la población que lo necesite.
- ✓ Seguir con la atención de los casos posteriormente.
- ✓ Darle a conocer a las personas el área de psicología con que cuenta la institución.

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

Historia clínica No. 1

I Datos generales

Nombre:	P. M. D.
Edad:	30 años
Sexo:	Masculino
Profesión:	Perito contador
Estado civil:	Soltero
Religión:	Católico
Dirección:	Chimaltenango

II Motivo de consulta

El paciente acudió a la clínica psicológica de APROFAM para recibir apoyo psicológico por el problema que está padeciendo.

III Historia del problema actual

El paciente es objeto de burla en la oficina contable en la que actualmente labora, por parte del jefe y compañeros que en el laboran, refiere que todo lo que el realiza es motivo de crítica e incluso murmuran sobre su aspecto físico.

IV Factores precipitantes

El paciente refiere sentirse mal emocionalmente ya que los comentarios de sus compañeros de trabajo afectan su integridad como ser humano.

V Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Su familia a padecido junto con el los problemas que tiene en su trabajo y por los comentarios que hacen los demás.

VI Antecedentes Personales

Él es soltero, proviene de una familia humilde de bajos recursos, tuvo una novia quien lo engañó, hace tres años estuvo trabajando en un proyecto en el cual invirtió tiempo y dinero, el proyecto se llevó a cabo gracias a los esfuerzos que realizó pero al final él no obtuvo ningún mérito, por sus esfuerzos y fueron otras personas quienes lo recibieron lo cual le afectó su estado emocional, diciéndose así mismo que nadie valora los esfuerzos que realiza y las personas que están a su alrededor le llamaban fracasado, que no vale nada, que por gusto invierte tiempo y dinero en proyectos, etc. Este tipo de comentarios han afectado la autoestima del paciente.

VII Historia médica

Refiere que padeció de migraña, hace cuatro años pero que pudo controlársela a tiempo, gracias a las atenciones que le brindó el médico y que ya no ha padecido de esos dolores.

VIII Historia familiar

El paciente es el cuarto de sus hermanos, tiene dos hermanas casadas y un hermano casado, dos hermanos pequeños y sus dos papás los cuales padecen de muchas enfermedades, y él por ser el mayor de la casa debe hacerse cargo de ellos, ya que los hermanos que se encuentran casados no les brinda ayuda económica, ya que años atrás tuvieron diversas dificultades por la herencia del papá, lo cual hizo que hubieran problemas entre ellos que llegaron al punto de quitarse el habla.

IX Criterios diagnósticos

- ✓ Inseguridad
- ✓ Ansiedad
- ✓ Estrés
- ✓ Depresión
- ✓ Baja autoestima

X Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno del estado del animo

Eje II: Trastorno adaptativo

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social.

Eje V: 80 (actual)

XI Pronóstico

Debe seguir un plan terapéutico para que no recaiga.

XII Plan terapéutico

Al paciente se le brindo una terapia breve

Racional emotiva

Cognitiva conductual

Historia Clínica No. 2

I Datos generales

Nombre:	J.X.J.
Edad:	40 años
Sexo:	Femenino
Profesión:	Comerciante
Estado civil:	Tercero básico
Religión:	Evangélica
Dirección:	Chimaltenango

II Motivo de consulta

La paciente acudió a la clínica psicológica de APROFAM para recibir apoyo psicológico por el eengañó de su esposo, se siente muy desvalorizada e indignada por lo que está pasando con su matrimonio.

III Historia del problema actual

La paciente presenta falta de atención y concentración, afecto restringido, manifiesta tristeza. No presenta ningún interés por estar en buen ánimo, no duerme, llora mucho.

IV Factores precipitantes

La paciente atribuye el problema al alcoholismo de su esposo, la infidelidad y separación temporal de él.

V Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Su familia la apoya ya que ellos se dan cuenta del engaño y lo que está pasando su vida personal ya que constante mente su esposo le reprocha que ella lo echo de su casa en una fecha tan especial para él, él le fue infiel y ella quiere perdonarlo pero él no desea que eso pase ya que el formalizo su relación con otra persona.

VI Antecedentes Personales

La paciente ha sufrido mucho la infidelidad de su esposo y el alcoholismo que ha presentado últimamente, manifestando tristeza, cambios de humor, la indignación de no ser una esposa buena, trata de estar bien en lo que puede por sus hijos porque no soporta que la miren llorar pero en cualquier momento se suelta a lagrimas.

Anteriormente presentó cambios en su conducta se muestra a la defensiva ante lo que el digan ya que se encuentra muy afectada por lo que le está pasando en su vida familiar.

VII Historia médica

Refiere que padeció de hipertensión y fue controlado a través de medicamentos y controles médicos.

VIII Historia familiar

La paciente refiere que el esposo no ha utilizado violencia física bajo efectos del alcohol, pero sí violencia verbal y psicológica, lo cual le produce fuertes remordimientos y reacciona inmediatamente abatida en llanto constante, ya que en el fondo él desea ser un buen padre pero le dice a la esposa que a pesar de eso ya no la quiere. Todo lo anterior le recuerda su infancia ya que su entorno familiar fue violento y eso le afecto mucho.

IX Criterios diagnósticos

- ✓ Inseguridad
- ✓ Ansiedad
- ✓ Estrés
- ✓ Depresión
- ✓ Baja autoestima

X Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Estrés situacional agudo o crónico Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1) Separación.
Eje V	Grado de adaptación psicosocial EEAG: 80

XI Pronóstico

La inseguridad la hace muy vulnerable ante la toma de decisiones esto le genera conflictos emocionales. Puede caer en una depresión si no fortalece y canaliza sus emociones ya que eso le genera conflicto.

XII Plan terapéutico

Trabajar el perdón

Aceptación

Autoestima

Trabajar toma de decisiones

Historia clínica No. 3

I Datos Generales

Nombre:	A.R.H.L
Edad:	35 años
Sexo:	Femenino
Profesión:	Secretaria oficinista
Estado civil:	Unión de hecho
Religión:	Católica
Dirección:	Chimaltenango

II Motivo de consulta

La paciente acudió a la institución para recibir apoyo psicológico por que fue acusada por su ex esposo y su padre por maltrato infantil, falta de alimentación y vestuario al niño de 5 años de edad.

III Historia del problema actual

La paciente es una mujer trabajadora que lucha por su hijo, ella vivía con su padre y su madrastra ya que el padre biológico del niño los abandono y no supo más de él, después de varios años el padre del niño vuelve y quiere saber de su hijo, la paciente rechaza el interés que tiene el papa del niño ya que nunca los buscó para saber de ellos.

IV Factores precipitantes

La paciente fue acusada de maltrato infantil, la denuncia fue realizada por su padre y su ex esposo con la finalidad de quitarle a su hijo.

V Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Este problema está afectando la vida familiar de la paciente ya que su padre se puso de acuerdo con su ex esposo para quitarle al niño algo que la paciente no puede asimilar, porque jamás pensó que su papá se pondría de acuerdo con su ex pareja para quitarle al niño.

VI Antecedentes Personales

La paciente actualmente tiene una pareja, esta persona le ha brindado apoyo con el niño, la señora espera un segundo bebé que es fruto de su nueva relación, el niño tiene celos de su nuevo hermanito. La nueva pareja refiere que él quiere a ambos hijos y siempre le ha demostrado cuanto lo quiere, al momento de ir al colegio el viste al niño, le sirve el desayuno y lo lleva mientras su madre se va a trabajar.

VII Historia médica

No presenta ningún problema médico.

VII Historia familiar

La madre de la paciente falleció cuando ella tenía 15 años, poco tiempo después su padre encontró otra pareja menor que él, ella no estuvo de acuerdo en esa relación y no quería a la pareja de su padre, tiempo después la acepto y la relación entre ellas cambio, ella vivía en la casa de su padre junto con su hijo y su madrastra, el padre de la paciente sabia de su nueva relación y estaba de acuerdo con ella hasta que apareció el padre biológico del niño e iniciaron las dificultades, cuando se empezaron a dar ella decidió irse a vivir con su pareja cosa que a su padre no le pareció y desde ese momento empezaron los problemas, el padre de la paciente no estuvo de acuerdo a que se llevara a su hijo ya que él lo veía como el hijo varón que no tubo.

VIII Criterios diagnósticos

Falta de apetito

Depresión

Ansiedad

Estrés

IX Evaluación multiaxial:

Eje I: Trastorno del estado de animo

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: 80 (actual)

X Pronóstico

Debe recibir terapia de apoyo emocional

XI Plan terapéutico

Apoyo emocional por la denuncia que recibió. Cognitivo conductual

Historia clínica No.4

I Datos Generales

Nombre: R. J. P. M.
Edad: 18 años
Sexo: Femenino
Profesión: Estudiante
Estado civil: Soltera
Religión. Evangélica
Dirección: Chimaltenango

II Motivo de consulta

Apoyo emocional por el fallecimiento de su padre.

III Historia del problema actual

La paciente está afectada por la forma tan violenta en la que falleció su padre en la frontera entre México y Estados Unidos.

IV Factores precipitantes

Asimilación por el fallecimiento de su padre.

V Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Toda la familia está afectada por el acontecimiento ocurrido en la frontera ya que todos esperaban que el señor pudiera pasar la frontera.

VI Antecedentes Personales

La paciente refiere que era la única que tenía buena relación con su padre y que le dolió mucho que él se haya marchado para los Estados Unidos, al momento de partir el padre le pidió que cuidara de su mamá y de sus demás

hermanas por ser una persona responsable y porque es la única hija que sigue estudiando y sus hermanas están celosas porque ella era la preferida de su papá.

VII Historia médica

No presenta ningún problema médico.

VIII Historia familiar

Son seis hijas mujeres y solamente una está casada, de las seis ella es la tercera hija y es la única que siguió estudiando porque sus demás hermanas decidieron ya no seguir, tienen una tienda la cual les ayuda a sufragar los gastos que se tiene, el propósito del padre era irse y darles una mejor vida a todas ellas y a su esposa. Por lo sucedido se vieron en la necesidad de buscar un trabajo que desempeñar para poder ayudar en la casa, y que existan más ingresos económicos.

IX Criterios diagnósticos

Angustia

Preocupación

Desanimo

Tristeza

X Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno de ansiedad

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: 91 (actual)

XI Pronóstico

Seguir con la terapia de ayuda emocional para que no exista recibidante.

XII Plan terapéutico

Apoyo emocional, Terapia breve, terapia sistémica.

Historia clínica No. 5

I Datos Generales

Nombre: V. M. T. M.
Edad: 15 años
Sexo: Femenino
Profesión:
Estado civil: Soltera
Religión: Evangélica
Dirección: Chimaltenango

II Motivo de consulta

Apoyo emocional por el fallecimiento de su padre.

III Historia del problema actual

La paciente refiere estar muy triste por la pérdida de su padre ya que aún no asimila la forma en la que el falleció.

IV Factores precipitantes

La pérdida tan inesperada de su padre.

V Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Toda la familia está muy afectada por haber perdido un integrante, pero esta paciente está tratando de asimilar dicha pérdida y por las actitudes que se tomaron toda la familia, ya que los tíos de parte del papá no se llevan bien con su familia por problemas anteriores que tuvieron.

VI Antecedentes Personales

Refiere estar muy sentida ya que ella no era una de las preferidas de su papá dejó de estudiar porque no le gusta, actualmente tiene novio, quien la visita y le ayuda a distraerse, ella es la encargada de ver a su mamá y hermanitas ya que no trabaja.

VII Historia médica

No presenta ningún problema médico.

VIII Historia familiar

La familia está integrada por seis hijas y los dos padres, de las hermanas la mayor es la única que está casada, todos estuvieron de acuerdo a que el señor viajara y así poderles dar un mejor estilo de vida, sin embargo les causó un gran dolor por la partida del ser querido, al momento de recibir la mala noticia de que había fallecido su papá, los hermanos del señor decidieron hablarle a la familia, y los acompañaron a esperar el cuerpo.

IX Criterios diagnósticos

Angustia

Preocupación

Desanimó

Tristeza

Falta de sueño

X Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno del sueño

Eje II: Ninguno 228

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: 91 (actual)

XI Pronóstico

Continuar con el plan terapéutico.

XII Plan terapéutico

Apoyo emocional

Terapia breve

Terapia sistémica.

4.2 Programa de capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Orientar a las personas para que puedan reconocer los problemas que afectan a la sociedad.
- ✓ Conocimiento de estrategias para brindar apoyo a personas que lo necesiten.

- ✓ Establecer un canal de información confiable en temas de importancia actual.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ Falta de interés en conocer más de los temas.
- ✓ Poco espacio para trabajar.
- ✓ Impuntualidad de algunos participantes.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Es importante proporcionar información a todas las personas.
- ✓ La falta de orientadores en los centros educativos e instituciones afecta a la población en general.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Continuar con las charlas para que todos tengan un conocimiento adecuado de los problemas que afectan a la sociedad.
- ✓ Capacitar a maestros y demás población para que puedan impartir talleres.
- ✓ Involucrar a toda la población a conocer de estos temas.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Educación sexual, fecha 21 de mayo de 2012

Dirigida a niños, niñas y docentes del Liceo Español Col. Santa Terecita Chimaltenango.

1. Objetivos

- ✓ Los alumnos serán capaces de mejorar su personalidad tomando en cuenta que la educación sexual es primordial para su estabilidad emocional.
- ✓ Identificarán la diferencia de órganos sexuales masculinos y femeninos.
- ✓ Valorarán su cuerpo ya que es primordial para su realización como personas.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica rompe hielo
- ✓ Introducción del tema por medio de exposición
- ✓ Explicación del tema por medio de un video

3. Cronograma de actividades (ver anexos)

4. Contenido

Educación sexual es un término que se usa para describir la educación acerca de la sexualidad humana, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y otros aspectos de la sexualidad humana.

Charla 2

Autoestima, fecha 18 de junio del 2012

Dirigida a adolescentes y encargados de la Casa Hogar Santa Apolonia.

1. Objetivos

- ✓ Los adolescentes y encargados serán capaces de mejorar su personalidad tomando en cuenta que la autoestima es primordial para su estabilidad emocional.
- ✓ Identificarán que es la auto estima y como debe manejarla.
- ✓ Realizarán actividades para su conservación emocional.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámicas
- ✓ Introducción del tema por medio de exposición
- ✓ Explicación del tema por medio de un video

3. Cronograma de actividades (ver anexos)

4. Contenido

Cuando tenemos buena autoestima, nos amamos, nos respetamos, nos valoramos, nos damos el lugar que merecemos, nos sentimos merecedores de todo lo bueno y esto por ende, nos llevará a que el resto del mundo te ame, te respete, te valore y te el lugar que te corresponde.

Charla 3

Pubertad y adolescencia, fecha 16 de julio de 2012

Dirigida a alumnos y alumnas de nivel básico del Técnico Industrial Chimalteco

1. Objetivos

- ✓ Los alumnos serán capaces de identificar los cambios que experimentaran en esta etapa de su vida tomando en cuenta que la educación sexual es primordial para su estabilidad emocional.
- ✓ Identificarán los órganos sexuales masculinos y femeninos.
- ✓ Valorarán su cuerpo ya que es primordial para su realización como personas.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica
- ✓ Introducción del tema por medio de exposición
- ✓ Explicación del tema por medio de un video

3. Cronograma de actividades (ver anexos)

4. Contenido

La pubertad, adolescencia inicial o adolescencia temprana es la primera fase de la adolescencia y de la juventud, normalmente se inicia entre los 12 y 13 años en las niñas y entre 13 y 14 años en los niños y finaliza entre los 15 y 17 años. En la pubertad se lleva a cabo el proceso de cambios físicos en el cual el cuerpo del niño o niña se convierte en adolescente, capaz de la reproducción sexual.

El crecimiento se acelera en la primera mitad de la pubertad, y alcanza su desarrollo al final. Las diferencias corporales entre niños y niñas antes de la pubertad son casi únicamente sus genitales. Durante la pubertad se notan diferencias más grandes en cuanto a tamaño, forma, composición y desarrollo funcional en muchas estructuras y sistemas del cuerpo. Las más obvias son las características sexuales secundarias. En sentido estricto, el término «pubertad» se refiere a los cambios corporales en la maduración sexual más que a los cambios psicosociales y culturales que esto conlleva.

Charla 4

Maternidad y paternidad responsable, fecha 20 de agosto de 2012

Dirigida a adolescentes del nivel diversificado del Técnico Industrial Chimalteco.

1. Objetivos

- ✓ Los alumnos serán capaces de comprender las responsabilidades que se adquieren al tener una maternidad o paternidad irresponsable tomando en cuenta que la edad en la que se encuentran no es la adecuada.
- ✓ Identificarán la diferencia entre la responsabilidad y el libertinaje sexual.

- ✓ Valoraran su cuerpo ya que es primordial para su realización como personas.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámicas
- ✓ Introducción del tema por medio de exposición
- ✓ Explicación del tema por medio de un video

3. Cronograma de actividades (ver anexos)

4. Contenido

Es el total cumplimiento de los deberes y obligaciones que tienen los padres y madres para con sus hijos e hijas, desarrollando una actitud consiente y responsable como pareja, para cumplir con la misión sublime de procrear hijas e hijos sanos física, psicológica y socialmente.

Charla 5

Psicodinámica familiar, fecha 10 de agosto de 2012

Dirigida a los padres, alumnos y maestros del Instituto Leónidas Mencos Ávila, Chimaltenango.

1. Objetivos

- ✓ Los alumnos, Padres de familia y catedráticos serán capaces de mejorar su personalidad tomando en cuenta que la Psicodinámico familia es primordial para su estabilidad emocional.
- ✓ Identificarán los roles de cada integrante de la familia.
- ✓ Valoraran su familia ya que es primordial para su realización como ente social.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica
- ✓ Introducción del tema por medio de exposición
- ✓ Explicación del tema por medio de un video

3. Cronograma de actividades (ver anexos)

4. Contenido

Se basa en el comportamiento equilibrado de los roles familiares concretando una estabilidad física, psicológica y social la cual será percibida a lo largo de las etapas de la vida familiar en sus diferentes formas de enfrentar las circunstancias del diario vivir.

Se establece como Psicodinámica familiar ya que en el entorno familiar es un constante movimiento y roles los cuales debe estar aparte de identificados y establecidos con reglas comprendidos por cada uno de los integrantes de la misma.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.
- ✓ Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.
- ✓ La obtención de conciencia sobre que nuestro cuerpo es muy importante para el buen funcionamiento emocional, debido a ello debemos cuidarlo, alimentarlo, relajarlo, hacer ejercicio, para mantenerlo dinámico.
- ✓ El área espiritual es necesario cultivarla y mantener un espíritu saludable y libre de problemas, por lo que se requiere que cada uno busque según su idea de Dios como satisfacer esta necesidad.

4.3.2 Limitaciones

- ✓ Conflictos económicos a la hora de la realización del proyecto.

4.3.3 Conclusiones

El desarrollo del proyecto creó una confianza más amplia entre los participantes en aspectos sentimentales, apoyo, calor humano.

Motivo a los participantes a desarrollar nuevas técnicas de cuidado en su cuerpo.

4.3.4 Recomendaciones

Promover actividades donde se fomente el auto cuidado del psicólogo ya que es algo que se deja por un lado y es de suma importancia que se pueda tener un momento para él o ella.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

II. Introducción

Los estudiantes del quinto año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, llevan a cabo un proyecto de salud mental dentro de las actividades del curso de práctica profesional dirigida.

Debido a ello se ha elaborado un proyecto que potencie, eduque y promueva la salud mental del psicólogo que esta por concluir profesionalmente la carrera de psicología, ya que dentro de las competencias que debe tener un psicólogo está el saber controlar, mejorar y tomar decisiones en cuanto a las actividades del autocuidado propio, para que pueda brindar un servicio de calidad a las personas que atiende. Es por ello que en este proyecto se impartirán temas relacionados a la salud mental del psicólogo como también actividades de convivencia, relajación, reflexión, entre otros.

III. Justificación

Con el propósito de que los estudiantes de quinto año de la licenciatura en psicología social y consejería familiar de la Universidad Panamericana, fortalezcan la salud mental adquirida durante su preparación académica a lo largo de estos cinco años; se realiza un proyecto de cuidado personal, emocional y psicológico. Ya que es de suma importancia que la salud mental del psicólogo en formación esté a un nivel equilibrado, debido a las situaciones a las que ha sido sometido (estudio intenso de los cursos, trabajo personal, práctica en atención de casos, estrés por ser el último año de la carrera, etc.), para concluir con éxito su último año de carrera profesional.

Cada estudiante tendrá la oportunidad de autoconocerse, de poner en práctica algunas técnicas de relajación, de fortalecer relaciones interpersonales, intercambiar ideas, reflexionar acerca del estilo de vida que lleva y compartir momentos de distracción que lo alejen de la vida cotidiana; creemos que todos estos aspectos, de manera integrada, son fundamentales para la salud mental y el correcto auto cuidado que debe poseer un psicólogo.

III Objetivos

III.1 Objetivo general

- ✓ Fortalecer la salud mental del futuro profesional aplicada en el área personal, laboral, familiar y social.
- ✓ Crear y aplicar proyectos que promuevan la salud mental

III.2 Objetivos específicos

- ✓ Compartir y convivir grupalmente para fortalecer las relaciones interpersonales.
- ✓ Aprender y aplicar algunas técnicas que promueven la salud mental en el profesional de la psicología.
- ✓ Impulsar la salud mental como parte fundamental en la vida del psicólogo.

IV. Metodología

El grupo de estudiantes utiliza el proyecto como método, esta es una estrategia con la cual se puede llevar al futuro profesional a un proceso donde se integra el conocimiento adquirido durante la formación del psicólogo. Dicho proyecto busca enfrentar a los futuros profesionales a situaciones reales en donde se ponen en práctica todas las herramientas disponibles, y así provocar una mejora en la comunidad o grupo en el cual se ejecuta dicho proyecto.

La metodología utilizada en el proyecto es la participación activa y responsable de cada uno de los miembros, con el cual se pretende mejorar la salud mental de los futuros profesionales en psicología, solo así se tendrá una generación capaz de solventar las dificultades que día con día se deben resolver.

V. Lecciones aprendidas

1. Los participantes llegaron a la conclusión de que el proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.
2. Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.
3. Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.
4. Hubo un aprendizaje para trabajar en equipo, partiendo de la teoría de que ya se sabía hacerlo, sin embargo experimentarlo durante dos días seguidos y sobre todo, tomando en cuenta las condiciones (cansancio, calor), se reforzó el hecho de que sí nos apoyamos y somos responsables de lo que corresponde el objetivo será exitoso.
5. La obtención de conciencia sobre que nuestro cuerpo es muy importante para el buen funcionamiento emocional, debido a ello debemos cuidarlo, alimentarlo, relajarlo, hacer ejercicio, para mantenerlo dinámico.
6. Que cada persona es especial y tiene diferentes habilidades y mientras más las explore y las concientice mejor se desempeñará en las diferentes actividades que desempeñe.
7. El área espiritual es necesario cultivarla y mantener un espíritu saludable y libre de problemas, por lo que se requiere que cada uno busque según su idea de Dios como satisfacer esta necesidad.
8. A lo largo de las actividades aprendimos, compartimos y experimentamos cambios en nuestro ser, queremos agradecerle a la Licda. Sonia por la intervención en la actividad de la fogata fue excelente ya que

encontramos nuestros miedos y frustraciones y aprendimos a combatirlos y moldearlos para que ese miedo o dolor se convirtiera en energía para poder vencer los obstáculos de nuestra vida.

9. El proyecto fue una experiencia muy enriquecedora, cada grupo estuvo al tanto de sus actividades programadas, se vio la entrega y esmero para dar lo mejor de si.
10. Esta actividad marca el inicio de un nuevo reto, el reto de crecer como persona y como profesional.

VI. Cronograma y programa de actividades (ver anexos)

4.4.1 Presentación de resultados con gráficas

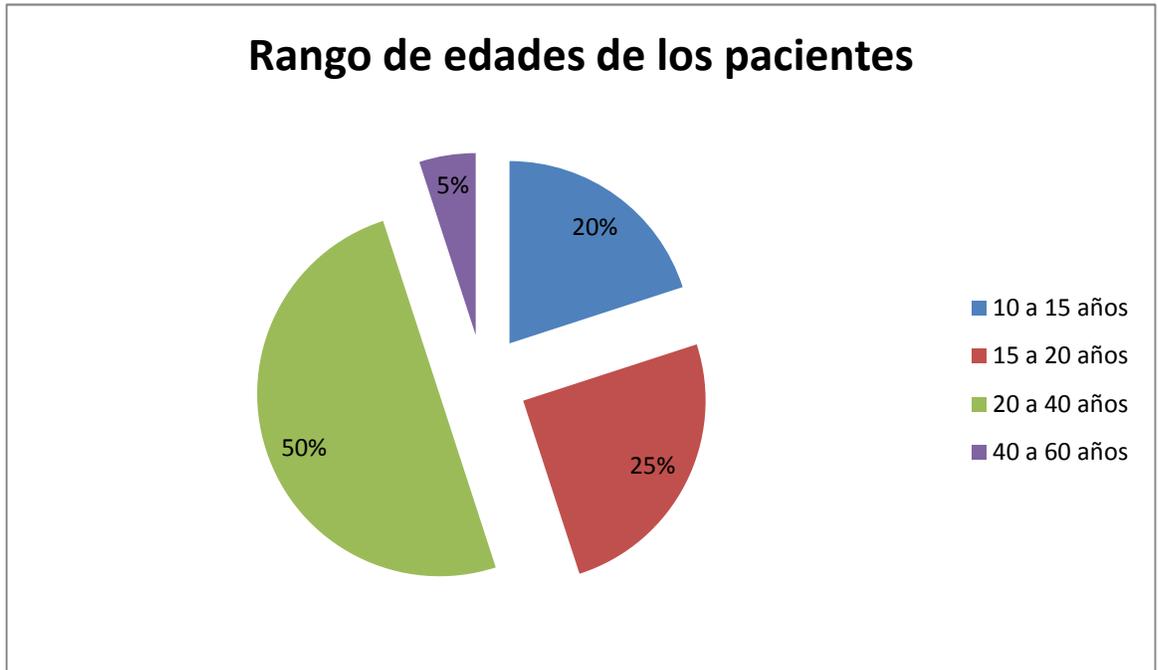
4.4.2 Programa de atención de casos

Gráfica 1



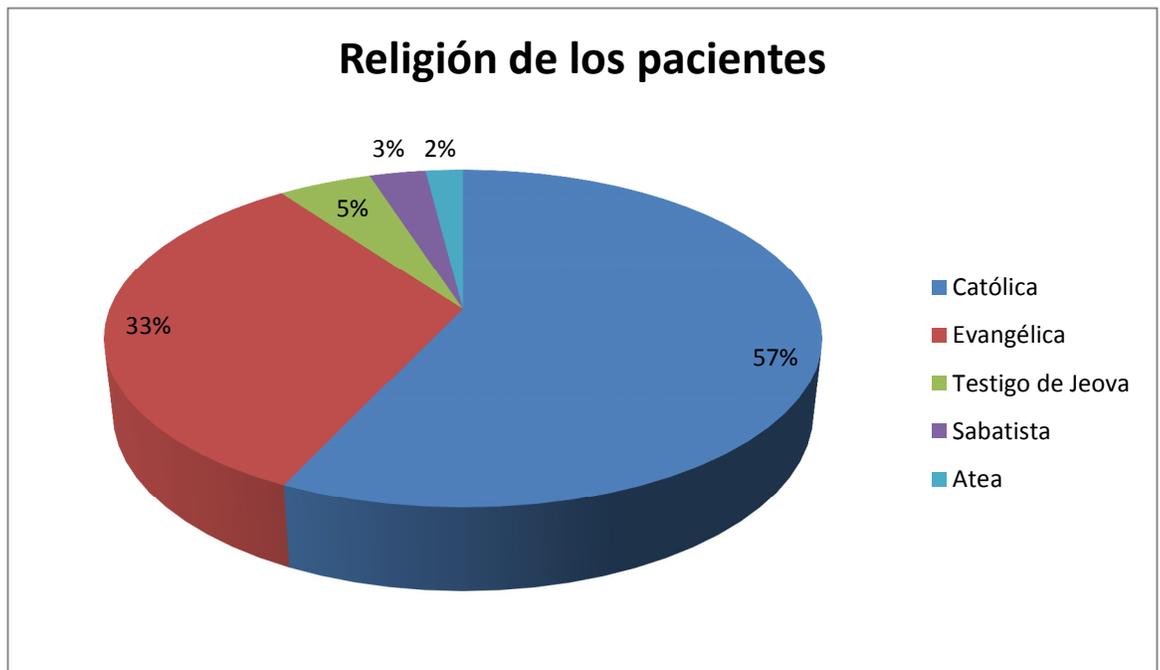
Fuente propia

Gráfica 2



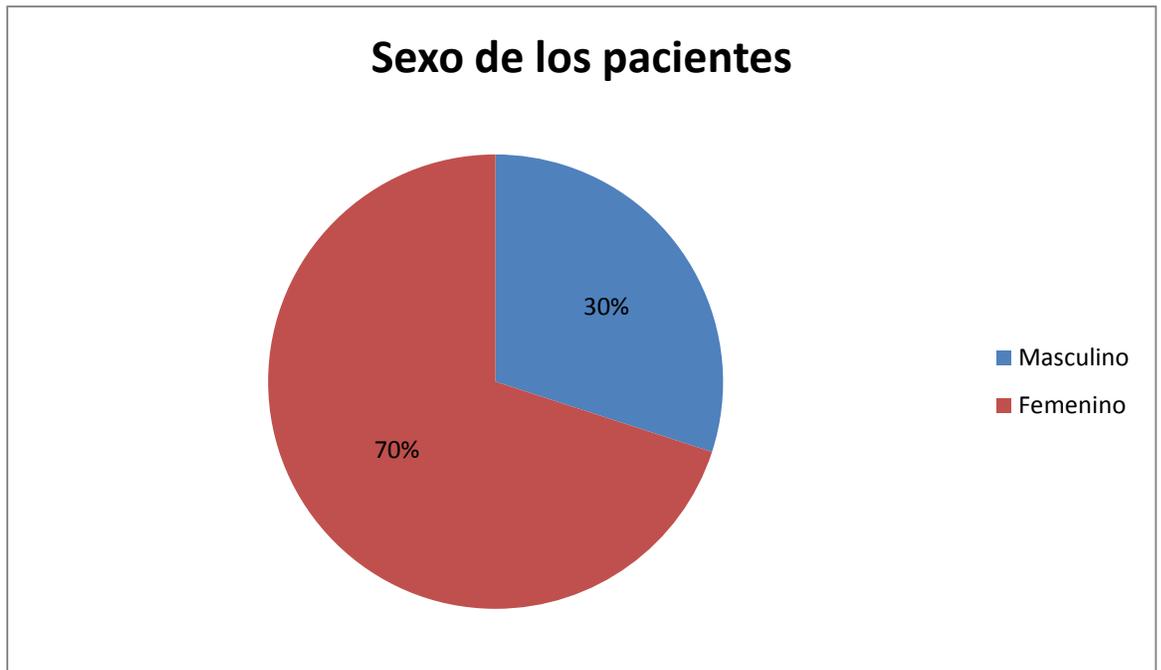
Fuente propia

Gráfica 3



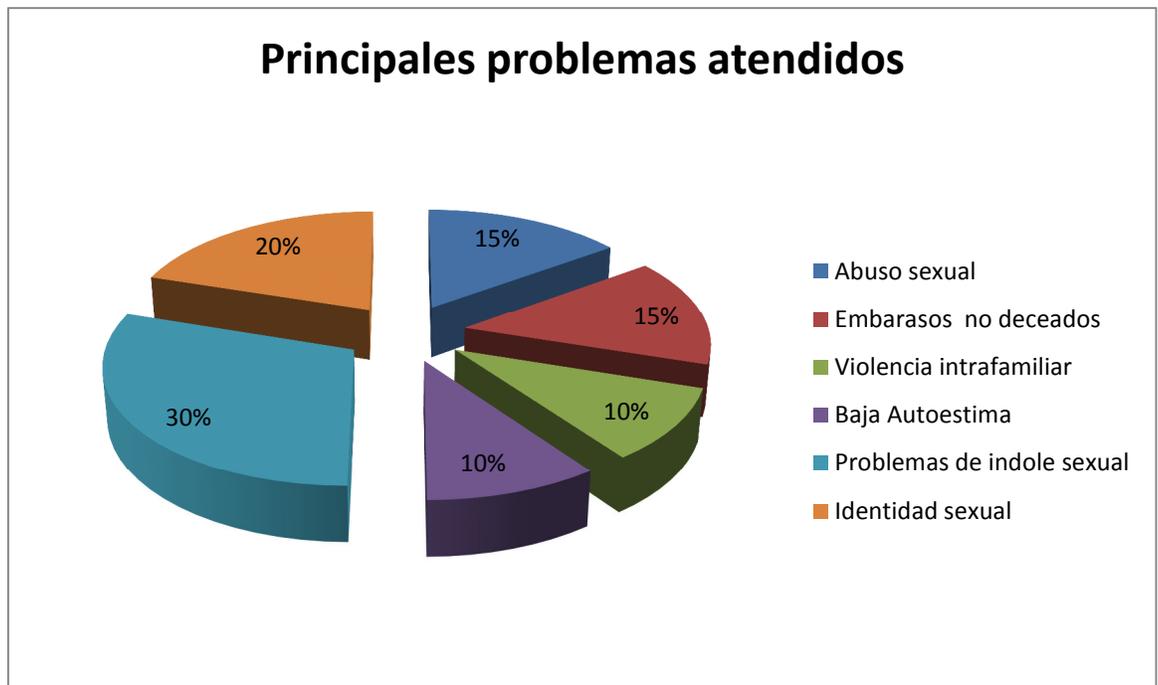
Fuente propia

Gráfica 4.



Fuente propia

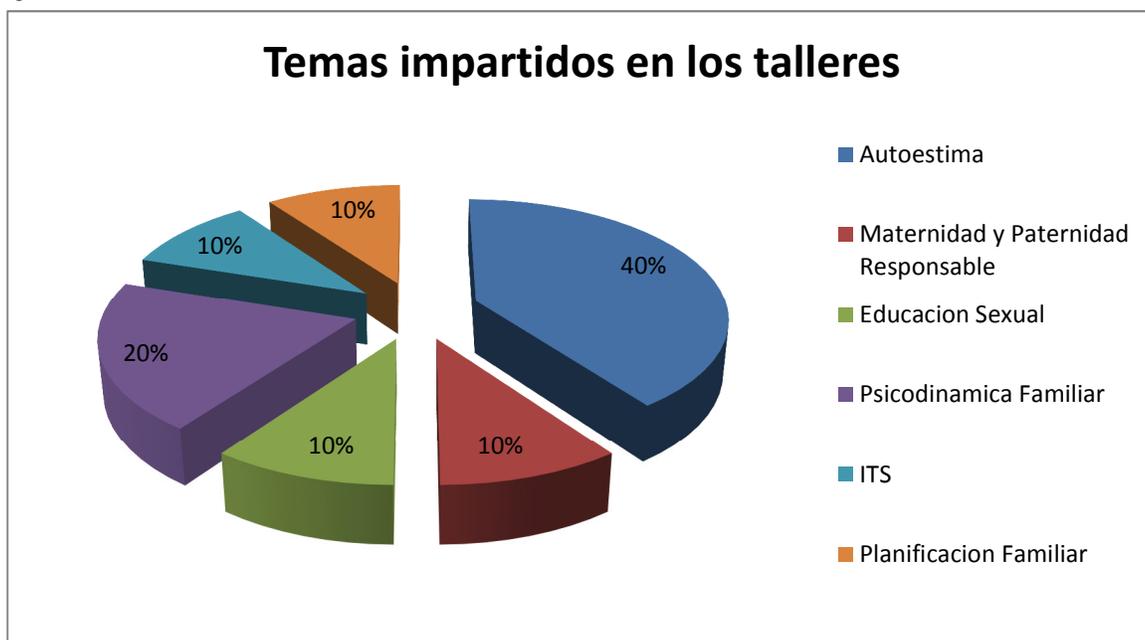
Gráfica 5



Fuente propia

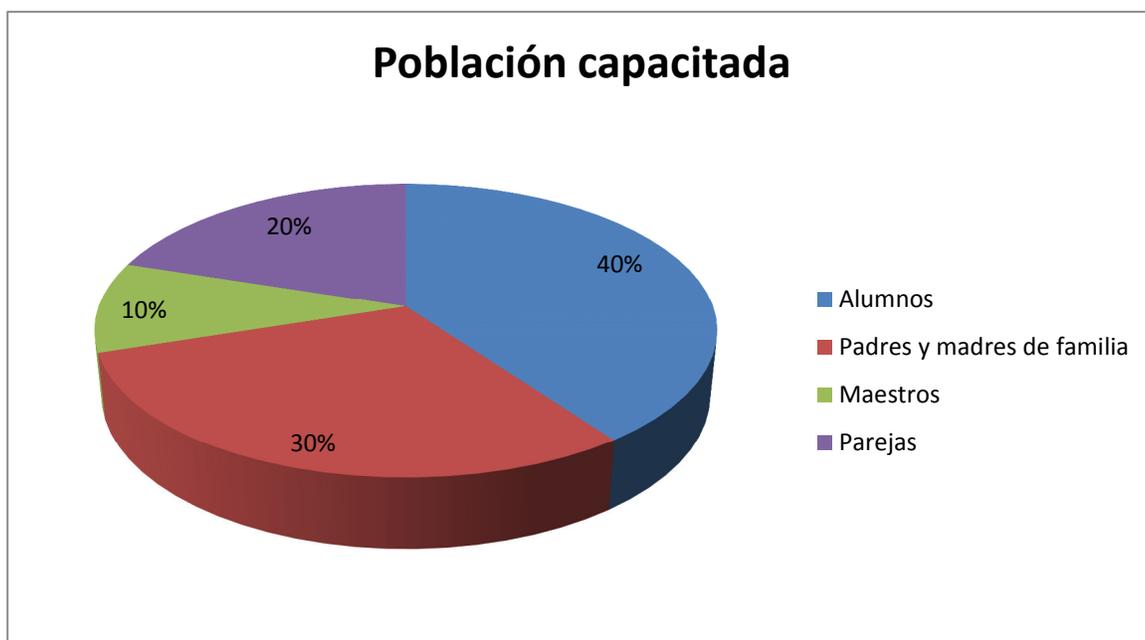
4.4.3 Programa de capacitación

Grafica 6



Fuente propia

Grafica 7



Fuente propio

4.4.4 Anàlisis de datos

- ❖ En la primer gráfica se presenta la atención de casos por mes en la cual se observa un incremento a lo largo de los 7 meses de permanencia en el centro de práctica, disminuyendo en el mes de septiembre ya que no se cubrió el mes completo debido a las festividades patrias.
- ❖ En la segunda gráfica se presenta el rango de edades de los pacientes que fueron atendidos, dicho rango oscila de los 10 hasta los 60 años teniendo una amplia cobertura en la atención de casos.
- ❖ En la tercer gráfica se presenta la religión de los pacientes la cual indica que la mayoría de pacientes atendidos son católicos y el resto se distribuyen en otras corrientes religiosas.
- ❖ En la cuarta gráfica se presenta el sexo de los pacientes atendidos, en la cual se observa un incremento en el sexo femenino y un notable declive en el masculino.
- ❖ En la quinta gráfica se presenta los principales problemas atendidos durante el periodo de práctica los cuales están descritos por porcentaje de atención.
- ❖ En la sexta grafica se presentan los temas impartidos en los diferentes talleres, los cuales fueron impartidos según la necesidad de información que se solicitaba al centro de práctica.
- ❖ En la séptima gráfica se presenta la población que fue capacitada durante el periodo de talleres impartidos, dicha población esta descrita según el tipo de institución a la cual se asistió a proporcionar la información.

Conclusiones

- En Guatemala existen entidades como APROFAM que tienen una misión y visión clara hacia la población, pero en muchas ocasiones se requiere de apoyo en recursos materiales y humanos para poder llegar a los lugares en los cuales sea necesaria la intervención psicológica, por tal razón es necesario establecer lasos institucionales que promuevan el trabajo en equipo y así ayudar a la población del departamento de Chimaltenango.
- El psicólogo que pretenda colaborar en un sector específico de la sociedad debe conocer el contexto, historia, idiosincrasia y cultural de la persona en tratamiento para ser efectivo en su intervención.
- Promover la salud mental y el respeto a la vida a través de movimientos, con publicidad y la radiodifusión en las comunidades será un soporte informativo esencial para la población en general manteniéndola informada y actualizada en los diferentes ámbitos que le rodean.
- La participación activa de profesionales en el desempeño psicológico de las comunidades fructificara en el cambio sustancial de las nuevas generaciones

Recomendaciones

- Todo profesional debe tener un alto desempeño ético y moral, sin embargo para el profesional de psicología es necesario e indispensable considerando que se trabaja con lo más vulnerable de una persona, sus sentimientos, temores y conducta,
- El psicólogo debe mantenerse en una constante actualización de prácticas y conocimientos para optimizar con resultados.
- Todo centro asistencial, público o privado, formal o informal, debe considerar proveer de ayuda psicológica por un profesional debido a que, la salud física está altamente ligada a la salud mental.
- La capacitación constante en los centros asistenciales es indispensable ya que día con día el mundo evoluciona y exige más calidad en la atención de los pacientes.

Referencias

Libros

1. Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.
2. Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
3. Belloch, A y Sandín B.(1,997) *Manual de Psicopatología, volumen I*, España: Mcgraw-Hill.
4. José de Jesús González Nuñez *Psicoterapia Grupal.. Manual Moderno*
5. *Bellak y Small Psicoterapia breve y de Emergencia*. Edit. Pax
6. *Carl Rogers Terapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
7. *Ellis, Albert. Manual de la Terapia Racional Emotiva .Volumen II* Bilbao: Editorial Desclee
8. Moreno Jacob. *El Psicodrama*. México. Ediciones Fondo de Cultura Económica
9. Craig, Grace. *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall
10. Dorch, F. *Diccionario de Psicología*. Herder
11. Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G., Recinos. *conductas problema en el niño anormal*. Editorial Trillas
12. Collins, Gary. *Consejería Cristiana efectiva*. Editorial Portavoz
13. M. Jacobs. *Esa Voz Interior*. Editorial Clie
14. Fernández, R. (2001) *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.
15. Bruce E. Compas, (2003) *Introducción a la psicología clínica*. Mexico: MC. Graw-Hill
16. Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR* Editorial Masson, S.A: México.
17. Aguilar, G. (2009). *Problemas de la conducta y las emociones en el niño normal*. México: Editorial Trillas.
18. Irwin G. Sarason, Irwin G. Sarason, Barbara R. *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. UN DECIMA EDICION
19. B. Martin. *Psicología Anormal Enfoque científicos y clínicos*. 2da. Edición

20. Aiken, L. (2003) *Test Psicológicos y Evaluación*. Undécima edición. México: Pearson Educación.
21. Richard P. Halgin, Susan Krauss Whitbourne *Psicología de la anormalidad Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* quinta edición McGrawHill.
22. Susan. C. Cloninger, Pearson. Prentico. *Han Teorias de la personalidad* tercera edición mcgrawhill
23. Frankl, Viktor E, (1979) *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Editorial Herder, duodecima edición.
24. Oblitas Luis A(2008) *psicoterapias contemporáneas*, México, Cengage learning, S.A
25. Análisis Transaccional (1995) *Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Psique.
26. Kleinke, C. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: EditorialDesclée de Brouwer.

Páginas de Internet

- 1- *Historia clínica psicológica para niños Y adolescentes*. Recuperado 17.04.2011
www.buenastareas.com/temas/historia-c... - En caché – Similares
- 2- *Trastorno por déficit de atención*. Recuperado: 23.05.2011
<http://www.psicopedagogia.com/trastorno-por-deficit-de-atencion>
- 3- *Psicoterapias Cognitivas y Psicología Positiva*. Fundación Foro Educación a distancia. Recuperado: 25.05.2011. [http// www.fundacionforo.com](http://www.fundacionforo.com)Enlaces patrocinados
- 4- *Test Psicológico*. Canal Social-Enciclopedia. GER. Recuperado 24.04.2011
http://www.canalsocial.net/ger/ficha_GER.asp?id=12406&cat=varios
- 5- www.biopsicologia.net/.../1.7.10-tratamiento-de-los-trastornos-de-la-personalidad.html.
- 6- www.salud-mental.cl/.../tratamiento-trastornos-de-personalidad.

Anexos

Anexo 1

Carta de aceptación al centro de práctica



OFRECEMOS:

Atención de Partos

Chimaltenango, 12 de marzo de 2012.

Cesárea

Licda. Sonia Pappa

Colposcopia

Supervisora Practica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana.

Electrocardiograma

Distinguida Licenciada:

Espaciamiento de Embarazo

De manera atenta y respetuosa me dirijo a usted, saludándole y deseándole éxitos en sus actividades administrativas.

Ginecología

Infertilidad

El motivo de la presente es para informarle que **fue aceptada** la solicitud presentada por el estudiante de Quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, Manuel Amilcar Lima Martínez para realizar el ejercicio de práctica profesional dirigida en la Clínica de APROFAM, Chimaltenango asistiendo los días lunes y martes de 7 de la mañana a 3 de la tarde.

Laboratorio Completo

Medicina General

Papanicolaou

Sin otro particular, me despido de usted como su atenta y deferente servidora.

Pediatría

Pre y Post Natal

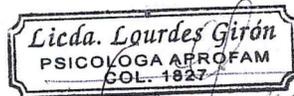
Respetuosamente,

Tratamiento de Menopausia

Ultrasonido

Venta de Medicamentos

Y mucho más...



Licda. Lourdes Mariela Girón Montes
Psicóloga APROFAM
No. Colegiada 1827



Servicio al Cliente: Teléfono (502) 2321-0101
www.aprofam.org.gt • e-mail: info@aprofam.org.gt • Apdo. Postal 1004, Guatemala, C.A.

Anexo 2
Constancia de talleres impartidos



OFRECEMOS:

Chimaltenango, 09 de octubre de 2012.

Atención de Partos

Licda. Sonia Pappa

Cesá Catedrática

PTE.

Colposcopia

Estimada Licda. Pappa:

Electrocardiograma

Espaciamiento de Embarazo

Por medio de la presente me permito saludarla y a la vez desearle bendiciones abundantes y éxitos en lo que realiza, seguidamente me permito informarle que el joven Manuel Amílcar Lima Martínez, estudiante de 5to. Año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Panamericana, impartió 5 charlas en total durante el período de práctica, siendo las fechas, lugares y temas siguientes:

Infertilidad

21/05/2012 en Liceo Español, tema "Educación Sexual" a 60 alumnos.

Laboratorio Completo

18/06/2012 en Casa Hogar Santa Apolonia, tema "El Autoestima" a 50 personas.

16/07/2012 en Técnico Industrial Chimalteco, tema "Pubertad y adolescencia" a

Medicina General

125 adolescentes.

20/08/2012 en Técnico Industrial Chimalteco, tema "Maternidad y paternidad responsable" a 150 estudiantes.

Papanicolaou

10/09/2012 en Instituto Leonidas Mencos Ávila, tema "Psicodinámica Familiar" a

Pediatría

800 personas.

Pre y Post Natal

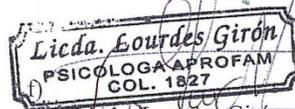
Sin otro particular y en espera de los usos legales que al interesado convengan firmo y sello la presente constancia.

Tratamiento de Menopausia

Ultrasonido

Venta de Medicamentos

Y mucho más...



Licda. Lourdes Giron
Psicóloga



Servicio al Cliente: Teléfono (502) 2321-0101

www.aprofam.org.gt • e-mail: info@aprofam.org.gt • Apdo. Postal 1004, Guatemala, C.A.

Anexo 3
Horas de práctica



OFRECEMOS:

Atención de Partos

Chimaltenango, 09 de octubre de 2012.

Cesárea

Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica
PTE.

Electrocardiograma

Estimada Licda. Pappa:
Espaciamento de Embarazo

Ginecología

Infertilidad

Laboratorio Completo

Medicina General

Papanicolaou

Pediatría

Pre y Post Natal

Tratamiento de Menopausia

Ultrasonido

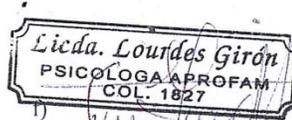
Venta de Medicamentos

Y mucho más...

Por medio de la presente me permito saludarla y a la vez desearle bendiciones abundantes y éxitos en las actividades que realiza, seguidamente le informo que el joven Manuel Amílcar Lima Martínez, practicante del 5to. Año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Panamericana, con sede en esta localidad ha cumplido con las 472 horas requeridas de práctica, realizadas en APROFAM, por lo que hago constar que el joven Lima ha finalizado dicho proceso satisfactoriamente.

Sin otro particular y a solicitud del interesado y para los usos legales que a él convengan firmo y sello la presente constancia.

Atentamente



Licda. Lourdes Girón
Psicóloga



Servicio al Cliente: Teléfono (502) 2321-0101

www.aprofam.org.gt • e-mail: info@aprofam.org.gt • Apdo. Postal 1004, Guatemala, C.A.

Anexo 4
Cronograma de actividades proyecto de salud

Sábado 06 de octubre

Hora	Actividad	Encargados
7:00	Salida para Monte Rico	Todo el grupo
12:00	Llegada a Hotel Restaurante Don Carlos Beach	
12:00 – 1:00	Instalación y ubicación de habitaciones	NadiaAwadallah
1:00 – 2:00	Almuerzo	VeronicaInay y YessicaArchila
2:00 – 3:00	Descanso	
3:00 – 5:00	I Actividad “Programados para triunfar”	AracelyMartinez, DorisMartínez, Glenda Solando e IngridSitán
5:00 – 6:00	Tiempo libre (playa)	
6:00 – 8:00	Cena	SaraMux, AngélicaJuchuña
8:00 – 10:00	II Actividad “Fogata”	Janine Callejas, NadiaAwadallah, Camila Mendoza, FelipeYool
10:00 – 11:30	Película	Isai López, Jesica Mota
11:30	Dulces Sueños	

Domingo 07 de octubre de 2012

Hora	Actividad	Encargado
6:00 - 7:00	Aeróbicos – gimnasia	Elmer Lara, Amilcar Lima
7:00 – 8:00	Aseo Personal	
8:00 – 9:30	Desayuno	VeronicaInay, YessicaArchila
9:30 – 11:00	III Actividad “Rally”	WillyTexaj, Heidy Galvez, Olga Andrade
11:00 - 12:00	Preparación de equipaje	
12:00 – 1:00	Almuerzo	VeronicaInay, YessicaArchila
1:00 – 3:00	Paseo por Monte Rico	
3:00 – 6:00	Regreso a Chimaltenango	

Anexo 5

Programas de actividades proyecto de salud mental

“Programados para triunfar”

Agenda actividad No. 1

Fecha: 06-10-12

Hora: 3:00 a 5:00 p.m.

Responsables: Glenda, Ingrid, Doris y Aracely

Objetivo

Compartir y motivar a cada uno de los compañeros en el fortalecimiento de la salud mental previo a cerrar cursos de la carrera de Licenciatura en psicología y consejería social.

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida “cuidado con la lluvia”	10	Doris Martínez
2.	Tema Motivacional “Programados para triunfar”	10	Aracely Martínez
3.	Dinámica 1 “El creador Positivo”	10	Glenda Solano
4.	Dinámica 2 “Te tengo confianza” para fomentar confianza en el grupo	10	IngridSitán
5.	Dinámica 3 “la Flor”, los participantes interactúan entre sí.	10	Doris Martínez
6.	Dinámica 4 “comunicación activa” para interactuar con el grupo.	10	Glenda Solano
7.	Dinámica 5 “Como a mí mismo” El participante debe cuidar algo.	10	IngridSitán
8.	Dinámica 6 “El objeto imaginario” para interactuar con el grupo.	10	Doris Martínez
9.	Dinámica 7 “tela de araña” para interactuar en grupo.	10	IngridSitán
10.	Dinámica 8 “El paracaidista confiado”	10	Glenda Solano
11.	Conclusión: la actividad se titula “una obra maravillosa”	10	Aracely Martínez

Nota: Cada participante debe de llevar ropa cómoda para esta actividad.

Slogan: “Si quieres triunfar, no te quedes mirando la escalera. Empieza a subir, escalón por escalón, hasta que llegues arriba.”

Programa de la cena especial

Hora: 7:00 – 9:00 p.m.

Horario	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos	Encargada
7:00 a 7:10	Palabras de bienvenida	Incentivar a cada uno de los presente que el trabajo que realicemos lo hagamos de corazón.	Agradecer a cada uno de ellos por la ayuda y el apoyo de nuestra actividad.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:10 a 7:30	Papa caliente	Al que le quede el globo tiene que dar un consejo o un tip para el autocuidado	Alcanzar comprender cada una de las dificultades que exista en nuestro contexto, para poder desempeñar un buen papel a la hora de laborar como psicólogo.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:30 a 8: 15	Cena	Cena	Cena	Cena
8:15 a 8:30	Característica y una cualidad	Cada uno de los participantes reflexionara sobre sus	Cambiar y aceptar nuestras actitudes para	Angélica Juchuña. Sara Mux

		actitudes (positivas y por mejorar.	mejorarla mas adelante.	
8:30 a 8:35	Palabras de agradecimiento	Realizar una reflexión sobre las actitudes y el autocuidado	Lograr conocerse a si mismos para el autocuidado.	AngélicaJuchuña. Sara Mux

Programa de Fogata

Actividad II

Responsables: Camila Mendoza

Janina Callejas

Nadia Awadallah

FelipeYool

Lugar: Hotel, Restaurante Carlos Beach

Fecha: 6 de octubre del 2012

Horario: 8:00 pm – 10:00 pm

Objetivo: Lograr el reconocimiento de aspectos negativos en nuestra personalidad, que afecten el desenvolvimiento personal y profesional.

Actividades:

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida	05 min.	NadiaAwadallah
2.	Charla motivacional	15 min.	NadiaAwadallah
3.	Cantos	05 min.	Janine Callejas
4.	Reflexión y redacción	15 min.	Janine Callejas
5.	Compartir experiencias	20 min.	Camila Mendoza
6.	Celebración	15 min	FelipeYool

Nombre: Película “Tan fuerte tan cerca”.

Hora: 10:00 – 11:30 P.M.

Responsables: Isaí López, Jessica Mota.

Objetivo:

Promover la convivencia grupal de los estudiantes a través de la proyección de una película con el fin de fortalecer la amistad y el compañerismo ya existente.

Objetivos	Actividad	Recursos
<p>Concientizar a los jóvenes estudiantes, sobre el valor de nuestros seres queridos y lo importante que es pasar tiempo de calidad con ellos, porque no se sabe el tiempo que estarán con nosotros.</p> <p>Analizar la importancia de la perseverancia y el papel que juega en la realización de nuestras metas y propósitos.</p>	Proyección de la película “tan fuerte, tan cerca”	<ul style="list-style-type: none">-cañonera-computadora-bocinas-película

Actividad III “Rally”

Se realizará un Rally, en el cual se formaran tres grupos en los que competirán entre sí, en diferentes juegos y obstáculos previamente planificados.

Fecha: 7 de octubre de 2,012

Hora: 9:30 am a 11:00 am

Integrantes: Willy Texaj, Olga Andrade

Objetivo: Promover en los estudiantes la competición sana por medio de actividades que ayuden a unir lazos de amistad, entre los mismos, así mismo fomentar el auto cuidado por medio de actividades que ayuden a combatir el estrés en los mismos.

No.	Actividad	Tiempo	Recursos	
1	Presentación e instrucciones de la actividad, dividir a los grupos por colores de playeras(lila, gris y negra)	10 minutos	❖ Humanos	willyTexaj, Olga Andrade y Heidy Gálvez
2	Primer juego encostados	10 minutos	❖ Humanos, costales	Heidy Gálvez
3	Segundó juego carretitas humanas	10 minutos	❖ Humano	Willy Texaj
4	Tercer juego mímica	6 minutos	❖ Humano y agua gaseosa	Olga Andrade
5	Cuarto: manzanas flotantes	10 minutos	❖ Humanos y vejigas	Willy Texaj
6	Quinto juego llevar un limón con la cuchara en la boca	10	❖ Humano servidoras huevos	Heidy Gálvez
7	Sexto juego la cubeta y agua	10 minutos	❖ Humano agua cubeta esponja	Olga Andrade
8	Séptimo póngale la cola al burro	5 minutos	❖ Humano figuras	Willy Texaj
9	Octavo: reventazón de vejigas	7 minutos	❖ Humano lazo	Olga Andrade
10	Compartir que sintieron los participantes al realizar estos juegos.(telaraña) como cierre de la actividad	12 minutos	❖ Humanos	Heidy Gálvez

Las actividades que realizaran los participantes van enfocadas al desarrollo físico y emocional del psicólogo, ya que el psicólogo necesita un espacio para despejar su carga emocional, como profesional y ser humano.

Anexo 6

Cronogramas de actividades, charlas impartidas

Charla 1

Educación sexual, fecha 21 de mayo de 2012

Dirigida a niños, niñas y docentes del Liceo Español Col. Santa Terecita Chimaltenango.

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Educación sexual	5 minutos
Dinámica rompe hielo	El barco se hunde	5 minutos
Desarrollo del tema	Educación Sexual	10 minutos
Visualización de un video	Órganos sexuales, Masculino-Femenino	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	5 minutos

Charla 2.

Autoestima, fecha 18 de junio del 2012

Dirigida a adolescentes y encargados de la Casa Hogar Santa Apolonia.

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	5 minutos
Dinámica rompe hielo	La telaraña	5 minutos
Desarrollo del tema	Autoestima	10 minutos
Visualización de un video	Testimonios de vida.	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	5 minutos

Charla 3.

Pubertad y adolescencia, fecha 16 de julio de 2012

Dirigida a alumnos y alumnas de nivel básico del Técnico Industrial Chimalteco

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Pubertad y adolescencia	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Jaulas y ardillas	5 minutos
Desarrollo del tema	Pubertad y adolescencia	10 minutos
Visualización de un video	Cambios físicos y psicológicos, Órganos sexuales, Masculino- Femenino	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	5 minutos

Charla 4

Maternidad y paternidad responsable, fecha 20 de agosto de 2012

Dirigida a adolescentes del nivel diversificado del Técnico Industrial Chimalteco.

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Maternidad y paternidad responsable	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Lagartos y lagartijas	5 minutos
Desarrollo del tema	Maternidad y paternidad responsable	10 minutos
Visualización de un video	Derechos y Obligaciones de una maternidad y paternidad responsable.	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	5 minutos

Charla 5.

Psicodinámica familiar, fecha 10 de agosto de 2012

Dirigida a los padres, alumnos y maestros del Instituto Leónidas Mencos Ávila, Chimaltenango.

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Psicodinámica familiar	5 minutos
Dinámica rompe hielo	El barco se hunde	5 minutos
Desarrollo del tema	Psicodinámica familiar	10 minutos
Visualización de un video	Roles pre establecidos para la educación familiar.	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	5 minutos

Anexo 7
Fotografías proyecto de salud





Anexo 8
Fotografías centro de práctica



