

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



**Violencia Intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en
el Centro de Atención Permanente (CAP) en el Municipio de
San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango
(Informe Práctica Profesional Dirigida)**

Marta Lidia Aguilar Zil

Guatemala, febrero 2011



BIBLIOTECA UPANA I.
21 FEB 2011

Q.

**Violencia Intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en
el Centro de Atención Permanente (CAP) en el Municipio de
San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango**
(Informe Práctica Profesional Dirigida)

Marta Lidia Aguilar Zil

Guatemala, febrero 2011

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN APROBACION PARA ELABORAR INFORME DE PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

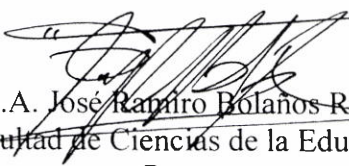
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: **Marta Lidia Aguilar Zil** estudiante de la carrera de
Licenciatura en Psicología y Consejería Social, de esta
Facultad solicita autorización para la realización de la
Práctica Profesional Dirigida para completar requisitos
de graduación.

Dictamen No. 001 10/2010

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos del informe de Práctica Profesional Dirigida que es requerido para obtener el título de Licenciatura se resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: "**Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en el Centro de Atención Permanente (CAP) en el municipio de San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango**". Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante **Marta Lidia Aguilar Zil** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.


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



C.C. Archivo

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

*En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en el Centro de
Atención Permanente (CAP) del Municipio de San Juan Comalapa Chimaltenango,
presentado por la estudiante*

Marta Lidia Aguilar Zil

*quien se identifica con número de carné 0601226 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.*

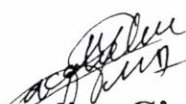

Licenciada Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACION, Guatemala, uno de febrero del año dos mil once.-----

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con la temática:
**Violencia Intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en el Centro de Atención
Permanente (CAP) en el Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de
Chimaltenango.** Presentado por la estudiante: **Marta Lidia Aguilar Zil**, previo a optar al
grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple
con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende
el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.

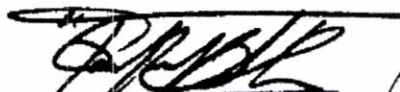

Licda. Jacqueline Girón
Revisor (a)

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION. Guatemala, tres de febrero de dos mil once.-----

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Violencia Intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en el Centro de Atención Permanente (CAP) en el Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Marta Lidia Aguilar Zil**, previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.



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



Contenido

Caratula	
Dictamen	
Carta de solicitud	
Carta de aceptacion	
Resumen	

Capitulo I

Marco de referencia

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

Capítulo II

Referente Teórico

Introducción	
2.1 Violencia	6
2.1.1 Tipos de violencia	7
2.1.3 Violencia en Guatemala	14
2.1.3.1 Causas de la violencia	15
2.1.4 Violencia intrafamiliar	18

2.2 Psicopatología	23
2.2.1 Historia de la psicopatología	24
2.2.2 Modelos en psicopatología	27
2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos	29
2.3 Métodos de psicodiagnóstico	56
2.3.1 Instrumentos útiles para el psicodiagnóstico	57
2.4. La psicoterapia	73
2.4.2. Características del terapeuta	74
2.4.4.4 El proceso terapéutico	82
2.4.7 Modelos de Psicoterapia	87
2.4.7.1 Modelos Psicodinámico	87
2.4.7.2 Modelos Conductistas	92
2.4.7.3. Modelos Humanistas	98
2.4.7.4 Modelos Sistémicos	101
2.4.7.5 Formas de psicoterapia	107
2.4.7.5.1 Psicoterapia breve y de emergencia	108
2.4.7.5.2 Psicoterapia focal	109
2.4.7.5.3 Psicoterapia psicodinámica	111
2.4.7.6 Psicoterapias Conductistas	116
2.4.7.7 Psicoterapia Humanística	126
2.4.7.8 Terapia Sistémica	133
2.4.7.8.9 Terapias alternativas	134
Conclusiones	148

Capítulo III

Referente metodológico

Introducción

3.1 Programa de estudio del curso práctica P.P.D	155
3.2 Planificación de práctica Profesional Dirigida	164

Capítulo IV

Presentación de resultados

Introducción

4.1 Programa de atención de casos	172
4.1.1 Logros	172
4.1.2 Limitaciones	172
4.1.3 Conclusiones	173
4.1.4 Recomendaciones	173
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos	174
4.2 Programa de Capacitación	187
4.2.1 Logros	187
4.2.2 Limitaciones	187
4.2.3 Conclusiones	188
4.2.4 Recomendaciones	188
4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados	189

4.3 Programa de elaboración de proyecto	199
4.4 Presentación de gráficas	205
4.4.2 Presentación de graficas proyecto salud mental	208
4.4.3 Análisis de datos	212
Conclusiones	214
Recomendaciones	215
Referencias	216
Anexos	217

Resumen

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

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

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

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

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

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

La Práctica Profesional Dirigida se realizó en el Centro de Atención Primaria (CAP) de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango. A continuación se presenta algunos datos sobre dicho centro para conocer su funcionamiento y organización, con el fin de tener una idea clara del servicio prestado.

1.1 Descripción de la institución

El Centro de Atención Permanente (CAP) es un establecimiento de salud, perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ubicado en el Municipio de San Juan Comalapa. Constituye el nivel gerencial de Distrito Municipal de Salud que coordina y articula la red de servicios de salud bajo su jurisdicción.

De acuerdo a su cartera de servicios de salud se le ubica dentro del segundo nivel de atención y brinda servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud a la población, con énfasis en la atención materna e infantil. Cumple con funciones gerenciales, vigilancia epidemiológica y de atención individual, familiar y comunitaria.

Para la atención individual, cuenta con servicios durante las 24 horas de consulta externa, emergencia y encamamiento temporal para la atención del parto eutócico, limpio y seguro, así como la atención del niño enfermo. Tiene la capacidad de recibir referencias de pacientes de otros servicios del primer nivel de atención y comunidades cercanas y otros centros de salud cercanos. Refiere a Centro de Atención Integral Maternal Infantil (CAIMI) u hospitales cercanos aquellos pacientes que por su riesgo y/o gravedad no tiene la capacidad de atender, según su cartera de servicios específica.

Depende jerárquicamente de la Dirección de Área de Salud y tiene a su cargo la coordinación, monitoreo, supervisión y evaluación de los puestos de salud y la extensión de cobertura.

1.2 Misión

Proveer a la población servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud con calidad y calidez, según, normativa, cartera de servicios, perfil epidemiológico y riesgos a la salud, a través de los establecimientos y servicios que conforman la red de servicios de salud en su jurisdicción.

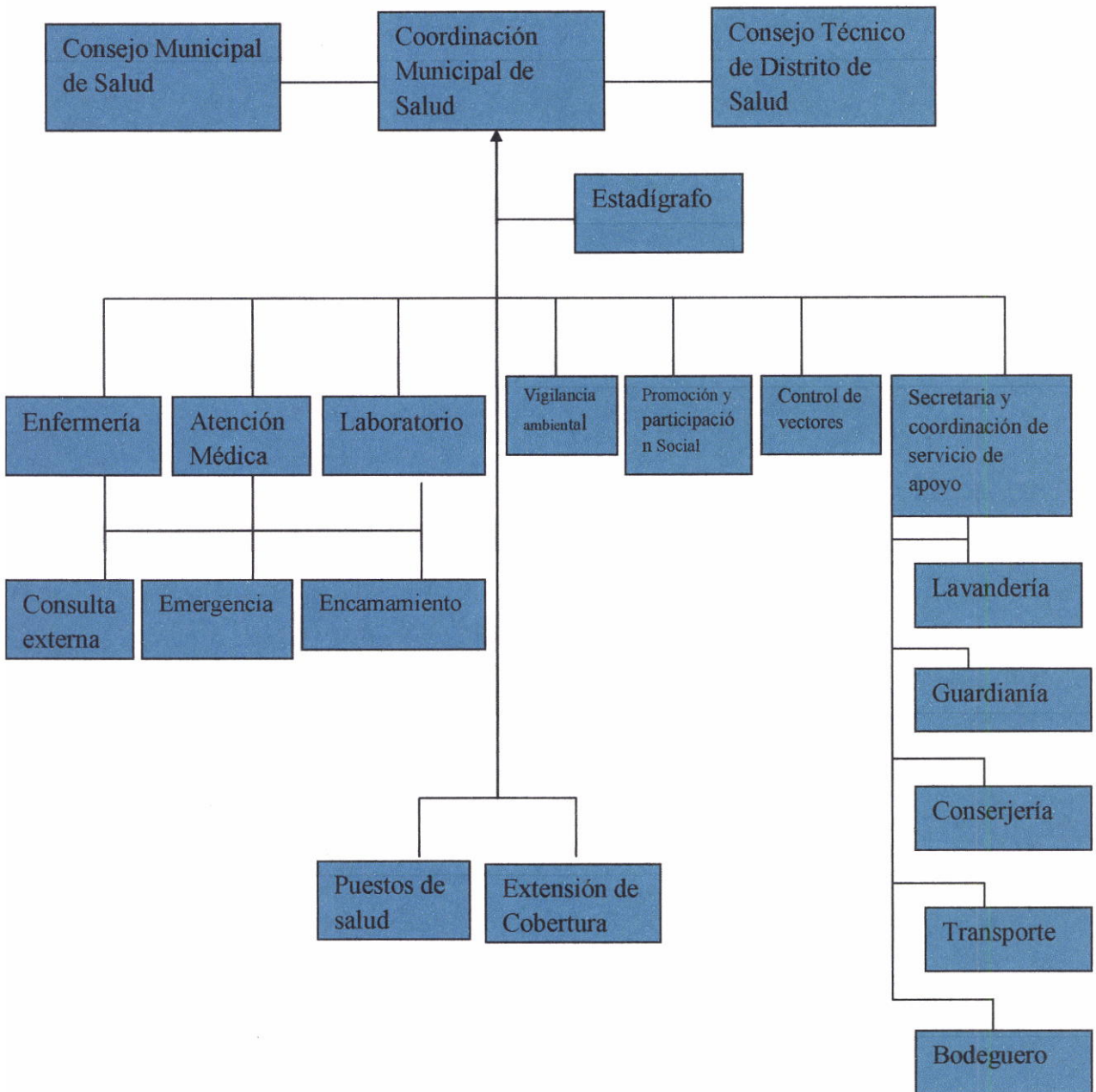
Ejecutar el sistema de vigilancia, prevención y control de la salud pública de la población y proveerle servicios para la atención institucional del parto, limpio y seguro, así como la atención del niño enfermo y otras que por referencia se establezcan, con la finalidad de disminuir los índices de mortalidad materna e infantil.

Ejercer el nivel gerencial de Distrito Municipal de Salud, por lo que interpreta y ejecuta las directrices, orientaciones estratégicas y programáticas del Área de Salud, coordina, monitorea, supervisa, evalúa y articula la red de servicios de salud de su jurisdicción, estableciendo un sistema de referencia y contra referencia con comunidades organizadas, establecimientos de salud de menor y de mayor complejidad según requerimientos.

1.3 Visión

Los habitantes del municipio de San Juan Comalapa, tienen acceso equitativo a los servicios de salud integrales e integrados, con énfasis en atención materna e infantil y que responda al perfil epidemiológico local en forma oportuna, con enfoque de calidad y pertinencia cultural a través de una efectiva coordinación comunitaria, interinstitucional e intersectorial.

1.4 Organigrama Distrito Municipal de Salud con CAP



1.5 Objetivos

1.5.1 Realizar las intervenciones oportunas para disminuir el riesgo del daño a la salud en la población del municipio de San Juan Comalapa.

1.5.2 Objetivos específicos

- Conocer y contextualizar todos los problemas de salud.
- Priorizar los problemas de salud.
- Involucrar a todos los sectores en el proceso de intervención.
- Socialización de la propuesta de solución o minimización del problema

1.6 Población que atiende

Familias de escasos recursos del área rural y urbana atendiendo emergencia especialmente la atención de partos limpio y seguro, consulta externa, emergencia y encamamiento temporal. Así como la atención del niño enfermo y enfermedades comunes.

Los casos que se atiende en el centro de practica y que necesitan apoyo psicológico son de violencia intrafamiliar, las personas que buscan este apoyo por lo regular son mujeres y de escasos recurso económicos.

1.7 Planteamiento del problema

La violencia intrafamiliar es la principal causa que la mujer del área urbana del Municipio de San Juan Comalapa, del Departamento de Chimaltenango, sufra traumas psicológicos, por lo que la atención psicológica en esta área se hace imprescindible, ya que existe una gran necesidad para que estos casos sean atendidos. Las mujeres son personas que tienen derechos, los cuales han sido menospreciados debido al machismo existente.

Capítulo II

Referente teórico

Introducción

En el presente capítulo se presentan varios temas que fueron investigados con el fin de ampliar conocimientos ya que estos afectan a las familias en el Municipio de San Juan Comalapa, dichos temas fueron presentados en el aula en forma de talleres para obtener una experiencia vivencial y significativa.

Se identificarán casos de acuerdo a datos de Servicios de Salud y Juzgado Familiar se coordinó con estas instituciones para abordar la problemática, ya que las causas no son solo de tipo psicológico, sino médicos- legales, por lo que fue necesario tener un abordaje integral. Se logró atender varios casos ya que las personas principalmente mujeres buscaban la atención psicológica.

La violencia intrafamiliar es un problema actual en nuestra sociedad, que afecta especialmente a las mujeres y niños y en algunos casos a los varones. Por lo tanto es necesario abordar este tema desde el punto de vista psicológico, la mediación familiar se hace necesaria, ya que el origen de esta problemática tiene bases de diversa índole: sociales como el machismo, económico, infidelidad, escolaridad; biológicas: enfermedades mentales, orgánica; culturales: costumbres negativas; religiosas creencias, etc.

2.1 Violencia

Es un comportamiento intencionado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente, con la agresión física, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad, otras son crímenes.

Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese, y caiga quien caiga. Suele ser de carácter predominantemente egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía. Todo lo que viola lo razonable es susceptible de ser catalogado como violento si se impone por la fuerza.

La violencia no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo. Los principales sujetos pasivos son las mujeres, niños y personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de confianza. Dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil conocer sus dimensiones globales.

2.1.1 Tipos de violencia

Se puede clasificar en violencia directa, estructural y cultural. Y en cualquiera de ellas se puede dar la violencia física y la violencia mental.

a). Violencia directa

Es la que realiza un emisor o actor intencionado (en concreto, una persona), y quien la sufre es un ser dañado o herido física o mentalmente. Si bien la más visible es la violencia física, manifestada a través de golpes que suelen dejar marcas en el cuerpo (hematomas y traumatismos)

b). Violencia estructural

Se manifiesta cuando no hay un emisor o una persona concreta que haya efectuado el acto de violencia. Se consideran casos de violencia estructural aquellos en los que el sistema causa hambre, miseria, enfermedad o incluso muerte, a la población. Son ejemplos los sistemas cuyos estados o países no aportan las necesidades básicas a su población.

c). Violencia cultural

Se refiere a los aspectos de la cultura que aportan una legitimidad a la utilización del arte, religión, ciencia, derecho, ideología, medios de comunicación, educación, etc., que vienen a violentar la vida. Así, por ejemplo, se puede aceptar la violencia en defensa de la fe o en defensa de la religión. Dos casos de violencia cultural pueden ser el de una religión que justifique la realización de guerras santas o de atentados terroristas, así como la legitimidad otorgada al Estado para ejercer la violencia.

d). Violencia emocional

Se refleja a través de desvalorizaciones, amenazas y críticas que funcionan como mandato cultural en algunas familias o grupos sociales y políticos.

e). Violencia juvenil

Se refiere a los actos físicamente destructivos (vandalismo) que realizan los jóvenes y que afectan a otros jóvenes.

f). Violencia de género

Actos donde se discrimina, ignora y somete a la compañera, pareja o cónyuge, por el simple hecho de ser mujer. La violencia de género sólo atiende al sexo femenino. En el caso de la violencia doméstica si podría hablarse del ataque de la mujer hacia el hombre, pero nunca al revés.

g). La violencia contra la mujer

Es la violencia ejercida contra las mujeres por su condición de mujer. Esta violencia presenta numerosas facetas que van desde la discriminación y el menosprecio hasta la agresión física o

psicológica y el asesinato. Produciéndose en muy diferentes ámbitos (familiar, laboral, formativo,..), adquiere especial dramatismo en el ámbito de la pareja y doméstico, en el que

anualmente las mujeres son asesinadas a manos de sus parejas por decenas o cientos en los diferentes países del mundo.

g).1 La violencia contra la mujer en los organismos internacionales

Siendo la violencia contra la mujer un problema que afecta a los derechos humanos, que «constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre», ve la necesidad de definirla con claridad como primer paso para que, principalmente los Estados, asuman sus responsabilidades y exista «un compromiso de la comunidad internacional para eliminar la violencia contra la mujer».

g).2 Consideración actual

La violencia contra las mujeres no es exclusiva de ningún sistema político o económico; se da en todas las sociedades del mundo y sin distinción de posición económica, raza o cultura. Las estructuras de poder de la sociedad que la perpetúan se caracterizan por su profundo arraigo y su intransigencia. En todo el mundo, la violencia o las amenazas de violencia impiden a las mujeres ejercitar sus derechos humanos y disfrutar de ellos.

g).3 Raíces de la violencia contra la mujer

En su libro *La sociedad primitiva* en 1877. (Lewis Henry Morgan). Expuso, que la violencia contra la mujer está ligada a que se desprende de la familia patriarcal. La humanidad en sus orígenes pudo estar constituida por comunidades matriarcales, así lo expuso considerado uno de los fundadores de la antropología moderna.

g).4 Femicidio

El Femicidio es el homicidio de mujeres motivado por su condición de mujer. Se trata de un término más específico que el de homicidio y serviría para dar visibilidad a las motivaciones últimas de una mayoría de los homicidios de mujeres: la misoginia y el machismo; siendo «la forma más extrema de violencia contra la mujer».

Constituye por tanto una violencia dulce, invisible, que viene ejercida con el consenso y el desconocimiento de quien la padece, y que esconde las relaciones de fuerza que están debajo de la relación en la que se configura.

La violencia simbólica puede ser mucho más letal de lo que en principio nos podemos imaginar. Las diversas formas de violencia simbólica tienen la dificultad de ser primero identificadas como violencia ya que no se notan, no se saben, no se presuponen. Así pueden mantenerse mucho más tiempo en acción sin ser descubiertas. En cambio, la violencia activa es más fácil de identificar y puede ser tratada a tiempo.

g).5 Violencia contra la mujer en la pareja

La violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex-pareja está generalizada en el mundo dándose en todos los grupos sociales independientemente de su nivel económico, cultural o cualquier otra consideración. Aun siendo de difícil cuantificación, dado que no todos los casos trascienden más allá del ámbito de la pareja, se supone que un elevado número de mujeres sufren o han sufrido este tipo de violencia.

h). El síndrome de la abuela esclava

Es otra forma de maltrato frecuente en el siglo XXI, descrito sobre todo en países hispanoamericanos, que afecta a mujeres adultas con gran carga familiar, voluntariamente aceptada durante muchos años, pero que al avanzar la edad se torna excesiva.

Si la mujer no expresa claramente su agotamiento (o lo oculta), y sus hijos no lo aprecian y le ponen remedio, la sobrecarga inadecuada provoca o agrava diversas enfermedades comunes: hipertensión arterial, diabetes, cefaleas, depresión, ansiedad y artritis. Estas manifestaciones no curan adecuadamente si no se reduce apropiadamente la sobrecarga excesiva. Ocasionalmente puede provocar suicidios, activos o pasivos.

i). Explotación sexual

La explotación sexual convierte a las víctimas en esclavas. Los proxenetas se enriquecen manteniendo a las víctimas en condiciones infrahumanas, atemorizadas y amenazadas, obligadas a ejercer la prostitución en condiciones de explotación.

Desde el feminismo se ve como medio para combatir este tráfico el combatir la prostitución, acabar con el comercio sexual que, consideran, degrada a la mujer. El debate sobre la prostitución está abierto, existiendo grupos, entre ellos grupos de mujeres dedicadas a la prostitución, que consideran esta elección un derecho, y organizaciones feministas dispuestas a erradicarla.

2.1.2 Infidelidad, como consecuencia de la crisis de pareja

La infidelidad es vivida como una de las peores traiciones que enfrenta la pareja y en general se piensa que el infiel es el culpable, sin embargo, la infidelidad es sólo el resultado de las crisis de pareja y ésta no es sólo sexual pues el cónyuge infiel buscará aspectos que su pareja no le brinda y estos pueden ser intelectuales, sexuales, físicos y emocionales.

Las relaciones de pareja, igual que todo tipo de relación contienen cargas ambivalentes de amor y odio, en donde, de acuerdo con la teoría kleiniana, se van proyectando e introyectando partes del objeto bueno/malo, de manera dialéctica, es decir continua e ininterrumpidamente.

La pareja necesita para su supervivencia y para el desarrollo de cada uno de los integrantes, de movilidad; así, el tipo de elección inicial puede ser modificada. Por ejemplo, la pareja complementaria, en donde uno "manda" y es considerado mejor, más capaz, etc., puede verse

seriamente afectada cuando el miembro "menor" obtiene una serie de logros que lo hacen salir del esquema anterior. En este ejemplo, el miembro "débil", realiza una elección del tipo analítico pero dados los logros, su relación se transforma en una de tipo narcisista. La relación continúa siempre que la elección sea ratificada por ambos miembros de la pareja.

También es importante subrayar el hecho de que la infidelidad puede darse como consecuencia de la desconfirmación del otro o como intento de "salvarse" de una relación asfixiante.

A partir de las "causas" de la infidelidad, habrá que tener en cuenta el papel que desempeña el otro. Hay situaciones en las que el cónyuge es quien, por problemas sexuales, defensas, etc., estimula abierta o encubiertamente a su pareja para que tenga relaciones extramaritales, en el caso de que a la pareja le produzca angustia y rechazo.

Es muy tolerada la infidelidad masculina pues existen creencias que la sostienen tales como pensar al hombre más potente, con mayor necesidad sexual. Un mito social, aquello que el hombre debe ser: fuerte, racional, mujeriego, con éxitos más sociales públicos que privados y que se justifique su "sexualidad biológica".

La decencia del hombre no se altera por ser adúltero, al contrario, si mantiene a la amante hace alarde de su capacidad económica, sexual y social tradicional en cuanto al rol de macho.

Contrariamente, si la mujer es la infiel, son las mismas mujeres quienes atacan esta conducta, con comportamientos como la segregación y la denuncia al "pobre cónyuge engañado". Además que en las mujeres surge un autocastigo al ser infieles pues es contrario a la imagen pública de ser decentes. También es una manera de agredir pasivamente, de defenderse ante la devaluación de sus cónyuges pues para las mujeres es muy importante ser bellas y deseables a los ojos del otro.

La infidelidad a pesar de ser "tan común" es un choque contra la integridad. Sin embargo, una vez que se descubre viene el choque emocional, el estallido de cólera, la humillación y la devaluación del sujeto engañado. Pero la ruptura no aparece, entonces se forman dobles mensajes.

El infiel quien cae en el arrepentimiento primero se justifica y después exige que se le respete su tiempo y su libertad.

Por su parte, el cónyuge engañado se vuelve suspicaz y anda tras cualquier pista que le asegure que la relación extramarital llegue al fin. Cae en un círculo vicioso pues aumenta su dependencia en la medida en que su conducta depende por entero de "descubrir la verdad", pero ésta nunca llega por más que llegue a haber enfrentamientos con el/la amante.

El cónyuge engañado, se compara con el/la amante en físico, poder, dinero, inteligencia y muchas veces llega a identificar al amante mediante el teléfono, domicilio, trabajo, etc.

Son devastadores los efectos que estas pesquisas producen en el engañado pues éste se sitúa de inmediato en un rol inferior y sin guía social alguna. Es notorio que no existan soluciones o fórmulas sociales para enfrentarlo el conflicto y éste sea llevado a la sombra de la sociedad, se piensa que eso no puede pasarnos nunca, que las mujeres/hombres que lo padecen son unos tontos, que el amor es para toda la vida o al menos hasta que la muerte los separe. Siempre es al otro a quien le sucede pues es una especie de muerte.

Los engañados, por su parte atraviesan situaciones inéditas como la duda entre lo prohibido, lo permitido, lo bueno y lo malo. No hay guías satisfactorias acerca del plan de acción, ya no resultan satisfactorios los modelos de las mujeres que aguantaban al hombre "hasta que la muerte los separe", aunque continua existiendo una marcada dependencia psíquica y social hacia el otro. En hombres y en mujeres hay incertidumbre acerca del futuro, del dinero, de la posición, de los ataques masculinos respecto a la renuncia del estatus social actual.

Otra causa de infidelidad femenina es el abandono a que son sometidas las mujeres por sus cónyuges, ha aumentado el número de esposos adictos al trabajo, que descuidan a su pareja y que perpetúan y ponderan los éxitos laborales sobre los emocionales. Los hombres, en su opinión son el apoyo de la familia, pero a veces sólo se centran en lo económico y ante la demanda de la mujer, sostienen que ellos llevan la carga más pesada "al enfrentarse al mundo".

2.1.3 Violencia en Guatemala

Según las autoridades de Guatemala, entre los años 2001 y 2004 fueron asesinadas 1.188 mujeres y niñas. Muchas de las víctimas murieron en circunstancias excepcionalmente brutales. Hay datos

que indican que la violencia sexual, y en concreto la violación, es un fuerte componente que caracteriza muchos de los homicidios, aunque a menudo esto no se refleja en los registros oficiales. En varios casos la mutilación y desfiguración a que habían sido sometidos los cuerpos recordaba los homicidios que se cometían durante el conflicto armado interno.

Hasta la fecha, según la Procuraduría de los Derechos Humanos, sólo se ha investigado el 9% de los casos. "La verdadera dimensión de los homicidios de mujeres en Guatemala sigue siendo desconocida, lo que pone de relieve la escasa atención que prestan las autoridades guatemaltecas a este asunto. A menudo la violación y otros delitos de violencia sexual son casi invisibles debido a la ausencia de datos estadísticos fiables sobre las cifras y las circunstancias de los homicidios de mujeres", afirma Amnistía Internacional.

La mayor parte de las víctimas eran amas de casa, estudiantes y profesionales. Muchas procedían de sectores pobres de la sociedad, trabajaban en empleos mal remunerados como empleadas domésticas, o en comercios o fábricas. Algunas eran trabajadoras migrantes llegadas de países vecinos de Centroamérica, otras eran miembros o ex miembros de bandas juveniles y trabajadoras de la industria del sexo. La mayoría tenía entre 13 y 40 años.

La mayor parte de los asesinatos se ha cometido en zonas urbanas que en los últimos años también han sufrido un espectacular aumento de la delincuencia violenta, vinculada muchas veces al crimen organizado o a las actividades de las bandas juveniles callejeras conocidas como "maras".

"La ausencia de investigaciones y de fallos condenatorios adecuados en casos de homicidios de mujeres y niñas en Guatemala transmite el mensaje de que en este país la violencia contra las mujeres es aceptable. Las autoridades guatemaltecas deben cambiar esta percepción garantizando que se investigan los asesinatos y que se hace justicia, para que las promesas que ha hecho de prevenir la violencia contra las mujeres tengan algún valor real", ha declarado Amnistía Internacional en la presentación de un nuevo informe sobre los homicidios de mujeres y niñas en Guatemala.

El informe de Amnistía Internacional destaca que, en el centro de la crisis de derechos humanos que afrontan las mujeres del país, está la discriminación, que caracteriza incluso la respuesta de las autoridades.

Algunos funcionarios califican a las víctimas de miembros de bandas o prostitutas, lo que refleja una gran discriminación hacia ellas y sus familias. Estas actitudes suelen influir en la forma en que se investigan y documentan los casos, e incluso la decisión de si se investigan o documentan.

"La inacción y la autocomplacencia de las autoridades han intensificado el sufrimiento de las familias, cuyas peticiones para que se hagan investigaciones adecuadas suelen encontrarse con el silencio".

Los organismos oficiales que intervienen en las investigaciones han afirmado que el 40% de los casos se archiva sin más. La falta de formación en técnicas de investigación -que incluye que no se proteja el escenario del crimen ni se recaben las pruebas forenses o de otro tipo necesarias, así como no hacer un seguimiento de pruebas posiblemente cruciales-, la falta de recursos técnicos y la falta de coordinación y de colaboración entre las instituciones del Estado significa que muchos casos nunca hayan pasado de la fase de investigación inicial.

2.1.3.1 Causas de la violencia

a). EL ALCOHOLISMO:

Un sin número de casos registran que, en un gran porcentaje de los casos en los que las mujeres son agredidas por sus compañeros conyugales, éstos se hallan bajo el efecto del alcohol.

El alcoholismo Es una enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental del individuo y con las responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales.

El alcoholismo se divide en dos categorías: dependencia y abuso.

Las personas con dependencia del alcohol, el trastorno alcohólico más severo, por lo general experimentan tolerancia y abstinencia. La tolerancia es la necesidad de cantidades de alcohol cada vez mayores para lograr la embriaguez o el efecto deseado. La abstinencia se presenta cuando el consumo se suspende o se reduce. Las personas con dependencia del alcohol pasan mucho tiempo consumiendo alcohol y consiguiéndolo.

Los alcohólicos pueden tener problemas legales, como beber y conducir. Las personas que son dependientes o abusan del alcohol siguen haciéndolo a pesar de la evidencia de problemas físicos o psicológicos. Las personas con dependencia presentan problemas más severos y una mayor compulsión a beber.

El alcohol afecta al sistema nervioso y puede producir deterioro nervioso y pérdida severa de la memoria. El consumo crónico de alcohol también puede aumentar el riesgo de cáncer de la laringe, esófago, hígado y colon. El consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar problemas severos en el desarrollo del feto.

La abstinencia se desarrolla debido a que el cerebro se ha adaptado físicamente a la presencia del alcohol y no puede funcionar adecuadamente en ausencia de la droga. Los síntomas de la abstinencia pueden incluir aumento de la temperatura, aumento de la tensión arterial, frecuencia cardíaca rápida, inquietud, ansiedad, psicosis, convulsiones y, en raras ocasiones, incluso la muerte.

b). LA IGNORANCIA Y FALTA DE CONCIENCIA:

Respecto a creer que la mejor forma de cambiar la situación en la que se encuentra es a través de actos que incluyen violencia física: golpes, pleitos, peleas, zafarranchos, etc., en vez de recurrir a manifestaciones pacíficas, a movimientos sociales pacíficos, a la conversación, al diálogo, a la búsqueda de acuerdos.

La falta de comprensión en las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la principal causa de la violencia. Un niño que se desarrolle en un ambiente conflictivo y poco armonioso (con muy poca voluntad de diálogo, con poca capacidad en los padres para la

comunicación de los problemas, de las necesidades y de los sentimientos, con muy poca apertura y conversación para aclarar y resolver los problemas y aprender de ellos para no repetir las experiencias negativas) ha de ser, con grandes probabilidades, en el futuro próximo y en el lejano, una persona problemática y violenta, a su vez, con sus propios hijos y/o con quienes estén bajo su poder o influencia.

c). DROGADICCIÓN:

Muchas personas consumen sustancias adictivas con el fin de poder llegar a sentir lo que no son en realidad, causando con ello mucha violencia. Son muy frecuentes las noticias de casos en los que se sabe de una persona que, por no poder conseguir la dosis que necesita de la sustancia a la que es adicto (dependencia física), son capaces de asaltar o incluso asesinar.

La drogadicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación. Algunas drogas pueden incluso llevar a la locura o la muerte

La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

a). Dependencia física:

El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

b). Dependencia psíquica:

Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

Algunas drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto.

La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir. La necesidad de droga es más fuerte. La persona pierde todo concepto de moralidad y hace cosas que, de no estar bajo el influjo de la droga, no haría, como mentir, robar, prostituirse e incluso matar. La droga se convierte en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales, en los estudios.

d). POBREZA:

La falta de recursos económicos en las familias, así como las condiciones adversas para el cuidado de sus integrantes, son detonantes de la violencia doméstica, tanto para las mujeres como para los menores y personas mayores, En las familias pobres, ocurre que los padres por falta de trabajo pasan momentos difíciles y muchas veces se desahogan golpeando a su esposa e hijos.

2.1.4 Violencia intrafamiliar

Es la violencia entre todos los miembros de la familia. Este concepto se viene utilizando desde 1988 y 1993 para referirse a la violencia ejercida contra la mujer en el ámbito de la familia, y más concretamente de la pareja, debido a que frecuentemente la violencia ejercida en este ámbito va dirigida contra la mujer.

La violencia familiar incluye toda violencia ejercida por uno o varios miembros de la familia contra otro u otros miembros de la familia. La violencia contra la infancia, la violencia contra la mujer y la violencia contra las personas dependientes y los ancianos son las violencias más frecuentes en el ámbito de la familia. No siempre se ejerce por el más fuerte física o económicamente dentro de la familia, siendo en ocasiones razones psicológicas.

La violencia doméstica, violencia familiar o violencia intrafamiliar comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física hasta el matonaje, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra al menos un miembro de la familia contra otro u otros.

2.1.4.1 Causas de la violencia intrafamiliar

Existen varios tipos de violencia, incluyendo el abuso físico, el abuso psíquico y el abuso sexual. Sus causas pueden variar, las cuales dependen de diferentes condiciones, como las situaciones graves e insoportables en la vida del individuo, la falta de responsabilidad por parte de los padres, la presión del grupo al que pertenece el individuo (lo cual es muy común en las escuelas) y el resultado de no poder distinguir entre la realidad y la fantasía, entre otras muchas causas. Entre otras causas de violencia se puede mencionar.

a). La falta de comprensión en las parejas

La incompatibilidad de caracteres la violencia intrafamiliar es la principal causa de la violencia. Un niño que se desarrolle en un ambiente conflictivo y poco armonios ha de ser, con grandes probabilidades, en el futuro próximo y en el lejano, una persona problemática y violenta, a su vez, con sus propios hijos y/o con quienes estén bajo su poder o influencia.

b). Machismo

El hombre siempre quiere ser el que manda en la casa y hace de menos a la mujer, creando un ambiente de violencia para así tomar el control, ser respetado y tenido.

c). Por falta de recursos económicos

En las familias pobres, ocurre que los padres por falta de trabajo pasan momentos difíciles y muchas veces se desahogan golpeando a su esposa e hijos.

d). Familias Desintegradas

Por problemas familiares, los padres se separan y abandonan a sus hijos y en muchas ocasiones los hijos huyen o abandonan el hogar a causa de los problemas que atraviesa la familia, por la mala comunicación provocando así que el problema empeore.

e). Falta de comprensión hacia los niños

Sin estar conscientes de que los niños son seres inocentes, muchos adultos violentan o agreden o golpean o incluso abusan sexualmente de sus hijos generando así graves trastornos emocionales en ellos.

2.1.4.2 Consecuencias de la violencia intrafamiliar

Debido a los afectos desbastadores que generan lo interno de las familias, pone en peligro la estructura o la forma de la misma, es decir según la formación que se le dé al individuo, así mismo actúa dentro de la sociedad que lo rodea. Afecta a todos los miembros de una familia.

- ✓ Hijos de mujeres maltratadas pueden nacer con deficiencia de peso.
- ✓ Hijos de mujeres maltratadas pueden presentar problemas de salud y problemas en la escuela.
- ✓ Muchos niños de la calle huyen del hogar porque son maltratados.
- ✓ Produce problemas emocionales psicológicos.
- ✓ Desintegración familiar
- ✓ Violación La violación es, sin ningún género de dudas, la forma más evidente de dominación ejercida, de manera violenta, por los hombres sobre las mujeres. En ella se traslucen los iconos atávicos presentes aún en la mente del hombre, lo que se conoce como machismo: implica un menosprecio de la mujer considerándola como mero objeto destinado a satisfacer las apetencias sexuales y la convicción de que la mujer debe estar sometida al hombre. No supone considerar a la mujer inferior al hombre en una cuestión de grado sino el considerarla un ser inferior, un ser con el que se pueden cometer todo tipo de excesos.

2.1.4.3 Intervención psicológica o tratamiento de la violencia intrafamiliar

i. Terapia de pareja cognitivo conductual

La terapia de pareja cognitivo conductual se ha centrado en el análisis detallado de los conflictos cotidianos que pueden llevar a la ruptura de la relación, se ha planteado cómo aparecen los problemas, y cómo se mantienen. Ha identificado una característica que se asocia con ellos de forma general, un predominio de interacciones negativas sobre las positivas. Con el objetivo obvio de conseguir una intervención eficaz, ha planteado la forma de superarlos centrándose en aumentar el intercambio de conductas positivas y en mejorar la comunicación y la resolución de problemas. (Costa y Serrat, 1982; Cordova y Jacobson; 1993; Bradbury y Karney, 1993; Cáceres, 1996; Lawrence, Eldridge and Chistensen, 1998; Halford, 1998; Christensen, 1999; Finchman y Beach, 1999a; Christensen y Heavey, 1999).

ii. Terapia familiar

La terapia familiar, también referida como terapia familiar y de pareja, sistemas de terapia familiar recientemente, terapia de matrimonio, es una rama de la psicoterapia que trabaja con familias y parejas en relaciones íntimas para promover su desarrollo. La terapia es un tratamiento que intenta alcanzar la esencia de algo. En las ciencias médicas, la terapia está compuesta por los medios que permiten el alivio o la curación de las enfermedades o sus síntomas.

iii. Terapia cognitivo conductual

En un sentido literal, la terapia cognitivo-conductual es un término donde se engloban la terapia cognitiva compatible con la terapia de conducta, como aplicación clínica de la psicología cognitiva y la psicología conductista.

Ya que dentro de la Terapia de conducta se ha adoptado un nivel de análisis y tratamiento donde se analiza la conducta observable, pensamientos verbales y respuestas fisiológicas, así como las relaciones entre sí y la "conducta problema".

2.1.4.4 Violencia de género

La violencia contra la mujer es la violencia ejercida contra las mujeres por su condición de mujer. Esta violencia presenta numerosas facetas que van desde la discriminación y el menosprecio hasta la agresión física o psicológica y el asesinato. Produciéndose en muy diferentes ámbitos (familiar, laboral, formativo,..), adquiere especial dramatismo en el ámbito de la pareja y doméstico, en el que anualmente las mujeres son asesinadas a manos de sus parejas por decenas o cientos en los diferentes países del mundo.

De cada tres mujeres en el mundo han padecido a lo largo de su vida un acto de violencia de género (maltrato, violación, abuso, acoso,...) Desde diversos organismos internacionales se ha resaltado que este tipo de violencia es la primera causa de muerte o invalidez para las mujeres entre 15 y 44 años.

Las Naciones Unidas en su 85ª sesión plenaria, el 20 de diciembre de 1993, ratificó la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, en la que se la reconoce como un grave atentado contra los derechos humanos e «insta a que se hagan todos los esfuerzos posibles para que sea la declaración universalmente conocida y respetada». Define la violencia contra la mujer en su primer artículo:

“A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.”

2.2 Psicopatología

1. La psicopatología sirve para explicar la conducta anormal y nos sirve para investigar y, posteriormente, para poder experimentar e interpretar los hallazgos.

2. Disciplina que se ocupa de la descripción, análisis de síntomas, clasificación e individualización de los trastornos mentales. Ciencia que estudia las manifestaciones del trastorno mental. Conjunto de teorías sobre el fenómeno psiquiátrico.
3. Estudio de los problemas de conducta, conciencia y comunicación, considerados como procesos patológicos de la vida psíquica. Es también denominada psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas.
4. Es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. La palabra psicopatología puede referir varias cuestiones. Por un lado, con ese término se designa a aquella área de salud que describe y sistematiza los cambios que se producen en el comportamiento de los seres humanos y que no pueden ser explicados a través de la maduración o del desarrollo del individuo y que se los conoce como trastornos psicológicos. Y por el otro lado, como un área de estudio dentro de la psicología que se centra en estudiar aquellos estados no sanos de la mente de los individuos.

2.2.1 Historia de la psicopatología

Todo comienza en la época griega. Es una cultura politeísta. “Sculapio” es el dios de la curación. Los enfermos peregrinaban a estos templos, a rezar, para curarse. En una buena parte de la cultura griega, se entendía la locura, como demonológica, que el demonio ha poseído. Esto no impide que grandes científicos y filósofos empiecen a hablar y describir enfermedades, con un origen físico. Es, en esta época, cuando aparece el “juramento hipocrático”.

Hipócrates nos dice que algunas enfermedades mentales tienen su origen en el cuerpo. Habla de la depresión post-parto, los delirios por infecciones. Describe, perfectamente, cuadros febriles delirantes de los procesos infecciosos. Asimismo, también describe los cuadros de histeria e histrionismo y de la paranoia (actitud constantemente de sospecha hacia tío; se trata de sospechas totalmente infundadas), entre otros. Él viene a decir que la enfermedad mental tiene un origen

somático, porque “este hombre tiene algo roto en su cabeza”. Por lo tanto, Hipócrates es el precursor de la enfermedad mental, la cual describió en sus escritos.

Platón:

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

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

Pensamiento griego: Hipócrates encontró una explicación de la enfermedad mental, como causas biológicas, pero con una explicación monoteísta.

Imperio romano: Los romanos consideraban a una persona, con un problema de locura, podía cometer crímenes, pero, al no ser responsable de sus actos, podía ser eximida o reducida su pena, ya que esta persona no es consciente de sus actos

Galeno: fue un filósofo, un pensador. Describió las enfermedades mentales y habla de “Trastornos Mentales”. El Circo Romano entretenía a la plebe, para distraer a la gente, ya que los leones devoraban a los esclavos y a los dementes. Platón intuye que puede haber tratamiento para ellos, pero, en Roma, no era así.

Edad media: siglos IX-X hasta el siglo XIV.

Mundo árabe: vive la época de mayor florecimiento de la expansión y religión árabe, en lucha contra el Cristianismo. Invadieron el Norte de África y España. El mundo árabe tenía el

conocimiento científico, físico, médico y económico importante. En el mundo de la Psicopatología, los árabes fueron muy curiosos.

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

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

Averroes: dedica un libro entero a describir enfermedades mentales, con descripciones de éstas. Trataban a los enfermos mentales con gran humanidad. Hay que recordar que los árabes disfrutaban de un alto nivel de vida.

En Europa el fenómeno de los trastornos mentales desconcierta. Muchos de sus Reinos se encuentran segmentados. No obstante, la Iglesia Católica ejercía un gran control sobre el continente europeo.

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

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

En el Siglo xv pasaron por la hoguera un número superior a 150.000 personas dementes, lo cual se puede traducir, a niveles comparativos, como 8-10.000.000 de personas dementes. Eran personas ajusticiadas, por motivo de su trastorno mental.

Renacimiento: Juan Luis vives; era un médico valenciano, afincado en Flandes. Dijo, en su libro “*el alivio de los pobres*”, que había que aplicar tratamientos a los dementes, por lo cual murió en la hoguera. De hecho, la psicopatología, como ciencia, no se instaura hasta el siglo XIX.

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

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

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

2.2.2 Modelos en psicopatología

a). Modelo observacional

Consiste en recoger información a través de la vista y el oído, fundamentalmente. Tiene el propósito de investigar las modificaciones que se producen en el transcurso del desarrollo, en condiciones ambientales naturales, renunciando relativamente a un control sistemático de los factores que influyen en los resultados. A consecuencia de esta carencia de control planificado, los datos obtenidos no se prestan, de ordinario a conclusiones universales. Este método permite que su uso suministre alguna información sobre las estructuras del pensamiento, las relaciones sociales, el comportamiento afectivo y motivador, así como sobre múltiples aspectos de la dependencia de tales estados, respecto de las condiciones culturales y sociales. Es un método que podría caer en la subjetividad; para evitar que suceda esto, se pueden usar los



instrumentos cerrados: la lista de control, y la escala de estimación, que es una escala en la que se recogen las estimaciones del observador.

La observación que se realiza en este método es observación sistemática, y con ella se mide una serie de parámetros de conducta (duración, intensidad, frecuencia,..) en unas circunstancias de lugar, tiempo y situación. La observación sistemática se hace utilizando técnicas de registro (por ejemplo los protocolos de anotaciones), y en algunos casos utilizando también medios técnicos (cámaras de video, grabadoras,..) Se suele estudiar la conducta no verbal (movimientos corporales), la conducta espacial (la distancia espacial interpersonal en la comunicación), la conducta extralingüística (tono de voz, rapidez, secuencia en las intervenciones).

c). Modelo de cuestionarios (encuestas, test...)

Es un método de observación directa o inmediata. Se propone el estudio de determinados aspectos de la vivencia y de la conducta. HALL fue el que primero lo usó y el que le dio fama. Muy empleado por su sencillez

Si se emplea sin espíritu crítico, o se evita la formulación y disposición de las preguntas, conduce, con frecuencia a resultados muy inseguros y de escasa validez.

d). Modelo correlacional

Consiste en poner en relación dos elementos a estudiar (ej. el rendimiento y el aprendizaje escolar...). El coeficiente de correlación oscila entre 0-1; correlaciones bajas son de 0,1..., como entre la estatura y las notas, y correlaciones altas serían de 0,9..., como entre el tipo de personalidad y el rendimiento.

e). Modelo clínico

Este fue un método inventado por Piaget, que fue quien mejor estudió la inteligencia de los niños. Fue un hombre estable, no viajaba mucho, sino que vivió muchos años en Ginebra. No le gustaba trabajar en grupo y sólo lo hacía con una colaboradora con la que se casaría. Trabajó casi hasta su

muerte, la cual le llegó muy tarde. Su cerebro lo donó a la universidad de medicina y unos estudios demostraron que no había envejecido como un cerebro normal, era un cerebro bastante joven a pesar de los años de Piaget.

Su aportación a la psicología fue muy contraria a las aportaciones anteriores, las cuales definían la inteligencia como lo que miden los tests. Pero él no quería medir la inteligencia. Es el primero que dice que el ser humano es inteligente prácticamente desde que nace. Su planteamiento fue distinto y novedoso:

“Sitúa el origen de la inteligencia humana hacia los cuatro meses de vida, porque, según él, cuando nacemos no tenemos conductas voluntarias, sino que nos movemos por reflejos.”

2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos

Entre los trastornos y problemas psicológicos más frecuentes que se pudieron observar durante la práctica profesional dirigida, se encuentran los siguientes, los cuales serán enfocados y analizados para ampliar su conocimiento.

2.2.3.1 Trastornos del Estado de Ánimo

También llamados trastornos afectivos, son una categoría en los problemas de la salud mental que incluye todos los tipos de depresión y el trastorno bipolar.

Las personas que se ven afectados por este tipo de trastorno son más propensos a sufrir otros (algunos de los más frecuentes son los trastornos de la ansiedad, la conducta perturbadora y los trastornos por abuso de sustancias) que pueden persistir mucho después de haber solucionado los episodios de depresión iniciales.

Trastornos del estado de ánimo es el término que reciben un grupo de trastornos definidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, para los cuales se teorizan una serie de características subyacentes como causa de alteraciones en el estado de ánimo. El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV define, por una parte, episodios

afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

Originalmente, el psiquiatra inglés Henry Maudsley propuso una categoría de desórdenes o trastornos afectivos. Posteriormente ese término fue remplazado por trastorno del estado de ánimo, término que hace mayor enfatizando el aspecto subyacente o longitudinal de esta categoría.

Kay Redfield Jamison y otros, han estudiado los posibles enlaces entre los trastornos del estado de ánimo especialmente el trastorno bipolar y la creatividad, concluyendo que algunos tipos de personalidad pueden favorecer a la vez el padecimiento de trastornos del estado de ánimo y la creatividad. La relación entre depresión y creatividad parece presentarse con mayor intensidad entre poetas mujeres.

2.2.3.1.2 Causas de los trastornos del estado de ánimo

Aún se desconoce la causa exacta de los trastornos del 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.

Afecta a cualquier persona, sin embargo, los trastornos del estado de ánimo son más intensos y más difíciles de controlar que estos sentimientos de tristeza normales. Los hijos de alguien que sufre un trastorno del estado de ánimo tienen mayores posibilidades de desarrollar también un trastorno de este tipo. No obstante, se debe también tener en cuenta que el estrés y ciertos acontecimientos en la vida pueden exponer o potenciar los sentimientos de tristeza o depresión y hacerlos más difícil de controlar.

Los problemas cotidianos pueden desencadenar un episodio de depresión. Existen determinadas situaciones como por ejemplo, un divorcio, la muerte de un ser querido, el fin de una relación

afectiva o los problemas académicos, donde la presión puede resultar difícil de sobrellevar. Como consecuencia de esto y el estrés, un adolescente puede experimentar ciertos sentimientos de tristeza o depresión o, si padece un trastorno del estado de ánimo, es posible que le sea más difícil controlarlo.

La posibilidad de padecer depresión en las mujeres en la población general es casi el doble que en los hombres. Una vez que una persona de la familia recibe el diagnóstico, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos reciban un diagnóstico similar.

2.2.3.1.3 Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

Clasificación	Definición
<p>Episodios afectivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo mayor • Episodio maníaco • Episodio mixto • Episodio hipomaniaco 	<p>Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo.</p>
<p>Trastornos del estado de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos depresivos • Trastorno depresivo mayor • Trastorno distímico • Trastorno depresivo no especificado 	<p>Uno o más episodios depresivos mayores. Al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor</p> <p>Trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos bipolares <p>Trastorno bipolar I</p> <p>Trastorno bipolar II</p> <p>Trastorno ciclotímico</p> <p>Trastorno bipolar no especificado</p>	<p>Uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios de</p> <p>Uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.presivos mayores.</p> <p>Al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.</p> <p>Trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Otros trastornos del estado de ánimo <p>Debido a enfermedad médica</p> <p>Inducido por sustancias</p> <p>No especificado</p>	<p>Acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.</p> <p>Acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para depresión o la exposición a un tóxico.</p> <p>Trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.</p>
<p>Especificaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especificaciones que describen la clasificación clínica del episodio afectivo actual. • Especificaciones que describen rasgos del episodio actual. <p>Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes.</p>	<p>Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total.</p> <p>Crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto.</p> <p>Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica total), con patrón estacional, con ciclos rápidos.</p>

A. Trastorno Depresivo Mayor

La Organización Mundial de la Salud OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres.

La depresión severa (Trastorno Depresivo Mayor) se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitantes puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

A.1 Síntomas clínicos

El humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden comentar que se sienten tristes desesperanzados, sumidos en la melancolía. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Dos tercios de los pacientes de planea el suicidio y el 15% llegan a cometerlo. Casi todos los pacientes manifiestan una pérdida de energía que dificulta la finalización de las tareas cotidianas, empeora el rendimiento escolar y laboral. Disminuye el la motivación para emprender nuevos proyectos. Un 80% de los pacientes presenta dificultades para dormir, en especial despertar precoz (insomnio terminal) y múltiples despertares. Algunos pacientes presentan hipersomnias, que sumado a aumento del apetito y ganancia del peso constituyen síntomas atípicos.

Tratamiento:

- ✓ Tratamientos farmacológicos.
- ✓ Tratamientos psicológico

A.2 Tratamiento Cognitivo Conductual

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

1. Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
2. Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.
3. Aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones.
4. Poner a prueba los supuestos desadaptativos a la resolución de problemas.

En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos.

Entre las técnicas conductuales están: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, etc.

La intervención irá completada de técnicas de re atribución y para modificar imágenes, así como de distintos procedimientos para aliviar los síntomas afectivos.

B. Trastorno Bipolar

Es un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que supera los altibajos cotidianos, convirtiéndose en una seria condición médica y un importante tema preocupante de la salud. Se caracteriza por episodios periódicos de gran júbilo, con ánimo eufórico o irritabilidad (episodios

que constituyen la fase maníaca) a los que se contraponen episodios también periódicos de síntomas depresivos clásicos.

La depresión es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Puede afectar o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Las personas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "recobrar el ánimo" y reponerse. A menudo es necesario el tratamiento que, a veces, es incluso decisivo para la recuperación.

El síndrome maníaco depresivo afecta por igual a hombres y mujeres (aunque las mujeres son más propensas a la depresión que a la manía), y comienza a menudo en la adolescencia o juventud. De hecho, la edad promedio de aparición de los primeros episodios maníacos ronda los 20 años.

El síndrome maníaco depresivo suele manifestarse en miembros de una misma familia y se cree que en algunos casos se trata de una enfermedad hereditaria. Se están llevando a cabo intensas investigaciones para identificar un gen que puede ser responsable de este trastorno.

Síntomas del síndrome maníaco depresivo

- a) Autoestima exagerada.
- b) Menor necesidad de descanso y de sueño.
- c) Mayor distracción e irritabilidad.
- d) Mayor agitación física.
- e) Compromiso excesivo en actividades placenteras que pueden tener consecuencias dolorosas, como conductas provocativas, agresivas o destructivas.
- f) Mayor locuacidad.
- g) Sentimientos de "excitación" o de euforia.
- h) Mayor deseo sexual.

- i) Mayor nivel de energía.
- j) Escaso sentido común en personas que lo tenían.
- k) Mayor negación de la realidad.

Síntomas físicos que no ceden ante los tratamientos estándar (por ejemplo, dolor crónico, dolor de cabeza).

B.1 Tratamiento del Síndrome Maníaco Depresivo

Medicamentos (por ejemplo, anticonvulsivos que estabilizan el ánimo como el litio, el valproato o la carbamazepina y, o antidepresivos como Prozac, Zoloft o Paxil).

Psicoterapia (en la mayoría de los casos, terapia cognitivo-conductista o interpersonal orientada 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).

Terapia electroconvulsiva (su sigla en inglés es ECT).

Un adecuado reconocimiento de la variedad y cambios extremos del estado de ánimo asociados con el síndrome maníaco depresivo es fundamental para determinar un tratamiento eficaz y evitar las dolorosas consecuencias de una conducta maníaca imprudente.

En la mayoría de los casos, es necesario un tratamiento preventivo a largo plazo para estabilizar los altibajos del estado de ánimo característicos de esta enfermedad.

C. Trastorno Ciclotímico

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaníacos. (Criterio A). Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio maníaco y los síntomas depresivos son insuficientes en

número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor. Durante un período de 2 años (1 año para niños y adolescentes), todos los intervalos libres de síntomas tienen una duración inferior a 2 meses (Criterio B). El diagnóstico de trastorno ciclotímico sólo se establece si en el período inicial de 2 años de síntomas ciclotímicos no se presenta ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto (Criterio C). Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico, puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I. Igualmente, después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico puede haber episodios depresivos mayores superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II.

2.2.3.2 Trastornos de ansiedad

Todas las personas saben lo que es sentir ansiedad: los hormigueos la tensión ante un jefe enojado, la forma en que su corazón late si la persona está en peligro. La ansiedad lo incita a actuar. Anima a la persona a enfrentarse a una situación amenazadora. Y lo mantiene alerta cuando está dando un discurso. En general, lo ayuda a enfrentarse distintas situaciones.

Un trastorno de ansiedad hace que la persona se sienta ansioso casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. O las sensaciones de ansiedad pueden hacer que se suspenda algunas de las actividades diarias.

Causas

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una afección común. Los genes pueden estar implicados. Las situaciones estresantes de la vida o el comportamiento aprendido también pueden contribuir al desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno puede comenzar en cualquier momento de la vida, incluso en la niñez. La mayoría de las personas que sufren de este problema dicen que han estado ansiosas desde que tienen memoria. El trastorno de ansiedad generalizada es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres.

En la ansiedad primaria no se encuentra ninguna causa que justifique el cuadro, mientras que la secundaria se debe siempre a otro trastorno (consumo de drogas como alcohol, anfetaminas y cocaína, hipertiroidismo, etc.).

A. Fobias

Las fobias no son heredadas, sino que son aprendidas. Como humano, se tiene la capacidad de sentir miedo, pero sin embargo este miedo desarrolla una manera de como y que se aprende. Un miedo y una fobia no difieren en mucho, pero sí hay una diferencia importante, y es que las fobias son irracionales.

Las fobias no son un trastorno extraño. De hecho, son muy comunes. Los expertos calculan que las fobias en su conjunto tienen una incidencia en el 5% de la población mundial. Esto significa que una de cada veinte personas padece algún tipo de fobia. Las mujeres padecen fobias con más frecuencia que los varones.

Dentro de la clasificación en fobias específicas (miedo a ciertos objetos, situaciones o fenómenos) y fobias sociales (temor o ansiedad extrema frente a determinados acontecimientos sociales, como entablar contacto verbal con desconocidos o tratar con la familia política), son mucho más comunes las primeras. De hecho, mucha gente padece una fobia específica pero ésta no le afecta en su vida cotidiana, como podría ser el caso de una persona que viva en una gran ciudad y que padezca de ofidiofobia (miedo a las serpientes) y que, llegado el caso, evitará encontrárselas en un zoológico.

Si bien es difícil determinar cuáles son las diez fobias más comunes (ya que varían según el sexo y la edad los adolescentes padecen fobias sociales con más frecuencia que los adultos), he aquí una lista de las que se considera más frecuentes en general:

A.1 Fobias más comunes

- i. Aracnofobia: miedo a las arañas. Se calcula que la mitad de las mujeres y el 10% de los hombres padecen esta fobia en algún grado. Las reacciones de estas personas resultan exageradas para los demás, e incluso para los mismos afectados.
- ii. Sociofobia: persistente e intenso miedo a ser juzgado negativamente en situaciones sociales. Es una fobia de las más comunes entre adolescentes y jóvenes.
- iii. Aerofobia: Se trata del tan común miedo a viajar en avión (de hecho, se calcula que sólo el 5% de los pasajeros abordan el avión sin temores de ningún tipo).
- iv. Agorafobia: Se trata del miedo a los espacios abiertos, y es un trastorno más común entre las mujeres que entre los hombres.
- v. Claustrofobia: Al contrario que la agorafobia, este trastorno implica el temor a quedar confinado a espacios cerrados. Se estima que entre un 2 y un 5% de la población padece esta fobia. Estas personas suelen evitar los ascensores, el metro, los túneles, las habitaciones pequeñas, hasta las puertas giratorias les pueden presentar dificultades, así como también el uso de equipos para técnicas de diagnóstico médico como el TAC.
- vi. Acrofobia: Se trata del miedo a las alturas, no simple vértigo sino un temor que ocasiona ansiedad a quienes lo padecen. La fobia suele manifestarse en situaciones tales como las de asomarse a un balcón, estar en un mirador elevado o junto a un precipicio. Al igual que sucede en otras fobias, aquellos individuos que la sufren buscarán evitar la situación temida.
- vii. Emetofobia: Se trata de la fobia al vómito o a vomitar. Estas personas cambian sus hábitos alimenticios y sociales en consecuencia (por ejemplo, evitar ir a comer a restaurantes por temor a que la comida que le sirvan allí le sienta mal al estómago).
- viii. Carcinofobia: Se trata del miedo a contraer cáncer. Es uno de los temores más comunes desde el momento en que la mayoría de los adultos siente aprensión ante la posibilidad de manifestar esta enfermedad. Sin embargo, en el caso de los fóbicos, se trata de un miedo muy antinatural, ya que demostrarán temerle a cualquier síntoma físico negativo, asociándolos todos a síntomas de la enfermedad.

- ix. Brontofobia: Son comunes las fobias que involucran elementos climáticos o determinados fenómenos meteorológicos, y éste es el caso de la brontofobia. Consiste en el miedo extremo ante los rayos y truenos de las tormentas. Alguien con esta fobia estará alarmado tanto antes como durante las tormentas.
- x. Necrofobia: El miedo a la muerte es algo natural e instintivo en el hombre, posiblemente porque la muerte es lo desconocido. Además, se asocia la muerte con los padecimientos que la preceden, dolor, sufrimiento, etc. Sin embargo, algunas personas padecen de una verdadera fobia a la muerte y a los seres muertos.

A.2 Tratamientos psicológicos

Estos tipos de tratamientos ayudan a la gente a sentirse más relajada y confiada, entre ellos se encuentran:

Terapia de exposición y Terapia cognitiva-conductual

En la terapia cognitiva el paciente junto con el terapeuta, a través de las sesiones y de tareas, entrena para detectar sus pensamientos y reconocer su estilo propio de atribución de significados, esto para remplazar o modificar aquellos que no resultan útiles para una mejor calidad de vida.

Este tipo de terapia se complementa con la terapia conductual, donde a través de la realización de prácticas, ejercicios y exposiciones, la persona pone a prueba y ejercita nuevos estilos de pensamiento adquiridos por medio del trabajo terapéutico.

B. Estrés Postraumático

El trastorno por estrés postraumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo. En algunos casos, puede darse también debido a un profundo trauma psicológico o

emocional y no necesariamente algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados. Si una madre o un padre es afectada(o), el TEPT puede causar consecuencias negativas para la relación padres-hijo y el desarrollo del niño

Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TEPT repetidamente vuelve a vivir el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también experimentar problemas de sueño, depresión, sensación de indiferencia o de entumecimiento o se sobresaltan fácilmente. Pueden perder el interés en cosas que antes les causaban alegría y les cuesta trabajo sentir afecto. Es posible que se sientan irritables, más agresivos que antes o hasta violentos. El ver cosas que les recuerdan el incidente puede ser molesto, lo que podría hacerles evitar ciertos lugares o situaciones que les traigan a la mente esas memorias. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

Sucesos ordinarios pueden servir de recordatorios del trauma y ocasionar recuerdos inquietantes o imágenes intrusas. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

El TEPT puede presentarse en cualquier edad, incluyendo la niñez. El trastorno puede venir acompañado de depresión, de abuso de sustancias químicas o de ansiedad. Los síntomas pueden ser ligeros o graves; las personas pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. En casos severos, los afectados pueden tener dificultad para trabajar o para socializar. En general, los síntomas pueden ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de una persona, como en el caso de violación, a comparación de uno natural como es una inundación.

Los eventos ordinarios pueden traer el trauma a la mente e iniciar recuerdos retrospectivos o imágenes intrusas. Un recuerdo retrospectivo puede hacer que la persona pierda contacto con la realidad y vuelva a vivir el evento durante un período de unos segundos o por horas o, muy raramente, por días. Una persona que tiene recuerdos retrospectivos que pueden presentarse en forma de imágenes, sonidos, olores o sensaciones, generalmente cree que el evento traumático está volviendo a repetirse.

B.1 Tratamiento

Los objetivos del tratamiento del TEPT, van dirigidos a:

- Disminuir los síntomas.
- Prevenir complicaciones crónicas.
- Rehabilitación social y ocupacional.

El tratamiento incluye diversas modalidades psicoterapéuticas individuales, entre las cuales podemos destacar la cognitivo-comportamental; también son de gran utilidad las terapias de grupo y de familia, y los grupos de autoayuda.

El manejo farmacológico dependerá de los síntomas predominantes. Entre los medicamentos utilizados se cuentan los antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, entre otros. En algunas oportunidades pueden utilizarse los antipsicóticos atípicos.

C. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (T.O.C.) es un trastorno perteneciente al grupo de los desórdenes de ansiedad (como la agorafobia, la fobia social, etc). Considerado hasta hace algunos años como una enfermedad psiquiátrica rara que no respondía al tratamiento, actualmente es reconocido como un problema común que afecta al 2% de la población, es decir, a más de 100 millones de personas en el mundo. El descubrimiento de que algunos fármacos son eficaces en el tratamiento del T.O.C. ha cambiado el punto de vista que se tenía de esta enfermedad. Hoy no sólo existen terapias eficaces sino que también hay una gran actividad investigadora sobre las causas que producen esta enfermedad y una búsqueda de nuevos tratamientos.

Una persona con T.O.C. se da cuenta de que tiene un problema. Normalmente, sus familiares y amigos también se dan cuenta. Los pacientes suelen sentirse culpables de su conducta anormal y sus familiares pueden enfadarse con ellos porque no son capaces de controlar sus compulsiones. Otras veces, en su deseo de ayudarles, pueden aparentar que los síntomas no existen, justificarlos o, incluso, colaborar en sus rituales (acción que se considera contraproducente).

2.2.3.3 Trastornos Sexuales

Es bien sabido que los trastornos sexuales afectan a un gran número de personas de ambos sexos y que hasta muy poco tiempo no se tenían en cuenta estas alteraciones especialmente si las afectadas eran del sexo femenino. Sin embargo los tiempos han ido cambiando, las mujeres han ido adquiriendo el protagonismo que les corresponde en la sociedad y se han ido preocupando cada vez más por su sexualidad.

Hay evidencias científicas que correlacionan trastornos sexuales y merma en la calidad de vida, con especial afectación de las relaciones personales y de la propia autoestima.

En los hombres se utilizan, desde hace unos años, por parte de sexólogos (médicos ó psicólogos) algunos test auto aplicado que permiten, casi siempre, un diagnóstico fácil de numerosos trastornos sexuales. Sin embargo hay pocos estudios que hayan tratado de desarrollar un instrumento diagnóstico parecido en mujeres.

Trastorno sexual es un estado funcional o comportamental que interfiere el ejercicio considerado normal de la función sexual.

2.2.3.3.1 Clasificación

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

1) Trastornos de identidad sexual

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

Factores que define la identidad sexual

En la mayoría de las ocasiones, los hombres nacen con genitales masculinos y los cromosomas XY, mientras que las mujeres poseen genitales femeninos y dos cromosomas X. Sin embargo, existen personas que no pueden ser clasificadas por estos factores, ya que poseen combinaciones de cromosomas, hormonas y genitales que no siguen las definiciones típicas que se han relacionado con el varón y la mujer. De hecho, algunas investigaciones sugieren que uno de cada cien individuos puede nacer con rasgos intersexuales, o lo que vulgarmente se conoce como hermafrodita.

Formación de la identidad

Existen muchos factores y bastantes combinaciones de los mismos que pueden llevar a la confusión, pero la tradición en la mayoría de las sociedades insiste en catalogar cada individuo por la apariencia de sus genitales. Por esta razón surgen muchos conflictos en personas que nacen con rasgos intersexuales.

Algunos estudios indican que la identidad sexual se fija en la infancia temprana (no más allá de los 2 ó 3 años) y a partir de entonces es inmutable. Esta conclusión se obtiene generalmente preguntando a personas transexuales cuando se dieron cuenta por primera vez que la identidad sexual que les ha asignado la sociedad no se corresponde con la identidad sexual con la que se identifican.

2).Desviaciones o parafilias

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

Hay que tener muy en cuenta que las imágenes o fantasías parafilicas pueden ser estímulo de excitación sexual para una persona sin ello llegar a ser una parafilia. Por ejemplo, la ropa interior

femenina suele ser excitante para muchos hombres. Será parafilia sólo cuando el individuo actúe sobre ellas o cuando le afecten en exceso.

a). Exhibicionismo

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

b). Fetichismo

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.

c). Frotteurismo

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.

d). Pedofilia

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.

e). Masoquismo sexual

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.

f). Sadismo sexual

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.

g). Fetichismo transvestista

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.

h). Voyerismo

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.

3). Disfunciones sexuales

Se consideran disfunciones sexuales a la existencia de inhibición de los deseos sexuales o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo completo de la respuesta sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual se divide en cuatro fases:

1. Deseo: Incluye fantasías y ganas de tener actividad sexual.
2. Excitación: consiste en la sensación subjetiva de placer que va acompañada de cambios fisiológicos. (Erección, lubricación vaginal, etc.)
3. Orgasmo: Es el punto culminante del placer sexual con la eliminación de la tensión y la concentración rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductivos pélvicos. En el hombre existe la sensación de inminencia eyaculatoria, seguida de la emisión del semen. En la mujer existen contracciones de la pared del tercio externo de la vagina. En ambos sexos existe a menudo tensiones o contracciones musculares generalizadas.

Hablamos de disfunciones sexuales cuando una o más de estas fases sufre alteraciones, pudiendo hablar por tanto de:

- a) Trastornos del deseo sexual
- b) Trastornos de la excitación sexual
- c) Trastornos del orgasmo
- d) Trastornos sexuales por dolor

2.2.3.4 Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño involucran cualquier tipo de dificultad relacionada con el hecho de dormir, incluyendo dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño.

El dormir es algo normal. Sin embargo, la falta de sueño o insomnio es un síntoma molesto que con frecuencia lleva a consultar con el médico de cabecera. El insomnio puede ser secundario a los problemas que cada día se afrontan o bien ser consecuencia de problemas subyacentes más graves.

Se duerme de diferente forma en los diferentes momentos de la noche. Uno de los tipos de sueño más importantes es el llamado sueño de movimientos oculares rápidos (REM), que viene y se va varias veces durante la noche, representado cerca de una quinta parte de tiempo total de sueño. Durante el tiempo de sueño REM, el cerebro está particularmente activo, los ojos se mueven rápidamente de un lado a otro, sueña. Durante otro tipo de sueño (sueño no REM) el cerebro está inactivo, pero existe gran cantidad de actividad corporal, las hormonas son liberadas en el flujo sanguíneo y los tejidos del organismo son reparados tras el desgaste del día previo.

Cuánto tiempo se necesita dormir. Esto depende principalmente de la edad, aunque también varía mucho entre las personas de una misma edad. Los bebés duermen cerca de 17 horas al día, que se reducen a 9 o 10 horas cuando se van haciendo mayores. La mayoría de los adultos necesitan entre 7 y 8 horas de sueño cada noche, aunque éstas serán menos según el individuo envejezca. Existen grandes diferencias entre unas personas y otras, hasta el punto que algunas personas pueden estar bien con sólo 3 horas de sueño por noche. Las personas mayores necesitan menos horas de sueño

que el adulto joven y es frecuente que por las noches se encuentren despiertos, especialmente si durante el día han dormido la siesta.

Los motivos de que se duerme poco generalmente pueden ser identificados sin tener que acudir al médico. La presencia de demasiado ruido, una cama poco cómoda, una temperatura excesiva, rutinas irregulares o hacer poco ejercicio físico pueden ser responsables del insomnio. El comer demasiado puede hacer difícil conciliar el sueño, mientras que comer muy poco puede llevar a despertarse demasiado temprano. Los cigarrillos, el alcohol, las bebidas con cafeína tales como el café o el té, también trastornan el sueño. La calidad del sueño también se verá afectada por la presencia de algún dolor o si hace demasiado calor.

2.2.3.4.1 Causas generales

Es común que las personas mayores o ancianos sufran problemas de sueño. En general, necesitan dormir menos y también tienen un sueño menos profundo que las personas jóvenes. Algunas causas y factores que contribuyen a que se presenten trastornos del sueño en los adultos mayores son, entre otros, los siguientes:

- Necesidad de orinar con frecuencia en la noche
- Dolor crónico debido a enfermedades como la artritis
- Enfermedades crónicas tales como la insuficiencia cardíaca congestiva
- Depresión (la depresión es una causa común de problemas de sueño en personas de todas las edades)
- Afecciones neurológicas:
- Enfermedad de Alzheimer
- Medicamentos recetados, drogas psicoactivas o alcohol
- Estilo de vida sedentario
- Estimulantes como la cafeína

2.2.3.4.2 Clasificación

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

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

1). Insomnio

Incluye cualquier combinación de dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, vigilia intermitente y despertarse en la madrugada. Los episodios pueden aparecer y desaparecer (pasajeros), durar entre 2 y 3 semanas (a corto plazo) o ser duraderos (crónicos).

Los factores comunes relacionados con el insomnio son, entre otros:

- a) Enfermedad física
- b) Depresión
- c) Ansiedad o estrés
- d) Un ambiente para dormir inapropiado, con excesivo ruido o luz
- e) Cafeína
- f) Alcohol y de otras drogas
- g) Uso de ciertos medicamentos
- h) Tabaquismo en exceso
- i) Molestia física
- j) Siestas durante el día
- k) Hábitos de sueño contraproducentes como:

2). Hipersomnia

Los trastornos por excesiva somnolencia se denominan hipersomnia y abarcan, entre otros:

- Hipersomnia idiopática (somnia excesiva que ocurre sin una causa identificable)
- Narcolepsia
- Apnea del sueño central u obstructiva
- Trastornos del movimiento periódico de las extremidades
- Síndrome de las piernas inquietas

También se pueden presentar problemas cuando no se mantiene un horario constante de sueño y de vigilia, lo cual sucede cuando se viaja cruzando zonas horarios distintos y con trabajos de horarios rotativos, particularmente los que trabajan en las noches.

3). Conductas que interrumpen el sueño

Las conductas anormales durante el sueño se denominan parasomnio y son bastante comunes en los niños. Estas abarcan:

- Terrores nocturnos
- Sonambulismo
- Trastorno de comportamiento asociado al sueño MOR (un tipo de psicosis en la cual una persona representa sueños tan violentamente que puede lesionar a la persona con quien duerme)

2.2.3.5 Trastornos psicósomáticos

Se define como trastorno psicósomático aquel que teniendo origen psicológico, presenta síntomas fisiológicos que pueden producir alteraciones a nivel corporal. Se refiere pues a los dolores físicos que tienen las personas que no son producidos por una enfermedad orgánica sino como consecuencia de problemas psicológicos que deriva en un dolor físico.

El trastorno psicósomático de las enfermedades físicas que padece el paciente son originadas por factores psicológicos. Debido al estrés mental, la persona en este estado manifiesta de manera inconciente un conflicto psíquico en una afección física. De esta manera la persona evita preocuparse por el problema y solo se interesa por el malestar físico, olvidándose de lo que realmente le preocupa.

También se llega al punto de manifestar un dolor, si otra persona allegada ha sufrido alguna enfermedad, por ejemplo si un familiar padece un tumor cerebral, el paciente sentirá constantes y fuertes dolores de cabeza. Los síntomas se aplican una vez que el médico diagnostica un buen estado de salud.

Es inevitable separar al cuerpo de la mente ya que existe una conexión muy fuerte entre ellos y se comunican constantemente. De la misma manera que una enfermedad a nivel físico afecta al ánimo del paciente, provocándole ansiedad, angustia y estrés, es también común que se somatice las emociones en lo físico.

Un ejemplo claro de esto es que cuando se siente emocionalmente bien, y si se está alegre, tiene más vigor físico, más fuerza y se siente físicamente bien para realizar actividades.

Y cuando se está mal emocionalmente, la fuerza disminuye al igual que las ganas de realizar actividades y está más propenso a sufrir enfermedades, ya que también las defensas tienden a bajar.

2.2.3.5.1 Factores desencadenantes de un trastorno psicosomático

a). Biológicos:

- Carenciales: hambre, sed, o la falta de alguna vitamina o metabólico
- Alteraciones: fiebre, deshidratación
- Enfermedades que producen estrés biológico.

b). Psicológicos:

- Condiciones de trabajo negativas por sobrecarga de tareas o esfuerzo mental
- Monotonía o variación excesiva en el curso vital
- Factores relacionados con el miedo, la frustración o el conflicto, etc.

Una característica de personalidad que suelen compartir los pacientes afectados es la dificultad para expresar sentimientos y/o para afrontar factores estresantes generales (p. ej., la muerte de un familiar, un divorcio, un embarazo, etc). Estos estados anímicos activan o inhiben procesos corporales. Algunos estudios han demostrado que el afrontar de forma optimista estos sucesos protege de la aparición de estos trastornos. Por otro lado, se han definido ciertos patrones de conducta que parecen asociarse a algunas enfermedades: la llamada personalidad tipo A (sujetos hiperactivos, agresivos, impacientes, muy implicados en el trabajo) es un factor de riesgo para padecer cardiopatía isquémica (angina de pecho, infarto de miocardio (IAM)); la personalidad tipo B (personas tranquilas, confiadas, con expresión abierta de sus emociones) no está asociada a ninguna enfermedad (actuaría como factor "protector"), y la personalidad tipo C (sujetos pasivos, conformistas, sumisos, con escasa expresión de sus emociones).

Manifestaciones clínicas:

Vamos a enumerar a continuación algunos de los trastornos psicosomáticos más frecuentes, que en algunos casos, como ya se expuso anteriormente, son enfermedades orgánicas bien definidas, pero que se ven afectadas (en su inicio, evolución o intensidad) por factores psicológicos.

1. Cardiopatía isquémica

La angina de pecho y el IAM son formas clínicas de esta enfermedad, que por su frecuencia y gravedad es la primera causa de muerte en Occidente. Las investigaciones epidemiológicas llevaron a descubrir la personalidad tipo A, que hace que los sujetos que la poseen tengan 2,5 veces más probabilidades de tener la enfermedad. Los programas de prevención van encaminados a intentar modificar sus elementos (tensión, competitividad, etc).

2. Asma bronquial

El espasmo o cierre de los bronquios en respuesta a diferentes estímulos (infecciones, polvo, ejercicio) origina los síntomas de la enfermedad (tos, dificultad respiratoria y sibilancias o "pitos"). El estrés en general y ciertos estados emocionales pueden desencadenar crisis de asma, y

se ha descrito mayor predisposición al trastorno en sujetos con fuerte deseo inconsciente de protección/amparo por la madre, que suele ser dominante y excesivamente solícita y servicial.

3. Colon irritable

Caracterizado por una alteración funcional del intestino (es decir, que el intestino es morfológicamente normal, no hay inflamación, ni pólipos, etc) consistente en cambios del hábito intestinal (diarrea, estreñimiento) y dolor abdominal. Origina a veces gran cantidad de pruebas complementarias para asegurar el diagnóstico, que puede ser muy difícil. Aunque es de naturaleza "benigna" puede ocasionar muchas molestias al paciente.

4. Lumbalgia

El dolor de espalda a nivel lumbar es una de las principales causas de baja laboral en nuestro medio. Muchos de estos dolores no tienen ninguna alteración ósea o muscular que los justifique, y se piensa que el tono emocional afecta al sistema de irrigación sanguínea muscular, reduciéndose éste y produciéndose así el dolor. La fibromialgia es una forma concreta de estos dolores crónicos, de tejidos blandos, y se caracteriza por zonas puntuales que desencadenan intenso dolor a la palpación, llamadas zonas "gatillo".

5. Cefalea tensional

Se trata del dolor de cabeza más frecuente en la población general, y se relaciona con la contracción mantenida de los músculos de la cabeza y el cuello. Suele aparecer en la nuca y se puede extender a toda la cabeza. Típicamente empeora a lo largo del día. También se ha asociado a la personalidad tipo A.

6. Infertilidad psicógena

Algunas mujeres no consiguen quedarse embarazadas a pesar de no existir motivos orgánicos que lo justifiquen. A veces la excesiva preocupación por la maternidad afecta al sistema nervioso que regula la función hormonal y éste a su vez produce amenorrea (ausencia de menstruación) o hemorragias. La frecuencia de este trastorno no se conoce exactamente, oscilando según las fuentes entre el 0,1 y el 28%.

7. Eczema

Consiste en la formación en la piel de vesículas y costras, con gran picor. Hay muchos tipos diferentes, siendo algunos de ellos más influenciados por el estrés que otros.

2.3 Métodos de psicodiagnóstico

Es una disciplina psicológica que se ocupa del estudio científico del comportamiento del ser humano o de un grupo con el fin de descubrir, clasificar, evaluar, predecir y explicar el porqué del comportamiento.

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

Admitiendo las peculiaridades únicas de cada sujeto, utiliza unas categorías diagnósticas basadas en entidades nosológicas de muy distinta procedencia, que permiten aprovechar los conocimientos acumulados y aplicarlos en cada caso concreto. La definición dada no hace apelación a procesos psicopatológicos, a pesar de lo cual, ha sido preferentemente utilizado en clínica. En este caso, al emitir un juicio diagnóstico no se describe simplemente, sino que muchas veces lleva aparejado ciertas connotaciones etiológicas en función de las técnicas utilizadas y de la teoría que lleva a la base, así como algunas sugerencias sobre posibilidades terapéuticas.

Técnicas utilizadas. No existe una división y organización de técnicas que se acepte sin discusión. Una de las clasificaciones que se ha hecho más clásica es la de G. W. Allport (1937), que las agrupa en 14: a) estudio del contexto cultural del sujeto; b) registros físicos como constitución, regulación hormonal y datos hereditarios; c) registros sociales como trabajo, frecuencia de

aparición de determinada conducta; d) registros personales tales como biografías, diarios íntimos, y correspondencia personal; e) movimientos expresivos en los que se contabilizan las primeras impresiones y los rasgos grafológicos; f) las escalas de evaluación y psicogramas; g) utilización de tests tipificados de distintas modalidades h) análisis estadístico utilizando las estadísticas adecuadas y las técnicas al uso, tal como el análisis factorial y discriminante; i) diseño de situaciones vitales en miniatura; j) experimentos de laboratorio; k) formulación de predicciones en estadios distintos de la investigación, con el fin de contrastar los conocimientos que se van alcanzando; l) análisis en profundidad de la conducta con la utilización de asociaciones libres y análisis de sueños; m) técnicas de autoclasificación del sujeto con relación a determinados tipos ideales deducidos por análisis lógico o literario, métodos sintéticos, que insisten en lo que de global y unitario hay en el sujeto, tales como procesos de identificación a ciegas a partir de información que recibe el psicólogo, organización lógica de material recogido por distintas técnicas con el fin de dar una imagen comprehensiva, y entrevistas sin estructurar.

2.3.1 Instrumentos útiles para el psicodiagnóstico

Los instrumentos, tienen su fundamento en alguna actividad artística-creativa: dibujar, interpretar una figura, narrar una historia, que obliga al sujeto a hacer uso de imaginación, flexibilidad, originalidad y exploración de diversas vías de expresión, y propician el descubrimiento de las principales direcciones orientadoras y valorativas de la personalidad.

Considerando las lógicas variaciones en función de la actividad (dibujar, narrar, interpretar, etc.) la mayoría de los instrumentos psicodiagnóstico tienen una base proyectiva (externalización de los procesos afectivos e intelectuales sobre el mundo exterior); aperceptiva (interpretación de lo percibido de acuerdo con los deseos, temores, ansiedades, expectativas); o de determinismo psíquico (las asociaciones y creencias de un individuo no son arbitrarias, sino que responden a una causalidad).

El Psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversas etapas que se describe a continuación:

A. La observación

Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dando garantía 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 como por ejemplo registros estructurados y listas de chequeo

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.

I. Ventajas y limitaciones

a). 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.

b) Limitaciones:

- En ocasiones es difícil que una conducta se presente en el momento de la observación.

- La observación es difícil por la presencia de factores que no se han podido controlar.
- 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.

II. Manejo de los resultados de la observación

La observación como método no es infalible y por consiguiente, la toma de decisiones a partir de sus resultados debe ser cuidadosamente revisada.

Los datos obtenidos mediante la observación deberán manejarse con ética por cuanto no son concluyentes; lo más adecuado es contrastarlos con otras fuentes de información, que, como es usual en evaluación psicológica, podrían ser: (a) la entrevista, (b) los tests psicométricos y (c) las técnicas proyectivas.

B. La entrevista psiquiátrica

La entrevista psiquiátrica, es una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos o más, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, forma de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y que pautas o normas experimenta como particularmente y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio.

I. El carácter oral de la entrevista

La entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal, no solamente verbal. El significado, que la entrevista psiquiátrica se torna práctica en una razonable sección del curso de la vida de uno.

Así, la entrevista psiquiátrica es, primordialmente, una cuestión de comunicación vocal y será un error muy grave presumir que la comunicación es primordialmente verbal. Los complementos de sonido sugieren lo que uno debe de decir de las proposiciones verbales expresadas.

Esta comunicación pertenece a un grupo de dos, y en esa sugerencia hay, ciertamente, una ligera medida de ironía. Es prácticamente imposible explorar la mayor parte de las zonas significativas de la personalidad, mientras se halla presente una tercera persona.

Es importante la integración voluntaria de los participantes a la entrada, los psiquiatras están acostumbrados a tratar con personas que acusan de distintos grados de disposición, desde aquellas que rehúsan a entrevistarse con el psiquiatra, a los que se muestran seriamente interesados en obtener los beneficios que brinda la psiquiatría moderna.

Esas personas desean que les sea posible hablar sobre sus cosas francamente con alguien, pero llevan consigo determinaciones incluidas que les obstaculizan toda discusión libre. La actitud del psiquiatra puede variar, se entusiasma, hasta el aburrimiento respecto al paciente. Pero toda emoción notable del entrevistador es un lamentable incidente que puede considerarse equivalente a un problema psiquiátrico.

Muchas personas que al comienzo de la entrevista se muestren muy resistentes, resulta notablemente comunicativa en cuanto descubren que el entrevistador es sensato en sus preguntas, y que no se limita a distribuir elogios, culpas y demás, sin discriminación.

II. Las relaciones entre el profesional y el cliente

El experto en psiquiatría, debe poseer la capacidad, de comprender el campo de las relaciones interpersonales, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su sujeto o paciente, el psiquiatra está particularmente inhibido de buscar satisfacciones personales o prestigio, busca únicamente los datos que necesita para beneficiar al paciente, y espera que este le pague sus servicios.

III. Las normas características de vida del paciente

La entrevista psiquiátrica, va dirigida al propósito de aclarar normas características de vida. De esta manera, no existe lo que se llama enterarse de lo que sufre una persona por su forma de vida.

Muchas personas que consultan al psiquiatra se consideran como víctimas de una enfermedad o defecto hereditario, no piensan en sus dificultades, como importantes.

Pero la entrevista psiquiátrica está destinada principalmente a descubrir las dificultades oscuras de vivir, que el paciente no entiende claramente.

IV. La esperanza de beneficio del paciente

En una entrevista bastante corta, se alcanzan en ciertos objetivos limitados, el entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo de la entrevista, que sus esperanzas de mejorarse, de obtener un empleo mejor, o de alcanzar lo que le haya impulsado a buscar y obtener la entrevista, sean alentadas.

V. El concepto de la distorsión paratáctica

Las verdaderas características de la otra persona en ese momento, pueden resultar de importancia, muy escasa para la situación interpersonal, y a eso se le llama distorsión paratáctica.

VI. Estructuración de la entrevista

La definición social o cultural es muy importante por cierto, en las primeras etapas de una relación interpersonal, puesto que el psiquiatra es un experto en relaciones interpersonales, no tiene nada de extraño de que el paciente llegue ante él esperando que conduzca las cosas de tal modo que materialice los propósitos que lo han llevado al consultorio: es decir, que sus ventajas y desventajas en la vida sean correctamente apreciadas y que sus dificultades sean suavizadas a fin de que puedan convertirse en elementos remediables y significativos de su pasado, o que ser aconsejado.

Tanto la cultura como el orden social, pueden servir de apoyo al psiquiatra al decir que, como experto, tiene derecho a ciertos datos pertinentes y significativos referentes a la persona que consulta.

VII. Tipos de entrevista psiquiátrica

Propósitos demostrables en las entrevistas psiquiátricas, en primer lugar, la consulta realizada con propósito de diagnóstico, es decir, el psiquiatra trate de determinar el carácter de las dificultades personales en la vida del entrevistado, y aconsejarle con quien y de que manera podrá obtener un tratamiento o beneficio.

El tipo siguiente de entrevista, es realizada también con el propósito de diagnosticar una dificultad de vivir, pero con un acento especial en influir el ambiente más que el paciente. En tales casos, se supone que el psiquiatra producirá el beneficio, en lo que concierne a la situación dada, a través de algún efecto, sobre y por intermedio de otras personas o instituciones, de ayudar también a la persona que acude a la entrevista si el entrevistador ha de obtener realmente los datos que necesita; esto no prohíbe que se haga algo a favor de esa persona, para ayudarla a vivir.

VIII. Las anotaciones durante la entrevista

El entrevistador psiquiátrico realiza tres cosas; estudia lo que puede querer decir el paciente con lo que expresa; estudia la mejor manera en que el mismo puede exponer lo que desea comunicar al paciente.

IX. La integración interpersonal del entrevistador y la entrevista

Una entrevista tiene que prometer utilidad o beneficio para el entrevistado, se siente con derecho a una cierta medida de beneficio derivado de ella, y debe obtener ese beneficio. El entrevistador tiene que darse cuenta de que su beneficio de la entrevista tiene que ser algo más que imaginario. Debe tener un motivo suficiente para proseguir la misma; de lo contrario, aunque parezca que esta respondiendo realmente a las preguntas que le formula el entrevistador, en realidad estará haciendo algo totalmente distinto.

X. El comienzo formal de la entrevista psiquiátrica

Incluye desde la recepción y el saludo al entrevistado es bueno darle un apretón de mano y darle un lugar donde sentarse para sentirse confianza.

La forma en que es recibido el entrevistado puede acelerar notablemente el logro de resultados que se desea, o puede hacer que dicho resultado puede ser inalcanzable. Al entrevistado debe hacerse sentir como en casa, el saludo para el debe ser igual como para todos, posiblemente sea un paciente nuevo, pero de igual forma debe saludársele como a los otros que ya son conocidos.

Después del saludo, llega el momento de conversar con el paciente, y debe hacerse de una forma en que el vea al psiquiatra, esta dispuesto a escucharlo y ayudarlo, en la conversación debe de mostrarse confianza y hacerle preguntas para que el pueda contar lo que le esta afectando.

En algunos casos el paciente llega acompañado de un familiar amigo, que anticipadamente le dan información al entrevistador, para formarse una idea de la situación en estos casos es bueno escucharlos, pero no se debe de formarse una idea del entrevistado, sin escuchar lo que el dice, porque algunas veces las personas se forman su propia opinión de la otra, o por problemas familiares quieren dar referencias falsas del paciente. En otros casos esta información puede ayudar a entender la situación del paciente.

Durante la entrevista es necesario dejar al paciente que se exprese que fluya, para que de el mismo salga las respuestas que se desea obtener.

La información colateral no debe ser rechazada sin alguna razón poderosa, Sin embargo cuando alguien oscuramente relacionado con el paciente, u hostil a el, ofrece voluntariamente información, se debe descubrir el motivo de esa intervención tan útil antes de aceptarla.

La información que se obtenga del paciente debe ser confidencial. Porque una persona que consulta acerca de sus problemas y establece confianza con el psiquiatra ya ha superado inhibiciones bastantes serias fijadas por la cultura. Por lo que debe respetarse y debe de saber cuando puede revelar información si es necesario, debe asegurarse que es para el beneficio del paciente.

El entrevistador descubre que hay diferente tipo de comunicación con los pacientes, en el primer encuentro existe comunicación visual, hablada y por los gestos, es un intercambio de movimientos expresivos distintos del lenguaje, que ayudara durante el proceso.

Es necesario hacerle preguntas acerca de su vida, para conocer la biografía del paciente y entender su situación por ejemplo. Como fue su familia, su relación con sus papás, y su actual familia, esposa e hijos, sus estudios, su trabajo y otros.

Durante el reconocimiento es posible que el entrevistador oiga hablar de algunas situaciones de un momento perteneciente de al pasado del paciente, que parece significativo, pero que no se presenta clara, cuando el entrevistador formula preguntas complementarias, puede llegar al punto en cual algo que el quiere saber no es posible para el entrevistado porque no lo puede recordar.

Debe dejar que el paciente fluya en la información que se quiere obtener y no interrumpirlo, también hay que aclararle que es necesario que exprese todo lo que le ha pasado, porque existen pacientes que quieren ocultar parte de su vida, porque piensan que no es conveniente hablarlo y que otros se enteren de dicha situación.

Al finalizar las sesiones el entrevistador debe de tener su punto de vista un resumen de todo lo que se ha trabajado para que el paciente pueda ver el reflejo de lo que ha sido de su vida y que lo ha dado a conocer con el psiquiatra.

XI. La investigación detallada

Durante las primeras etapas de la entrevista el entrevistador habrá recibido una buena cantidad de impresiones respecto al paciente.

La etapa del interrogatorio detallado en la entrevista psiquiátrica es una cuestión de mejorar las primeras impresiones de comprensión, proceso por la cual puede producirse un cambio, realmente revolucionario en las impresiones.

XII. La entrevista como proceso

Es un cambio que puede producirse en una situación. Entrevista es un cambio en la actitud del entrevistador. Estos cambios en cierto modo más ocultos son cambios en la actitud del entrevistador, reflejados por el entrevistado.

Parte del desarrollo de su habilidad procede de la observación automática. La impresión del entrevistado puede estar, naturalmente, muy lejos de lo que el entrevistador calificaría como

exacta. Las operaciones del entrevistado proporcionan guías referentes a lo que está experimentando.

Hay dos grupos de procesos dirigidos al entrevistador:

1. Actitud directa del entrevistador hacia él.
2. parte de las actitudes del entrevistador que están fielmente relacionadas con la respuesta actitud del entrevistador.

Impresiones generales de la situación, entrevista a fin de poder observar cambios es necesario contar con un punto de partida y son aquellas impresiones generales obtenidas en las etapas del recibimiento formal del paciente, el comienzo formal de la entrevista y el reconocimiento.

La primera impresión es respecto a su eficiencia y después de haber obtenido esta impresión más general empieza a analizarla desde distintos puntos de vista. Primeramente considera la entrevista en términos de su vigilancia general, es igual a decir cuán alerta está y en cuántas áreas. La atención del entrevistado a lo que esta ocurriendo puede variar notablemente. Algunas personas están atentas y ponen sumo cuidado en todo lo que producen. Hay otros que son distraídos los ruidos de afuera, o cosas que se están produciendo en sus propias mentes, obstaculizan su deseo de seguir sus preguntas.

La correspondencia incluye un grupo de complejos elementos de la personalidad que al igual que otras cosas contribuye a facilitar el vivir y que, en su manifestación más elevada, quizá componen lo que ordinariamente se llama tacto. En la situación entrevista la correspondencia puede variar desde la cooperación comprensiva en la cuál puede saber cuál será la pregunta siguiente hasta un embotamiento el cuál se pierde desde el momento en que se trata de adivinar.

En las primeras etapas de la entrevista, el entrevistado puede parecer que se muestra:

Reservado, cauteloso, desconfiado, hostil o depreciativo. Y su actitud puede parecer: altanera, superior, conciliatoria, diferencial o apológicamente inferior. Hay dos situaciones:

1. Informante insolente: En ciertos tipos de labor de entrevistado, el informante puede ser insolente en grado sumo, y es bueno ciertamente cuando eso cambia.

2. Informante evasivo: Algo que es mucho más común en el trabajo psiquiátrico.

El interés del entrevistador está en observar los cambios que se presentan en tales juegos de actitudes: En observar qué es lo que está mejorando o empeorando la situación. La entrevista psiquiátrica se utiliza para muchas cosas además de encontrar la curación. Si la entrevista es dura por cualquier motivo conviene que el entrevistado tenga alguna idea sobre qué operaciones suyas son responsables del fracaso en lo que respecta a producir algún cambio.

El cambio de impresión del informante consiste en tres zonas:

- Aprecia cada vez más el paciente al terapeuta, como una persona comprensiva.
- Muestra interés en no herir los sentimientos del informante, o más exactamente rinde todo el respeto que le es posible a la necesidad de sentir propia estimación que experimenta el informante.
- Parece él sentir una simplicidad de motivación en el terapeuta, es decir que él terapeuta se interesa solamente por lo que se refiere a realizar una labor competente.

XIII. Impresiones como hipótesis que deben ser puestas a prueba

Estas impresiones generales son hipótesis burdas e hipótesis relacionados con el trabajo interpersonal las cuáles deberán ser sometidas a continuas o recurrentes pruebas o correcciones.

La manera de poner a prueba las hipótesis es por medio de alguna clase de actividad exploratoria con propósitos claros. El entrevistador formula preguntas críticas, compuestas de tal modo que la respuesta indicará si la hipótesis es razonablemente correcta o definitivamente inadecuada.

VX. La terminación de la entrevista

Una parte importante de toda entrevista psiquiátrica es su terminación o interrupción. El poner fin a la entrevista, o interrumpir por algún tiempo, lo importante es consolidar todo el progreso alcanzado durante la sesión.

C. Los tests psicológicos

En la práctica de la psicología muchas veces se recurre a la utilización de técnicas psicométricas o técnicas proyectivas, conocidas popularmente como test psicológicos.

Estas técnicas o tests son utilizados en una gran variedad de campos, siendo casi indispensables a la práctica psicológica. Los tests son utilizados, como vemos muchas veces en Psicología, para llevar a cabo experimentos, pero también son utilizados en la práctica clínica para arribar a un diagnóstico del paciente o en la práctica laboral para entrevistas de trabajo e incluso en la práctica judicial.

Para que un test sea aceptado científicamente debe ser confiable, lo que implica debe demostrar estabilidad y consistencia en sus resultados.

Un test es confiable cuando al aplicarlo dos o más veces a un individuo, en circunstancias similares obtenemos resultados similares.

Un test además debe ser válido, es decir debe demostrar que mide lo que dice medir. Por ejemplo un test de personalidad es válido cuando mide efectivamente la personalidad y no por ejemplo los estados de ánimo.

En el ámbito psicológico existen dos grandes variedades de test: los psicométricos y los proyectivos.

a).Tests psicométricos

Son aquellos cuyos resultados se encuentran estandarizados en baremos (o escalas). Esto significa que cuando una persona completa el test, sus resultados se comparan con los de otras personas que ya han realizado el test y cuyos resultados se consideran un parámetro para medir los nuevos resultados.

b). Tests proyectivos

Se basan en la atenta observación de caso por caso. Mientras que en las psicométricas los resultados de un test suelen ser numéricos, o al menos contables, y se pueden comparar los datos por ordenador con otros datos. En las técnicas proyectivas es indispensable la presencia de un psicólogo que observe las respuestas del sujeto en cuestión.

D. Manuales de Psicodiagnóstico

D.1 El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR

Es un manual que se utiliza con la finalidad de facilitar y estandarizar el diagnóstico de los trastornos mentales, es descriptivo y teórico (no causal).

Su uso racional permite hacer más confiable los diagnósticos; una guía útil para la práctica clínica

Facilita el hecho de que internacionalmente, el profesional de cualquier rama, sepa a que se refiere exactamente alguien que hace un diagnóstico de cualquier trastorno mental, basado en el manual.

La utilidad y credibilidad del DSM IV TR, depende de:

- ✓ Que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educativos.
- ✓ Y que se apoye en fundamentos empíricos sólidos.

Es una guía clínica

Debido a su brevedad y concisión de sus criterios. Claridad de expresión, La manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos.

Para fundamentar la investigación y la comunicación entre profesionales de diversas escuelas.

Para la enseñanza de la Psicopatología y para mejor recoger los datos de la información clínica ahora vigente.

Se basa en un sistema multiaxial que implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados en la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR incluye cinco ejes que son:

- ✓ Eje I Trastornos clínico
- ✓ Eje II Trastornos de la personalidad
- ✓ Eje III Enfermedades medicas
- ✓ Eje IV problemas psicosociales y ambientales
- ✓ Eje V Evaluación de la actividad global

Quién lo utiliza

- ✓ Investigadores o terapistas: biológicos, psicodinamico, cognitivos, conductistas, interpersonales o transpersonales, familiares.
- ✓ Clínicos e investigadores de diversa orientación para uniformar la enseñanza y la investigación.
- ✓ Investigadores o terapistas: biológicos, psicodinamico, cognitivos, conductistas, interpersonales o transpersonales, familiares
- ✓ Psiquiatras, médicos de psicología médica, de otras ramas, psicólogos.
- ✓ Otros especialistas: trabajadores sociales, enfermeras, psicopedagogos, terapistas ocupacionales y de rehabilitación, en general por todo profesional de la salud

Es utilizado para:

- ✓ Pacientes hospitalizados y ambulatorios
- ✓ Hospital de día, clínicos de enlace
- ✓ Práctica privada

- ✓ Investigación
- ✓ Diagnostico multiaxial

D.2 Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (*en inglés ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud. Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

D.2.1 Historia de la CIE 10

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

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

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá publicó su

versión en el 2000, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

D.3 Guía latinoamericana de trastornos psiquiátricos GLADP

La guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), mas allá de optimizar el uso instrumental y la utilización de un modelo de psicodiagnóstico, ajustado a estándares internacionales, implica el ajuste de la Clasificación de las Enfermedades mentales, con base a la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas

El éxito y los logros de los fines del uso del modelo multiaxial alcanzando en la practica del diagnóstico psiquiátrico, que lo lleva a su perfección, al punto de estimular el surgimiento de nuevas propuestas al respecto, como el caso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), que respetando el modelo y el sistema de base propuesto por la OMS sobre el tema. Propone el sistema GLADP.

En cierta medida la GLADP culmina una etapa, que se inaugura con las contribuciones de José Leme López (1954) en Brasil, las de José Horwitz y Juan Marconi (1966), en Chile, y que representa los esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los nosólogos latinoamericanos que, como Carlos Acosta Nodal (1975) en Cuba, J.C. Lucena (1963) en Brasil, Carlos León (1986) en Colombia y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

Este sistema propuesto por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) establece el manejo del diagnóstico multiaxial en cuatro ejes, que son los siguientes:

- ✓ Eje I Trastornos clínicos y problemas relacionados
- ✓ Eje II Discapacidades
- ✓ Eje III Factores contextuales
- ✓ Eje IV Calidad de vida

2.4 La psicoterapia

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.

La palabra psicoterapia proviene de dos palabras griego (*Psyche*) que significa espíritu alma o ser y (*Therapeutikos*) que significa asistente o aquel que cuida de otro. Por lo tanto psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona

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.

2.4.1 Características deseables del terapeuta

En la característica del terapeuta (Beck, 1979) se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el mismo posea tres competencias relacionales (Rogers, 1951): Aceptación, Empatía y

Autenticidad. Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática

El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, el terapeuta empático puede evitar hacer juicios expresivos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales

El humor es otra característica deseable; ya que puede suponer un recurso anti-dogmático importante ante la excesiva "seriedad" dada a veces a la visión de los problemas y la terapia. Y como última habilidad se apunta la flexibilidad con la propia terapia, adecuándola al caso concreto; y no siempre "teniendo que" desarrollarla de forma directiva y con el mismo "manual".

2.4.2 La relación terapéutica

La confianza básica: Se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como seguro y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica.

El rapport: Se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente si le parecen si le parece poco razonable. El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo.

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

2.4.3 La colaboración terapéutica

Trabajo del paciente	Trabajo del terapeuta
1-Manifestar sus pensamientos, emociones y conductas referentes a sus dificultades ("datos brutos")	1-Enseñar al paciente la relación entre pensamientos- afectos-conductas y como registrar esas relaciones
2-Registrar eventos que proporcionen relaciones entre pensamientos-afectos-conductas	2-Enseñar al paciente a modificar sus pensamientos automáticos a través de habilidades cognitivas- conductuales. Programar tareas para casa para su puesta en práctica
3-Aplicar tareas para casa de tipo cognitivo-conductuales para contrastar sus pensamientos automáticos	3-Revisar con el paciente esas tareas y desarrollar sus habilidades con ellas. Recoger datos sobre hipótesis de Supuestos Personales. Proponer al paciente su revisión mediante experimentos personales
4- Aplicar experimentos personales	4- Revisas los experimentos personales. Prepara al paciente para el alta/ seguimiento. Identificación de problemas al respecto
5- Expresar preocupaciones respecto al alta y recaídas	5- Alternativas a esas preocupaciones. Prevención de recaídas
6- Acuerdo sobre el alta. Resumen de la terapia	6-Acuerdo sobre el alta. Resumen de la terapia

2.4.4 Reacciones de transferencia y contratransferencia

La percepción errónea del paciente y terapeuta puede llegar a experimentar sentimientos (positivos o negativos) hacia este, de modo que su conducta resultaría improductiva para la labor terapéutica.

Transferencia: fenómeno mediante el cual un paciente proyecta inconscientemente sobre su analista sentimientos, vivencias y emociones infantiles

Una persona verá en su terapeuta, y experimentará hacia él o ella, los mismos deseos y prejuicios que tuvo hacia sus padres y/o personas significativas de su infancia, sin tener claro porqué lo hace.

Se sentirá entonces enamorado, rechazado, experimentará angustias, temores y anhelos, que le resultan difíciles de expresar y mucho menos entender.

El fenómeno de la transferencia constituye el Alfa y Omega de la relación analítica, es decir, el principio y el fin del proceso de análisis.

El entorno terapéutico brinda un medio seguro y confiable para que estas emociones puedan ser desarrolladas, integradas, metabolizadas y elaboradas conscientemente. Parte del proceso analítico consiste en actualizar la realidad. Que la persona conflictuada pueda hacer consciente su pasado y en esa forma deje de repetir patrones infantiles de conducta.

La condición transferencial se confina en el contexto terapéutico, y es deseable, para la cura que el paciente desarrolle una; neurosis de transferencia por ella el paciente puede hacer la experiencia emocional correctora que le permitirá superar sus dependencias y temores.

Existen dos grandes orientaciones en la conceptualización de la transferencia. La primera la considera un fenómeno universal, que se da a diario en la vida cotidiana con cualquier persona con la que se relaciona consistiría en el desplazamiento de emociones y conductas que originalmente se experimentan en relación a personas significativas de la infancia, sobre ciertos objetos actuales.

La segunda forma de conceptualizar la transferencia, cual es la que normalmente se utiliza dentro de los textos de teoría y técnica psicoanalítica, hace referencia a los procesos de transferencia dentro de la relación terapéutica. Dentro de este contexto, Anna Freud (en Menninger y Holzman, 1973) definió a la transferencia como todos los impulsos que experimenta el paciente en relación con el psicoanalista, que no son creación nueva de la situación analítica objetiva, sino que se origina en relaciones primitivas con los objetos y ahora simplemente se reviven por la influencia de la compulsión iterativas.

La transferencia es un fenómeno derivado del desplazamiento y la regresión. Para lograr el establecimiento de la neurosis transferencial es necesario que el ambiente terapéutico facilite

estos procesos a través de algunos factores, tales como la serenidad y constancia del ambiente, el silencio del analista, la asociación libre y la escasa información que tiene el paciente acerca del terapeuta que permite con mayor facilidad la proyección de sus figuras internas sobre él (Fenichel, 1974).

Transferencia positiva y transferencia negativa.

La transferencia positiva surge cuando el analizado siente ciertas gratificaciones por parte del analista y se dispone hacia él con una actitud de amor, distinta a la cooperación consciente producto de la alianza terapéutica.

Transferencia negativa, la cual se produce cuando el paciente revive en la transferencia conflictos que vivió en su infancia en la figura del terapeuta; normalmente, el terapeuta va a frustrar los intentos del paciente por actualizar los impulsos, de manera tal que éste active sus defensas, respondiendo con hostilidad y agresión.

Contratransferencia: Conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta el terapeuta en relación con el paciente (Florenzano, 1984). Al igual que el concepto de la transferencia, la contratransferencia ha poseído distintas implicancias: desde una connotación negativa para Freud, que obligaba a considerarla un proceso a dominar por completo, hasta la actual valoración de este proceso como una importante herramienta terapéutica necesaria para comprender los procesos transferenciales del paciente.

La contratransferencia positiva y negativa

La contratransferencia positiva le ofrece al terapeuta la energía necesaria para comprender el inconsciente del paciente.

La contratransferencia negativa, por su parte, interferiría en la motivación y en la objetividad del terapeuta para realizar sus intervenciones y sería resultado de la adopción de objetos negativos del paciente, aunque también podría ser consecuencia de una falsa comprensión debida a la desintegración de los propios objetos del analista.

2.4.4.1 Resistencia al cambio terapéutico

Para la psicoterapia cognitiva "la resistencia" viene definida por la conducta del paciente (y del terapeuta) que es anti-terapéutica para el logro de los objetivos de modificación cognitiva. La causa de la resistencia se encuentra en actitudes y conductas por parte del paciente y del terapeuta que no facilitan la colaboración terapéutica (Ellis, 1983; Beck, 1979).

Las intervenciones paradójales se pueden considerar intervenciones cognitivas en tanto y en cuanto tienen en cuenta para su prescripción el "marco de opiniones personales del paciente" (marco o esquema cognitivo, p.e Fisch y Cols. 1984). Básicamente consiste en reformular la resistencia de modo positivo (atribución positiva) y prescribirla, de modo que si el paciente se opone a su realización deja de utilizarla, o si la sigue se pone bajo la "dirección" del terapeuta. Para realizar esta intervención de modo prudente, antes se ha de recabar información sobre las cogniciones del paciente (sobre todo sus atribuciones).

Desde el punto de vista constructivista (p.e Guidano y Liotti, 1983) la resistencia es un proceso normal que se genera al ser revisado los esquemas cognitivos tácitos, y un proceso que hay que respetar, más que eliminar si se pretende que el cambio sea progresivo, en vez de regresivo. Para estos terapeutas cognitivos la resistencia se trabaja detectando las emociones y cogniciones a su base y después rastreando históricamente sus orígenes y el papel que desempeñaron en otra época. Solo desde esta "toma de conciencia" el paciente puede reorganizarlas en sus esquemas cognitivos, y sólo él, decide sobre su utilidad.

En resumen hay dos estrategias para el manejo de las resistencias:

- A. Estrategia de modificación: Consiste en detectar las cogniciones y conductas inadecuadas a su base y ofrecer alternativas para su modificación.
- B. Estrategia de respeto: Consiste en detectar, igualmente, las cogniciones y conductas a su base y ofrecer una explicación aceptable para el sujeto de las mismas, de modo que cambie su función sin necesidad de oponerse a ellas.

2.4.4.2 Actitudes y conductas inadecuadas del terapeuta en la psicoterapia según Beck (1979)

1. Minusvalorar la relación terapéutica (no respetar al paciente)
2. Mostrarse excesivamente tecnicista y precavido (cauteloso a no cometer errores)
3. Mostrarse excesivamente reduccionista y simplista
4. Mostrarse demasiado didáctico e interpretativo
5. Reaccionar negativamente ante los pacientes
6. Aceptar al insight intelectual como signo de progreso
7. Minusvalorar los procedimientos conductuales como procedimientos de modificación cognitiva
8. Actitud inadecuada de estereotipar al paciente, convirtiendo sus "rasgos personales en explicación de toda su conducta
9. Actitud pesimista ante el paciente
10. Mantener una baja tolerancia a la frustración
11. Mantener una actitud no orientada a resolver problemas
12. Desatender las preocupaciones de los pacientes en relación a la terminación de la terapia.
13. No explorar los deseos de terminación prematura de la terapia
14. Recaídas después del tratamiento

2.4.4.3 Competencias de la psicoterapia

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. La psicoterapia busca producir cambios en la vida del cliente, para lo cual debe luchar 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:

1. Conocimiento (teorías)
2. Competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva)
3. Competencia técnica (saber usar técnicas)
4. Buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción)
5. Efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad).

Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores:

1. Evaluar la posibilidad de éxito del cliente
2. Preparar a los clientes para la terapia
3. 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 cliente 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.

2.4.4.4 El proceso terapéutico

El proceso de la psicoterapia supone recorrer tres etapas diferenciadas:

1. Primera etapa conceptualización del proceso y la observación

Finalidad: entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta

Medios:

- a) Redefinir el problema presente: En términos de relación pensamiento-afecto-conducta
- b) Re conceptualizar el proceso de intervención
- c) Recolección de datos y auto-observación

2. Segunda etapa: generar alternativas.

Finalidad: Ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas incompatibles con los círculos viciosos.

Medios:

- a) Cambio de conductas manifiestas: técnicas conductuales y cognitivas.
- b) Cambio de la actividad auto-reguladora (pensamientos y emociones): técnicas conductuales y cognitivas.
- c) Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácitas sobre el sí mismo y el mundo: técnicas conductuales y cognitivas.

3. Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas.

Finalidad: Consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas.

Medios:

- a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para la casa. (Atribución interna de los cambios).
- b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

2.4.4.5 La evaluación terapéutica

Los objetivos generales de la evaluación y conceptualización son:

- Determinar las áreas problemáticas del sujeto en términos de componentes conductuales (Conductuales, Emocionales, Cognitivos, Motivaciones y Físicos). Ello supone traducir las expresiones de malestar "sintomática" a términos conductuales.
- Determinar qué áreas relacionales afectan y se ven afectadas por los "síntomas" del sujeto, y el cómo están afectadas. Esto se suele hacer mediante el llamado "Análisis funcional conductual" (p.e. A. Godoy, 1991).
- Recogida de datos sobre la historia del problema (desarrollo, factores precipitantes, tratamientos anteriores) y otros datos socio-familiares (antecedentes familiares).
- Conceptualización cognitiva de los problemas. Los problemas se agrupan y clasifican en categorías "inferenciales" cognitivas; fundamentalmente en términos de hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos personales.

2.4.4.5.1 Métodos generales de la evaluación

Los más empleados suelen ser la historia clínica (cognitiva-conductual), los auto-registros y los cuestionarios (tanto de tipo cognitivo-conductual como psicométricos).

La historia clínica tener el siguiente formato: (A. Maldonado, 1990; Karataos, 1991)

Historia clínica

1. Datos generales (Nombre, edad, trabajo, etc)

2. Síntomas:

Nivel cognitivo

- Nivel afectivo
- Nivel conductual
- Nivel motivacional
- Nivel físico

3. Diagnóstico (DSM-IV/CIE-10)

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto (Trabajo, familia.)

5. Historia de la queja actual y episodios previos

6. Otros problemas (Trabajo, matrimonio.)

7. Historia familiar:

- Antecedentes psíquicos y físicos. Tratamientos seguidos.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos

8. Historia personal:

2.4.4.6 La programación de las sesiones

La preparación de las llamadas "Agendas" (p.e Harrison, 1981) permite al terapeuta planificar cada sesión y al proceso terapéutico. Se debe de tener en cuenta que la duración media de la C.T es de una media de 10 a 20 sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una (aunque en problemas clínicos más severos como los trastornos de personalidad y la esquizofrenia se pueden emplear 80 y más sesiones; p.e Perris, 1988; Freeman, 1988).

Estas sesiones suelen tener una frecuencia semanal de media. La confección de la "agenda del día" suele ser comentada con el paciente en los primeros minutos de la sesión, estableciendo ambos un contenido apropiado para el tiempo disponible (Beck, 1979; Harrison y Beck, 1982). Uno de los registros de "Notas terapéuticas" usados para la recogida de información de cada sesión (Harrison y Beck, 1982): (Fig.13)

Fig. 13

Notas terapéuticas		
Paciente:	fecha:	sesión
Datos objetivos (BDI, EAZ, etc.)		
Plan para esta sesión		
Agenda:		
Sumario narrativo (Continuar por detrás si es necesario):		
Tareas para casa		
Otros datos (Medicación, contactos telefónicos, contactos colaterales, etc.):		

2.4.4.6.1 Terminación, seguimiento y prevención de recaídas

Problemas relacionados con la terminación de la terapia:

Beck (1976) ha identificado una serie de dificultades que suelen surgir cuando el fin de la terapia está próximo y la manera de manejarlos:

La preocupación del paciente respecto a no estar "completamente curado". El terapeuta puede utilizar en este caso varias estrategias:

1. Explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios puntos. Después demuestra con los datos de la evolución del paciente como este ha avanzado dentro de ese continuo.
2. Mostrar al paciente que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas y no curarle, ni reestructurar la personalidad, ni evitar todos los problemas vitales posibles.

La preocupación del paciente respecto a "volver a recaer y experimentar de nuevo el problema". El terapeuta aquí también puede utilizar alguna de las siguientes estrategias

1. Devolver al paciente que ello es posible, pero que puede ser una oportunidad para aplicar lo aprendido.
2. Trabajar con el paciente, con antelación en base a las distorsiones cognitivas y supuestos personales que tipo de situaciones podrían hacerle recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) que estrategias podría usar para su afrontamiento.

Terminación prematura de la terapia

1. Reacciones negativas hacia el terapeuta (porque esté molesto o en desacuerdo con el terapeuta).
2. Mejoría rápida de los síntomas. Es frecuente que muchos pacientes al dejar de experimentar el malestar de sus síntomas ya no se vean motivados para continuar la terapia.
3. Ausencia de mejoras significativas durante el tratamiento o recaídas durante el mismo.

2.4.7 Modelos de Psicoterapia

Los principales modelos de la psicoterapia actualmente según (Seixas y Miró, 1993) son.

1. Los Modelos Psicodinámico
2. Los Modelo conductual
3. Los Modelo humanista
4. Los Modelos Sistémicos

2.4.7.1 Modelos 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 (1776 - 1841) que mantenía una idea asociada de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro preconsciente; 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.

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.

2.4.7.1 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.

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

Modelo Topográfico:

Pertenece a la etapa de fundación del psicoanálisis. Freud en esta época distinguía tres niveles de conciencia: El Inconsciente, gobernado por los procesos primarios (ilógicos e intemporales) que contiene los recuerdos, imágenes, sentimientos y deseos no accesibles a la conciencia; El Pre consciente que intermedia entre el inconsciente y el consciente, donde pueden acceder ciertos contenidos, y el Consciente, gobernado por los procesos secundarios (lógicos y racionales), que se identifica en gran parte con el Yo y con el principio de realidad (ajuste al entorno).

Modelo Dinámico:

Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte inconsciente, derivado del Yo, y los principios

normativos o morales del individuo consciente e inconsciente. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.

Modelo Económico:

Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía. El principio de realidad hace que la energía libidinal quede ligada a un objeto (relación de catibia) para su descarga o satisfacción.

Modelo Genético:

Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la "oral" relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca: Los comportamientos adultos de fumar, beber, etc. se relacionarían con ella. Le sigue la fase "anal", segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces. La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la "fálica", entre los tres y cinco años, se relaciona con la zona erógena de los genitales, y la superación de la misma se relaciona con la resolución del "Complejo de Edipo". La última fase es la fase "genital" que se relaciona con la capacidad orgásmica y actividades de recepción y expresión de sensaciones sexuales y afectivas agradables.

Modelo Estructural:

Pertenece a la última etapa de la producción de Freud. Se distinguen tres estructuras mentales: El Ello (Id) que es la fuente de la energía mental, de los deseos e instintos básicos no normativizados culturalmente de origen inconsciente; El Superyó (Supe rego) derivado de los valores normativos y morales de la cultura transmitidos familiarmente, y el Yo (Ego), situado entre los dos anteriores y que tiene por misión mediar entre los dos anteriores (entre los deseos inconscientes y las normas que los restringen) así como con el medio externo. El Ello es totalmente inconsciente, el Yo es en

parte consciente y en parte inconsciente, y el Superyó es también parcialmente consciente e inconsciente (normas interiorizadas en la primera infancia).

2.4.7.1.1 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 y 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 (pie Strupp, Malan, Sifneos).

2.4.7.2 Modelos Conductistas

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 Pavlov basa su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. Desde Suráfrica, 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 cognitivos-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.

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, toxicomanías, trastornos psíquicos infantiles, medicina, etc); y es reconocida como uno de los enfoques más influyentes y prestigiosos en el terreno de la salud mental.

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.

4.7.2.1 Conceptos fundamentales

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que se agrupan en (Grimm y Cunningham, 1988).

La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta (salvo en el caso de los conductistas cognitivos).

La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos.

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.

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.

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

2.4.7.2.2 Método terapéutico

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico 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.

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 se puede 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 desensibilización 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.

2.4.7.3 Modelos Humanistas

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia gestáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente" (de la que nos ocuparemos con preferencia, por ser el modelo humanista con más apoyo empírico).

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

L. Binswanger(1881-1966), psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado

dasein análisis (forma de ser-en-el-mundo); J.P.Sartre(1905-1980), que destaca el ser 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.

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 psicodinámico.
4. Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el punto de vista de la persona afectada (este

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

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

2.4.7.3.1 Conceptos fundamentales

El modelo de psicoterapia desarrollado por (C.Rogers 1951), 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.

Carl Rogers

Uno de los obstáculos más poderosos para impedir la anterior tendencia es el aprendizaje de un concepto de sí 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 experiencia. 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.

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).

2.4.7.3.2 Método terapéutico

Básicamente el terapeuta parte de la idea de que su cliente tiene una tendencia actualizante y un valor único y personal que esta 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).

1. 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.
2. 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.
3. 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.

2.4.7.4 Modelos Sistémicos

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.

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"intento lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los Cambios 2 (Que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar) .Una aportación relevante de esta escuela es que su modelo ha sido aplicado tanto a familias como a clientes individuales.
- La Escuela Estructural-Estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin .Se centra sobre todo en los llamados sistemas tríadicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la

familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las dediciones de la familia del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas (a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.

- La Escuela de Milán alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica (generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa). Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones como en los otros enfoques intenta de modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma (a menudo en términos de "sacrificio" para un bien mayor", que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas.

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

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

2.4.7.4.1 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.

- 1) 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).
- 2) 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.
- 3) La información se refiere 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), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (ejemplo; padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y niño sumiso).

- 4) 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 (ejemplo; 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.

2.4.7.4.2 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 (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:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- e) Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- f) 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.

2.4.7.5 Formas de psicoterapia

2.4.7.5.1 Psicoterapia psicoanalítica

Se puede definir la psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. Estas generalmente utilizan la

interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de los diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada mal adaptativa para el individuo. Este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios y que poseen el entrenamiento y la experiencia para la aplicación de tales técnicas.

La definición enunciada subraya el hecho que la psicoterapia es un tratamiento, lo que supone que el sujeto presenta un trastorno o condición mal adaptativa definida. En este sentido, la psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto nosológico psiquiátrico. Aun cuando la psicoterapia contribuye a un crecimiento personal, o bien a una ampliación de la conciencia de los conflictos, su finalidad es el alivio o la curación de trastornos mentales.

Por otra parte, cada técnica psicoterapéutica está estrechamente ligada a una teoría psicológica particular. Ello otorga a cada forma un sello característico, y al mismo tiempo determina objetivos específicos. De allí que algunos autores clasifiquen las psicoterapias en:

2.4.7.5.1.1 Psicoterapia breve y de emergencia

La terapia breve y de emergencia es un modelo de intervención terapéutica para trabajar los desajustes del ser humano de la manera más breve y efectiva. El principal objetivo es transformar la tendencia que tenemos a quedarnos "bloqueados" ante algunas situaciones, consiguiendo beneficios en un breve espacio de tiempo. La mente es una gran caja de herramientas y la terapia breve va de forma directa a utilizar la más conveniente en cada caso. Es un cambio que se va produciendo de forma progresiva y directa, sin vuelta atrás a estados repetitivos y por tanto neuróticos.

La terapia breves y de emergencia produce de forma contundente un cambio a otro tipo de enfoque del pensamiento, más elástico, para darle otra visión a la historia. Es una terapia evolutiva, con la la persona sabes más de si y de cómo interactuar contigo mismo y con los demás, accediendo a si mismo de una forma libre y sin cadenas neuróticas.

Es flexible, dinámica. Ofrece todo un abanico de posibilidades y recursos existentes dentro de la persona.

Esto convierte el proceso de la terapia breve en un esquema totalmente interactivo, donde las dos partes, psicoterapeuta y paciente, se complementan para producir cambios como una espiral ascendente.

La Psicoterapia breve, es una oportunidad de brindar apoyo en las distintas etapas de la vida, que es cuando se producen cambios que exigen una nueva adaptación.

Todos se pueden beneficiar con esta forma de tratamiento, incluyendo pacientes con patologías graves, en situaciones de crisis, con el debido control psiquiátrico.

La característica esencial, dada su limitada duración, es que esta forma de terapia se va a centrar específicamente en el motivo de la consulta.

Un psicólogo bien entrenado suele darse cuenta de cómo es el consultante, desde la primer entrevista, si es un buen observador; porque desde el momento que llama a la puerta del consultorio hasta que se retira, irá desplegando una infinidad de señales que le permitirán formarse una idea bastante ajustada de su personalidad.

Un paciente puede beneficiarse y hasta cambiar su vida con sólo una entrevista. El sólo hecho de estar allí por sus propios medios ya es el cincuenta por ciento de la solución de su problema y lo ha hecho él mismo sin nosotros abrir la boca.

La mayoría de las personas saben lo que les pasa y también saben lo que tiene que hacer para dejar de sufrir, sólo que no se atreven, necesitan un apoyo, alguien con quien hablar en voz alta, que lo escuche con interés desde otra perspectiva y que además de comprenderlo lo ayude en su decisión.

2.4.7.5.1.2 Psicoterapia focal

La psicoterapia focal desde el punto de vista psicodinámica, es una forma de tratamiento breve en donde se visualiza un objetivo (denominado foco) y se trabaja sobre él el resto de las sesiones.

La estructura de éste es un motivo perturbador que está en conflicto con un motivo reactivo, lo cual crea la necesidad de crear una solución.

En esta forma de tratamiento, solo se interpretan aquellos aspectos que facilitan y realizan el trabajo dentro del foco elegido.

Múltiples autores han señalado la conveniencia de focalizar (Braier, 1984), es decir centrar la labor terapéutica en una determinada área, síntoma o problema del paciente que se denomina foco y que adquiere prioridad a lo largo del tratamiento, que por ello es llamado terapia focal.

Es responsabilidad del terapeuta identificar inicialmente un foco y proponerlo para su abordaje preferencial, pero es trabajo de la pareja en interacción el aceptar y elaborar tal plan y alcanzar suficientemente la meta terapéutica (Mitchell, 1993).

El foco se construye, desarrolla y transforma en el campo de la intersubjetividad durante el proceso terapéutico en función de lo aceptado por la díada particular terapeuta-paciente en el encuadre común de la alianza de trabajo (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987; Dunn, 1995).

El terapeuta tiene que aceptar lo que ofrece el paciente, finalmente en el momento apropiado tendrá que interpretarlo y así el paciente lo comprenderá.

La atmosfera de la sesión debe facilitar:

- El reflejo
- El recuerdo
- El vínculo entre el pasado el presente

Lo anterior con la finalidad de que el paciente pueda encontrar nuevas soluciones a sus antiguos problemas.

En psicoterapia focal se debe considerar:

Criterios de selección del paciente: (buena capacidad y disposición del paciente, motivación en el paciente capaz de aceptar, interpretaciones de prueba)

Búsqueda de un foco (debe ser específico, claramente delineado y nada ambiguo, deben expresarse a modo de una interpretación que pudiera darse con todo su sentido al paciente hacia el

final del tratamiento, debe de estar en condiciones para iniciar su trabajo entre la tercera y cuarta sesión)

2.4.7.5.1.3 Psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado de Strupp y Binder

Tradicionalmente la terapia psicoanalítica y las psicoterapias breves dinámicas han considerado que las relaciones interpersonales podían ser reales o distorsionadas en base a la transferencia. La transferencia se caracterizaría por una rigidez en la construcción e interpretación de la realidad en base a las relaciones previas.

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

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

Este enfoque se caracteriza por una serie de similitudes y diferencias respecto a la terapia psicoanalítica tradicional y otros enfoque breves de tipo psicodinámico (Malan, Sifneos, Davanloo, Mann...). Sus principales rasgos son:

1. La selección de los pacientes para este enfoque no se hace tanto por el tipo de sintomatología presentada sino mas bien por su capacidad para comprometerse en una relación terapéutica evaluada en las entrevistas iniciales.
2. Se busca un tema o foco dinámico sobre el que centrar el trabajo terapéutico, que a diferencia de otras psicoterapias dinámicas centradas en temas como el foco idílico (Sifones), la separación (Mann), la transferencia padre-otros (Mallan) o la resistencia (Davaló); aquí se centra en los patrones cíclicos de relaciones interpersonales.
3. El principal área de trabajo se centra en la transferencia terapéutica; pero a diferencia de la orientación de Mallan, se considera que esta deriva no solo de las relaciones previas con los progenitores, sino que el terapeuta tiene un rol activo en su mantenimiento actual o su modificación.
4. Se establecen límites iniciales de duración del tratamiento: de 25 a 30 sesiones de 1 hora de duración.
5. Los pacientes de las otras psicoterapias dinámicas breves son seleccionados si presentan una formulación de sus dificultades del tipo: "En la actualidad soy una persona con un conflicto concreto, y ese conflicto deriva de las relaciones previas e inadecuadas con los padres en la infancia". Sin embargo la P.D.T.L observa que no todos los pacientes proporcionan material histórico y actual que se adecue al anterior esquema, y que por ello, erróneamente, se descartan para la psicoterapia. Los pacientes tienen "estilos narrativos" personales e idiosincráticos, subjetivos y particulares. La P.D.T.L tiene en cuenta esas diferencias subjetivas y como ocurren en la relación terapéutica.
6. La P.D.T.L rechaza la terminología y conceptos metapsicológicos cuya relevancia clínica es más que cuestionable. Se trata de estar más cercano a las observaciones clínicas, evitando en lo posible formulaciones teóricas complejas que más que acercar al terapeuta a la relación transferencial la encubre de un aparente conocimiento irrelevante.

7. La P.D.L.T es un enfoque que puede ser comprobado en su efectividad respecto a otros enfoques terapéuticos y ofrece un marco de trabajo de orientación psicodinámica adaptable a los servicios de salud mental comunitaria.

Los problemas del paciente se consideran consecuencia de unas relaciones interpersonales inadecuadas. El aprendizaje infantil del niño a través de las relaciones interpersonales con las personas significativas supone diversas funciones entre las que destacan: la nutrición, la estructuración de la personalidad, la socialización básica, la culturización-que incluye la adquisición del lenguaje y la de proporcionar modelos de identificación. Las deficiencias en cualquiera de las anteriores áreas pueden dar lugar a trastornos neuróticos o psicóticos.

El paciente, a consecuencia de su aprendizaje infantil temprano y de su dinámica de relación actual, posee unas expectativas irreales de sí mismo y de los demás y con frecuencia se siente mal. Debido a la evitación de sentimientos dolorosos que se relacionan con asuntos inacabados con las figuras significativas, esos aspectos relacionales y sus causas se excluyen de la conciencia, aunque siguen afectándole en sus relaciones actuales. La conducta del paciente no solo perpetúa los conflictos previos sino que también le priva actualmente de las oportunidades de su modificación.

Como apuntaba Freud, las fantasías del niño y los significados que atribuye a las conductas de sus padres son muy relevantes. Le influencia por lo tanto no solo la conducta real de sus padres sino también sus primeras teorías acerca del significado de dichas conductas.

La actitud del terapeuta de P.D.T.L se basa sobre todo en la habilidad de escuchar. Básicamente se trata de empalmar con el mundo interno del paciente sin ser punitivo y evitando la compulsión a actuar sin entender la dinámica relacional.

El enfoque de trabajo de la P.D.T.L parte de la evaluación de cuatro aspectos de la transacción interpersonal del paciente:

Problemas que presenta el paciente: Quejas (síntomas) y dificultades relacionales que presenta.

Actos de uno mismo: Papel que adopta el paciente en sus relaciones interpersonales que incluye sus sentimientos y deseos hacia otras personas significativas, sus cogniciones (pensamientos sobre

sí mismo y otros) y sus conductas (conductas hacia otros significativos). Pueden variar en su grado de consciencia.

Expectativas a las reacciones de otras personas: Reacciones imaginadas de las otras personas a los actos de uno mismo. Pueden ser conscientes, pre conscientes o inconscientes. Se formulan de la manera: "Si hago tal. Él/Ella hará cual".

Actos de otras personas hacia uno mismo: Se refieren a la conducta de las otras personas en respuesta a las acciones de uno mismo.

De esa manera la transacción interpersonal que constituye el foco de la P.D.T.L quedaría de la siguiente manera:

Actos de sí mismo---> Expectativas sobre las reacciones de otras personas-->

Reacciones observadas en otras personas--->Introyección--->"Cierra el círculo"

En relación a la técnica de la P.D.T.L se centra en dos aspectos: (1) Proporcionar una experiencia humana nueva y (2) Provocar cambios a través de esa experiencia en los aprendizajes inadecuados que el paciente ha acarreado desde el pasado. El terapeuta trata de identificar los "juegos inconscientes" del paciente mediante los que construye sus relaciones y tratan de inducir al terapeuta a que se ajuste a ellos. El terapeuta contara para ello con tres aspectos técnicos: (A) Una serie de guías para entender los conflictos del paciente, (B) Una línea de guía para sus intervenciones y (C) La identificación de las resistencias y su manejo.

Con respecto a las guías para entender el conflicto del paciente se atiende a la transferencia como la tendencia del paciente a actualizar sus conflictos emocionales a través de la relación con el terapeuta. Aquí se trata de considerar que el paciente tiene una serie de expectativas fijas preexistentes con las que él/ella interpreta los eventos de las relaciones. El terapeuta hace interpretaciones en ese sentido de la transferencia, tomando como datos los que sucede en el ahora de la relación, las relaciones pasadas y las "alusiones a la transferencia" (referencias del paciente gentes y situaciones externas a la relación terapéutica, el humor del paciente, sus sueños y el ambiente emocional de las sesiones. Con respecto a la contratransferencia, el terapeuta está atento

a las reacciones emocionales que evoca la conducta del paciente en él mismo, y las usa para aprender del conflicto del paciente. La contratransferencia en este enfoque se refiere a las acciones y reacciones del terapeuta, que incluyen también sus actitudes, pensamientos, conductas y fantasías hacia el paciente, que son evocadas por las reacciones de transferencia del paciente. El terapeuta debe hacer cierta retirada y reflexión sobre sus reacciones y como pueden estar formando parte del juego relacional del paciente; para así poder desengancharse del mismo.

Los mayores obstáculos en la P.D.T.L provienen de la resistencia, que aquí se define como operaciones inconscientes del paciente encaminadas a mantener una sensación de seguridad y la evitación de temores y amenazas, todo ello regido por creencias inconscientes sobre sí mismo y los demás. Las pistas para identificar las resistencias al trabajo de colaboración terapéutica se encuentran en el modo en que el paciente se relaciona con el terapeuta desde la primera sesión. Esta suele presentarse como conducta observable a través de un tema que se suele repetir en la relación. Generalmente la resistencia se refiere a la dificultad del paciente para ser consciente de su transferencia hacia el terapeuta. El terapeuta maneja las resistencias estando atento a los temas cargados de afecto, donde la ansiedad del paciente hará que este busque protección con conductas habituales. El terapeuta entonces señala estos modos como forma de evitación y búsqueda de seguridad.

Por último es importante destacar ciertas afinidades entre la P.D.T.L, la psicoterapia analítica funcional (de corte conductista radical) y la psicoterapia cognitiva interpersonal. El elemento de la transacción paciente-terapeuta deviene como elemento central en los tres enfoques.

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.

2.4.7.6. Psicoterapias Conductistas

A. Terapia Cognitivo Conductual

Los fundamentos de las terapias cognitivo conductual surgen de la teoría de condicionamiento clásico (aprendizaje condicionado y operante) y de la teoría de aprendizaje social. El método de

desensibilización de Wolpe fue probablemente el primer intento riguroso de adaptar el condicionamiento pavloviano a la situación clínica. Al mismo tiempo, Skinner y sus colaboradores usaron técnicas de condicionamiento operante para modificar las conductas de pacientes psicóticos internados. Por razones básicamente epistemológicas, el enfoque conductual ignora la importancia de los factores cognitivos. Bajo la influencia de Bandura, Ellis, Michenbaum y Beck se produjo el llamado “giro cognitivo”, y las cogniciones (conscientes e inconscientes) han llegado a ocupar un rol cada vez más importante en los modelos psicopatológicos. Las terapias cognitivas comparten con las terapias dinámicas el supuesto de la existencia de procesos cognitivos irracionales. Sin embargo, en la terapia cognitiva las cogniciones son consideradas aprendidas y mantenidas a través de reforzamiento. Por lo tanto, el desafío terapéutico a las cogniciones patológicas debe hacerse directamente y no por la vía de levantar sus determinantes inconscientes, como es el caso en las terapias dinámicas. Además, los vínculos que se suponen entre sintomatología y cogniciones específicas son en general menos complejos que en el enfoque dinámico. Con todo, hay coincidencias considerables entre la terapia cognitiva moderna y las ideas psicoanalíticas tradicionales, y muchas proposiciones cognitivas derivan, de hecho, de formulaciones analíticas. Ejemplos de coincidencia entre ambas tradiciones son la importancia asignada a la noción de desamparo, a la discrepancia entre el sí mismo percibido y el sí mismo ideal, a la capacidad autodestructiva de las cogniciones negativas implicadas en la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, y a la tendencia defensiva a evitar el examen de cogniciones dolorosas. Es notable que estos ejemplos surjan de, y sean relevantes para el análisis, precisamente, de la psicopatología de la depresión. Por alguna razón, Aaron Beck, uno de los padres de la terapia cognitiva partió desarrollando sus ideas estudiando la relación entre pensamiento y depresión (Beck 1963, 1964).

Estos desarrollos dieron origen a una terapia específica para el tratamiento de la depresión y la conducta suicida (Beck & Greenberg 1979). La terapia es breve, orientada a problemas y altamente estructurada, y utiliza técnicas variadas, como tareas escritas y calendarización de actividades, biblioterapia, *role-playing*, entre otras. Es técnicamente ecléctica, pero usa un amplio rango de técnicas de una manera consistente con el objetivo estratégico de lograr una modificación cognitiva. Se preocupa de la relación terapéutica como escenario para una reeducación cognitiva, pero sin poner el énfasis en los aspectos emocionales o de apoyo como factores curativos. De la

misma manera, la terapia desarrollada por Beck no pone una atención especial en los sueños o en los recuerdos infantiles, aun cuando, de producirse espontáneamente, éstos puedan servir como claves valiosas para entender patrones cognitivos particulares. La meta es mucho más aprovisionar al paciente con un conjunto de herramientas prácticas de autoayuda que pueda continuar empleando y perfeccionado después de la terminación de la terapia.

En general, al clínico cognitivo le interesa menos que al dinámico investigar cómo han surgido las ideas y las conductas mal adaptadas. Los clínicos conductistas y cognitivo conductuales focalizan el estudio más bien en el cómo se mantienen estos aspectos o funcionamientos mal adaptados, ya sea por la interacción con el entorno o a través de propiedades inherentes al sistema de creencias del individuo. En los comienzos de la terapia cognitiva se colocó un gran énfasis en la primacía de las cogniciones sobre las respuestas emocionales, en otras palabras, en la idea de que las reacciones emocionales podían ser predichas sobre la base de las creencias y expectativas. Más recientemente, ha habido un reconocimiento general, tanto de parte de teóricos dinámicos como cognitivos, de que la separación entre estos dos modos de funcionamientos es una sobre simplificación de poco valor heurístico que tampoco es aceptada por la tradición filosófica o por las ciencias cognitivas modernas.

Teóricos cognitivo-conductuales han destacado que en la instalación y desarrollo de un desorden depresivo suelen establecerse círculos viciosos que deben ser desarticulados con el tratamiento: los pensamientos y sentimientos depresivos impactan la conducta del paciente, conduciendo a niveles de inactividad que pueden contribuir a cambios en el nivel neuroquímico, los cuales, a su vez, exacerbaban los componentes afectivos y cognitivos de la depresión. Además, el individuo deprimido tiene un impacto depresivo sobre los que lo rodean, contribuyendo así a la evitación y rechazo social de los que suelen quejarse los depresivos. Aún más significativo es que los individuos deprimidos suelen no darse cuenta como:

1. El afecto actual colorea e influye en la forma en la cual los eventos y la información están siendo evaluados, procesados, almacenados y recuperados.
2. La inactividad conductual está exacerbando el proceso depresivo.

3. La conducta social inusual está contribuyendo inadvertidamente al proceso de mantenimiento de la depresión.

La representación de sí mismo como impotente, contenido de la autoestima disminuida, actúa como un potente sesgo de confirmación, de acuerdo con el cual las personas deprimidas están predispuestos a atender selectivamente y de modo automático, a aquellas características de los eventos que son representativas de sus propios defectos (reales o imaginarios), ignorando las que son disconfirmatorias. Esto amplifica la autoevaluación negativa de la persona deprimida.

A causa de su inserción en una tradición epistemológica positivista, el foco de las intervenciones conductistas se dirige a conductas definibles que puedan ser fácilmente identificadas y monitorizadas a través de intervenciones terapéuticas. Los tratamientos cognitivo conductuales representan una integración de este nivel de análisis con consideraciones acerca de pensamientos y creencias que pueden conducir a conductas disfuncionales. El objetivo de tales intervenciones es cambiar creencias mal adaptadas, usando un rango amplio de técnicas terapéuticas. Por lo general, éstas incluyen elementos de auto monitorización, identificación y reto a pensamientos y supuestos negativos que mantienen las conductas y las experiencias problemáticas; decatastrofización y calendarización de actividades que, a su vez, ayuden a la ulterior auto monitorización y desafío de las creencias disfuncionales. Aun cuando la interpretación puede a veces formar parte del instrumental del terapeuta cognitivo, el encontrar las razones para la existencia de creencias singulares no es vista como un componente esencial o necesariamente efectivo de la intervención. Los objetivos de la intervención tienden a ser claros, y la motivación del paciente es permanentemente reforzada por el terapeuta mediante sugestión y apoyo.

La inserción en la tradición positivista de las terapias conductuales y cognitivo conductuales constituye una gran ventaja de estas terapias sobre las de tradición psicoanalítica, desde el momento en que las hace mucho más accesibles a la investigación sistemática de resultados, en especial, al estudio de la eficacia de técnicas estructuradas para condiciones psicopatológicas específicas. Esto explica el éxito que las terapias conductuales y cognitivo conductuales han tenido en la implementación de políticas públicas en Salud Mental. En algunos países, por ejemplo, el programa de depresión para el nivel de atención primaria, inserto en el *Plan Nacional de Salud Mental*, prescribe intervenciones psicosociales grupales de 6 sesiones de 1,5 a 2 horas de

duración para los pacientes con diagnóstico de depresión leve o moderada, de corte cognitivo conductual.

B. Terapia Racional emotiva

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.

Por ejemplo, si después de un fracaso en una tarea, piensas: "soy un inútil que no hace nada bien; no vale la pena ni intentarlo", tus emociones y tu conducta serán muy diferentes que si piensas: "bueno, he fracasado en esto, pero eso no me convierte en un inútil, solo en un ser humano que comete errores, como todos los demás; veré lo que puedo hacer para arreglarlo". En el primer caso, no es de extrañar que aparezcan sentimientos de depresión y que el comportamiento sea de abandono, mientras que en el segundo caso, puedes sentir preocupación o cierta tristeza, pero estas emociones no serán lo bastante intensas e incapacitantes como para impedir solucionar el problema, seguir adelante y aprender cómo hacerlo mejor la próxima vez.

I. Los seis principios de la terapia racional emotiva

1. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hace la misma persona en función de cómo interprete los acontecimientos y las cosas que pasen por su mente.
2. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional. Es decir, si al ir una mañana al trabajo, se encuentra con que el auto con una rueda pinchada, depende de la persona sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tienes, etc.) o ansioso (pensando que va a llegar tarde, el jefe se enfadará, pensará en despedirle...) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendrá que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda").

3. Debido a lo que siente la persona en función de lo que piensa, para acabar con un problema emocional, tiene que empezar haciendo un análisis de sus pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que se puede hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que se puede cambiar, ya que no se puede cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirse mal sólo porque lo desea.
4. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecen tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vive moldea el contenido específico de esas creencias.
5. A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias o modos de interpretar la realidad sino con el hecho de seguir manteniéndolos en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no es imprescindible (aunque puede ayudar) ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues puede trabajar directamente en el momento presente.
6. Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

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

II. Emociones negativas adecuadas e inadecuadas

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

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

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

III. Emociones positivas adecuadas e inadecuadas

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

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

IV. Los síntomas secundarios

Las personas, cuando sienten y actúan, tienen a la vez determinados pensamientos sobre sus sentimientos y conductas y estos pensamientos les llevan a tener otros sentimientos y conductas. Así, por ejemplo, una persona se siente triste por la pérdida de algo valioso, se da cuenta de eso y valora ese sentimiento de alguna manera.

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

V. La terapia

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

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

A. Modificación conductual

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 valoraciones 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.

Según Labrador, cabe definir la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas. Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque:

Las principales características de este enfoque son:

1. Se centra en las conductas observables directamente.
2. La conducta está controlada por el ambiente.

3. El objetivo de estudio es la conducta de organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.
4. Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.
5. El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio pero se pueden destacar dos áreas preferentes: a) el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y b) la modificación de ambientes sociales o institucionales.
6. El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social.

Técnicas operantes para el desarrollo de conductas

Una de las tareas más usuales en las ayudas psicológicas a la gente probablemente tenga que ver con la promoción de nuevas formas de comportamiento. En particular, la *modificación de conducta* dispone de técnicas especializadas en tal sentido. De lo que se trataría pues es “simplemente” crear conductas, y en consecuencia no será difícil hacerse cargo de la dificultad que ello suponga. A menudo, las nuevas conductas quizá tengan que sobreponerse a otras ya existentes, y no siempre contarán con condiciones ambientales que las faciliten a pesar de lo convenientes que resultarían (si ya estuvieran establecidas).

En términos formales habría que diferenciar dos tipos de procederes básicos para el desarrollo de nuevas conductas (de acuerdo con la lógica operante), a saber: uno consiste en el desarrollo gradual, que se llamará *moldeamiento*, y el otro en la combinación de conductas ya tenidas, cuya denominación será *encadenamiento*.

Moldeamiento

Técnicamente definido, el moldeamiento es un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta. Para que el reforzamiento tenga lugar es necesaria la ocurrencia de alguna conducta previa. Cierta conducta traerá determinado refuerzo, que a su vez se dispensará sólo ante tal conducta. El refuerzo, es cualquier objeto o evento que incremente la probabilidad de la conducta que lo precede. Siendo así, lo que hará el reforzamiento es fortalecer la probabilidad de la conducta respecto de la cual es contingente. El reforzamiento es el acto de

administrar el reforzador siguiendo algún criterio de frecuencia relativa a la conducta en cuestión. La conducta, tratándose del moldeamiento, es cualquier actuación ostensible ante la cual el ambiente “responde” fiablemente. Algo que hace el sujeto viene a ser una operación con ciertos efectos. Así pues, la conducta es una operante cuyas consecuencias es el refuerzo.

Encadenamiento

El encadenamiento es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones. De lo que se trata pues es de conseguir una unidad funcional que resulta compuesta sin embargo de subunidades conductuales preexistentes, de manera que éstas se subsumen en una nueva conducta. En realidad, lo que se construye es una ceremonia, que si bien se compone de diversas operaciones, lo que importa es su conjunto en orden a un fin determinado.

2.4.7.7. Psicoterapias Humanísticas

Terapia centrada en el cliente

Rogers asume en base a datos empíricos, según dice que existe en todo ser humano una tendencia innata a la actualización, esto es, al desarrollo progresivo y a la superación constante, si se encuentran presentes las condiciones adecuadas (Rogers y Kinget, 1971). Algo similar a la autorrealización, también innata, que proponen Maslow y todos los demás psicoterapeutas humanistas (Frick, 1973), y a la autorregulación organísmica de Perls (Perls, 1987).

El hombre, dice Rogers, es positivo por naturaleza, y por ello requiere respeto absoluto, especialmente en cuanto a sus aspiraciones de superación (Di Caprio, 1976). De ello se desprende que está contraindicado para el psicoterapeuta realizar todo tipo de conducción o dirección sobre el individuo; todo tipo de diagnóstico o interpretación, porque ello constituiría un atentado contra las posibilidades del sujeto y contra su tendencia a la actualización. Se exige, o mejor dicho, se recomienda, situarse en el punto de vista del cliente, asumir su campo perceptual y trabajar en base a ello como una especie de alter ego. Incluso la palabra "cliente" es asumida de una manera especial: el cliente es aquella persona que responsablemente busca un servicio y participa del

proceso terapéutico de la misma manera; aquella, consiente de su capacidad de desarrollo no utilizada, que no va "en busca de ayuda" sino que trata de ayudarse a sí misma.

Se descartan del lenguaje rogerianos los términos paciente, enfermo, curación, diagnóstico, etc., porque connotan dependencia, limitación y falta de respeto por la persona.

Esta actitud frente a la dignidad del paciente, la aceptación incondicional y el respeto que se le tiene cobran una importancia tal que se les consideran factores que favorecen u obstaculizan (de faltar) la adquisición del enfoque centrado en el cliente. Aceptación y respeto deben estar enraizados en la personalidad del terapeuta, formar parte esencial de su ser, y ello pasa, antes que nada, por aceptarse a sí mismos.

En síntesis, la hipótesis central propone que el ser humano puede, si se le presentan las condiciones adecuadas, desarrollarse o actualizarse, ampliar sus capacidades y ser consiente de lo que experimenta a fin de poder auto controlarse. "No se puede manejar eficazmente lo que no se percibe conscientemente", propone Rogers. De allí la necesidad de ampliar el concepto de sí mismo del cliente, su self, y de incluir en él todo (o casi todo) lo que vivencia. Pero no se pretende hacerlo actuando sobre él sino, como dice Kinget, "acompañándolo" en la experiencia, brindándole las condiciones requeridas y dándole seguridad (Rogers y Kinget, 1971).

Terapia Gestalt

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.

Fundamentos de la terapia Gestalt

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

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

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

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

Conceptos principales

Se basa en:

- El aquí y ahora: vivir y sentir el presente. vivir y sentir la realidad.
- La conciencia (psicología) es el *cliente* quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Sólo se necesita ser consciente para cambiar (si se quiere) una conducta.
- Aceptarse como es: no buscar ídolos, no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos.
- Enfatizar en el cómo o en el para qué, más que en el porqué.

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

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

El término la silla caliente ("hot chair" en inglés) ha sido comúnmente asociado con la práctica de la terapia Gestalt, consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar en el lugar del cliente con el rol que le pertenece a él mismo.

Logoterapia

La logoterapia es una modalidad de psicoterapia que propone que la voluntad de sentido 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.

Propuestas

Después del psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Alfred Alder, la logoterapia es la "tercera escuela viene de psicología" desarrollada por el neurólogo, y psiquiatra Viktor Franc. Es un tipo de psicoterapia que se apoya en el análisis existencial y se centra en una "voluntad de sentido" en oposición a la doctrina de Adler de "Alfred Alder" o la "voluntad de placer" de Freud.

La logoterapia resulta interesante. Como su denominación lo sugiere, se trata de darle un sentido a la existencia humana (en esto se asemeja a ciertos postulados de Sartre). Para entender la génesis de la logoterapia corresponde saber que Frankl fue prisionero en un campo de concentración. Allí,

considera haber podido sobrevivir más que nada porque le supo dar un logos (en griego: sentido, significado) a su existencia. De su experiencia da cuenta en el libro *El hombre en busca de sentido*. Consta de tres partes que son fundamentales para su desarrollo.

1. La libertad de voluntad (Antropología): que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo (Pandeterminismo).

2. La voluntad de sentido (Psicoterapia): expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del "componente exterior", desvirtuando la idea del animatismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal.

3. El sentido de vida (Filosofía): que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana. La Logoterapia es una percepción positiva del mundo.

Terapia

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

Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la de reflexión, 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 de reflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión. 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.

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.

Conceptualización de la espiritualidad en la logoterapia

La logoterapia es una técnica psiquiátrica desarrollada por Viktor Frankl. La técnica es una variación del método psicoanalítico que intenta sobrepasar la clásica interpretación del inconsciente que se nutre del ello o impulsividad ciega, y colocar en correcta relación la vida orgánica con la vida espiritual o responsable. Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no necesariamente se refleja en la búsqueda de dios u otro ser sobrenatural. No solamente subsisten en el interior de la conciencia humana una impulsividad natural sino también una espiritualidad natural. La cura de muchos traumas estaría dada por el reconocimiento de tal sustrato y la posterior toma de conciencia es decir, de responsabilidad frente a esa condición. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

La Logoterapia se convierte en un instrumento de conexión para el ser humano, puente entre su vida inconsciente y su manera de vivir. No habría nada más enfermizo en el humano que una vida incoherente. Pero no se trata de una incoherencia puramente discursiva, se trata pues de un conflicto mucho mayor entre la conciencia y la responsabilidad. Son las decisiones las que

resultan en fracaso o triunfo, y no meramente la voluntad como creía Nietzsche. La fuerza de las decisiones radica en la propia existencia, de tal modo que jamás se puede renunciar a ella.

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 Carls Rogers: que según su obra se postula mediante dos teorías de la personalidad en el proceso terapéutico, en torno al sí-mismo

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.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, 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.

2.4.7.8 Terapia Sistémica

Terapia familiar

La familia como objeto de intervención terapéutica específica tiene poco tiempo en la psicología en general y menos aun en nuestro medio. La atención en la familia era en un primer momento de manera indirecta, como origen de las experiencias primitivas y de las relaciones objetivas fundamentales desde la perspectiva psicoanalítica o como fuente de los primeros aprendizajes y condicionamientos desde la visión conductista. Los enfoques humanistas igualmente la han tomado en cuenta de una manera tangencial, en la medida en la que favorecía o no la autorealización del individuo. Es a fines de los sesentas e inicios de los setentas, ante las limitaciones de los enfoques anteriores para explicar los orígenes de la esquizofrenia y otras enfermedades como la depresión es que surge el Enfoque Sistémico.

La terapia familiar aparece como resultado del empleo del enfoque sistémico en el estudio del origen y tratamiento de la esquizofrenia, luego de haber ensayado con los enfoques terapéuticos vigentes y tras evaluar las experiencias e investigación. Esta es la primera vez que se pone a la familia y sus relaciones como el centro de la atención y estudio de una manera integrativa.

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

Otra característica resaltante de la terapia familiar viene a ser el papel del terapeuta, que trabaja "desde adentro", es decir el terapeuta establece alianzas con los distintos miembros del sistema familiar utilizando para ello los códigos, canales y modismos propios del sistema. En cierta medida se parece al quehacer del antropólogo que para estudiar un grupo humano trata de

integrarse, de descubrir y manejar sus códigos, mimetizarse, parecer uno de ellos hasta entender y vivenciar su punto de vista, solo que no se desprende de su visión científica y misión terapéutica.

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

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

Debido a su abordaje comprometido e integrativo, un terapeuta sistémico obtiene resultados en corto tiempo, se evalúa e interviene desde la primera sesión, pudiéndose apreciar cambios a partir de la sexta sesión, lo que permitiría continuar con una psicoterapia. A pesar de que permite obtener resultados en corto tiempo, no se trata de una "terapia breve".

Al igual que las otras corrientes terapéuticas su correcta práctica requiere el pasar por proceso formativo que permita conocer las bases teóricas y desarrollar las habilidades personales propios del terapeuta.

2.4.7.8.9 Terapias alternativas

Se llama terapia "alternativa" o "complementaria" a los tratamientos que no "encajan" en la práctica estándar de medicina occidental. Estas pueden ser:

- Practica de curación tradicional como la acupuntura china y practica de los nativos indígenas americanos.
- Terapia física como la quiropráctica, masajes y yoga.
- Homeopatía
- Hiervas o flores
- Trabajo de energía como la terapia de polaridad o Reiki.
- Técnicas de relajación como meditación y visualización

Muchos doctores no están de acuerdo con las terapias alternativas. Creen que no se han hecho suficientes estudios sobre ellas y piensan que los pacientes responden mejor a las medicinas occidentales.

Otros prefieren combinar terapias alternativas junto con la medicina occidental. Creen que los tratamientos alternativos reducen el estrés, alivian efectos secundarios de antivirales o brindan otros beneficios.

A. Terapia Bioenergética (Alexander Lowen)

La bioenergética es heredera de la vegetoterapia, esta terapia fue creada por Alexander Lowen y pone el acento en la estructura corporal y en la identificación de la mente y del cuerpo, lo que significa que el pensar y el sentir son equivalentes. Detrás de estos procesos conscientes se encuentran los factores energéticos que finalmente determinan todas las otras funciones vitales.

Además de las intervenciones con las manos la bioenergética pone su acento en los ejercicios corporales y en la respiración. Está considerada una técnica menos teórica que su antecesora, pero con características especiales de funcionalidad.

La bioenergía sugiere ejercicios que coinciden con el tai chi chuan y las posturas del yoga, asimismo, prácticas de desbloqueo y expansión muy parecidas a las meditaciones dinámicas y catárticas de oriente

La bioenergética es una forma de entender la personalidad humana (psiquis) en términos del cuerpo y sus procesos energéticos. Estos procesos, a saber, la producción de energía a través de la respiración y el metabolismo y la descarga de energía en el movimiento, son las funciones básicas de la vida.

La terapia bioenergética combina el trabajo con el cuerpo y con la mente, para ayudar a la gente a resolver sus problemas emocionales, y a comprender mejor su potencial para el placer y el gozo de vivir.

Además de las intervenciones con las manos la bioenergética pone su acento en los ejercicios corporales y en la respiración. Está considerada una técnica menos teórica que su antecesora, pero con características especiales de funcionalidad.

B. Musicoterapia

La musicoterapia hace uso de sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes resultados terapéuticos directos e indirectos a nivel psicológico, psicomotriz, orgánico y energético.

Dentro del marco general de la musicoterapia existen muchas tendencias, escuelas y direcciones de aplicación.

Existe por ejemplo, la musicoterapia ambiental, encargada de diseñar espacios sonoros amables, acogedores y tranquilizantes en salas hospitalarias y lugares de concentración pública.

Existe la MIT (Terapia de Entonación Melódica), desarrollada en el hospital de veteranos de Boston, importante centro de investigación neuropsicológica, para ayudar a recuperar el habla a enfermos que por causas diferentes (tumores, circulatorias), la han perdido. A nivel de estimulación psicomotriz temprana y dentro de los programas educativos regulares y especiales, se utiliza ampliamente la musicoterapia como facilitadora del aprendizaje e inductora de la coordinación.

Hay una clase de musicoterapia más sutil, que utiliza tonos puros, frecuencias particulares que hacen parte de un código específico de información que estimula puntos o zonas del cuerpo físico o del campo energético humano para equilibrar funciones orgánicas o psicológicas concretas.

¿En qué se basa la musicoterapia?

Ha sido evidenciado experimentalmente que la música y sus componentes fundamentales (Estructuras rítmicas, escalas, tonos, etc.), producen patrones de actividad eléctrica cerebral coherente. Ello se traduce en una mayor eficacia a nivel del funcionamiento del cerebro no sólo como rector de los procesos cognitivos sino también como regulador de las funciones vegetativas del organismo. Las medicinas vibratorias, han recalado la importancia de la información

electromagnética y su utilización como lenguaje terapéutico dentro del sistema orgánico. Los sonidos son frecuencias electromagnéticas susceptibles de ser utilizadas de manera análoga a la que son utilizados los colores en la cromoterapia.

Uno de los usos cotidianos más simples y difundidos de la musicoterapia es la regulación del estado de ánimo. Utilizamos trozos musicales para alegrarnos en la depresión o para calmarnos en medio de estados de excitación producidos por la rabia, el estrés o el temor.

También podemos utilizar trozos musicales para mejorar el aprendizaje, ejercicios rítmicos para mejorar la coordinación y la resistencia física. La música, bien empleada, puede facilitar el contacto con bloqueos emocionales concretos y producir la catarsis necesaria para la resolución del conflicto.

Materiales y recursos en musicoterapia

Instrumentos	Materiales
Instrumentos naturales	El cuerpo como objeto sonoro percusión corporal, voz
Instrumentos convencionales	Piano, guitarra, flauta
Instrumento de percusión	Instrumentos folclóricos y autóctonos
Instrumentos de construcción artesanal	Construidos por los propios pacientes
Instrumentos construidos con fines terapéuticos	Material específico de musicoterapia, instrumentos adaptados y objetos sonoros para discriminación auditiva: silbidos reclamos etc.
Instrumentos electrónicos	Material informática natural
Material de psicomotricidad	Rulos, colchonetas, cuna, etc.
Material discográfico	Música de diferentes estilos

C. Reiki

El Reiki trata del manejo y envío de la energía para la curación de la mente, el cuerpo y las emociones.

Reiki, del japonés *reiki* (霊気 o レイキ? *poder espiritual, atmósfera misteriosa*) es una práctica considerada como medicina complementaria y alternativa que trata de lograr la sanación o equilibrio del paciente a través de la imposición de manos del practicante, canalizando cierta supuesta "vitalismo universal". La revisión sistemática de pruebas clínicas al azar, concluye que aún no se han hallado evidencias sobre su eficacia. No obstante, en la actualidad se usa el *reiki* como terapia complementaria en algunos hospitales y clínicas. El *reiki* no es considerado una religión por sus seguidores.

Teoría

El *reiki* es un sistema de armonización natural que utiliza una aún no demostrada "energía vital universal", para tratar enfermedades y desequilibrios físicos y mentales. Mikao Usui (monje japonés), fue quien afirmó haber redescubierto por casualidad esta técnica de sanación milenaria, tras alcanzar satori (estado máximo de iluminación (creencia) y plenitud) durante un retiro espiritual en el monte Kurama Tengu de Kioto hacia 1922.

Práctica

La práctica del *reiki* se fundamenta en un emisor o canal que, a través de sus manos o de otros métodos -según el nivel-, transmitiría el *reiki* (*fuerza natural que nos da vida*) a un receptor que puede ser él mismo u otra persona (presente o no en el espacio-tiempo), con el fin de paliar o eliminar molestias y enfermedades. No obstante, dado que sería una energía universal, los tratamientos podrían también dirigirse a otros ser vivo como animal, planta o a determinadas situaciones.

El método *reiki* se basa en la creencia Hinduismo de que el correcto fluir de la energía vital a través de los siete principales centros de energía de nuestro cuerpo o chakras, es lo que asegura un buen estado de salud en el organismo. Según esta creencia, el mal funcionamiento o bloqueo de la energía en uno o varios chakras sería lo que provoca o agrava el mal estado de salud, dando lugar a trastornos y enfermedades que, finalmente, se reflejan en el cuerpo físico. El método consiste en dirigir energía *reiki* principalmente a los centros energéticos del paciente, con el fin de desbloquearlos y potenciar el proceso de recuperación.

El reiki no puede reemplazar al tratamiento médico, aunque sí se puede utilizar de forma complementaria.

D. Abrazoterapia

El fundamento científico del alto poder terapéutico del abrazo, queda marcadamente de manifiesto en el gesto de la madre cuando toma a su hijo y, al igual que en el alumbramiento o cuando le amamanta, su cerebro se encuentra segregando la maravillosa hormona de la oxitocina, conocida por ser la hormona del "apego". Gracias a ella, el bebe se siente unido a su madre y resguardado de todo peligro.

Pero todavía hay más, en el acto del abrazo no solamente actúa la oxitocina, sino que también, el abrazo activa en el cerebro la liberación de serotonina y dopamina, por lo que resulta fácilmente entendible la razón por la que experimentamos una maravillosa sensación de bienestar, sedación, armonía y plenitud en el momento del abrazo.

"Un abrazo expresa más que 1.000 palabras"

Probada está la utilidad de los abrazos en todas aquellas situaciones en que sobran las palabras o no logramos encontrar las adecuadas.

Los abrazos que desconocen los límites del tiempo y el espacio. No tienen plazo de caducidad, pues basta con cerrar los ojos y mirar en el cajón de los recuerdos, para evocar "aquel" maravilloso momento, y así poder revivir plenamente la sensación del abrazo auténtico.

Con abrazos se tejen abrigos para el alma

¿Abrazo auténtico? ¿O mejor debería llamarlo simplemente abrazo, a secas?

Los abrazos son abrazos y los otros son pseudos abrazos, abrazos impostores que pretenden confundirnos invistiéndose de tales y no quedan más que en el frío y descarnado remedo del acto de estirar y ceñir con los brazos.

Esos no merecen ser llamados abrazos.

Esos no han nacido del corazón y, por lo tanto no están transmitiendo su mensaje.

Resulta altamente interesante, la paradójal situación de que para abrazar, no hacen falta brazos; es posible abrazar con la palabra, con la mirada, con un perfume, una melodía y es posible también abrazar/se a las esquivas olas del mar, a la caricia del viento, la tibieza del sol, la dureza de la piedra o a la sabia del árbol. Toda la naturaleza se encuentra ávida de ser abrazada y dispuesta permanentemente a prodigarse a nosotros en un abrazo integrador en sintonía con el Universo.

Los Abrazos, dicho así a secas pero con mayúscula, son fácilmente reconocibles ya que sus beneficios son inmediatos:

- Rescatan de la soledad y el aislamiento.
- Guían el auto conocimiento potenciando la autoestima.
- Facilitan los desbloques físicos y emocionales.
- Permiten vivenciar la integración de cuerpo, mente y emociones.
- ejercitan en la empatía.
- Sitúan plenamente en el Aquí y el Ahora.
- Favorecen la comunicación afectiva entre una persona a otra.
- Estimulan la gratitud.
- Despiertan la creatividad.
- Impulsan a una actitud pro-activa en la vida.
- Conectan con la intuición.
- Favorecen el entrenamiento de respuestas asertivas.
- Devuelven la ilusión, la alegría y el buen humor, puesto que la risa es su fiel compañera.
- Le brinda reconocimiento y protección al "niño interior".
- Potencia la resiliencia.

E. Risoterapia

Científicamente, se ha comprobado que la risa franca, la carcajada, aporta múltiples beneficios: rejuvenece, elimina el estrés, tensiones, ansiedad, depresión, colesterol, adelgaza, dolores,

insomnio, problemas cardiovasculares, respiratorios, cualquier enfermedad. Aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre nuestros sentidos, ayuda a transformar las pautas mentales.

Recientes estudios sobre la capacidad de las carcajadas para combatir todo tipo de enfermedades indican que mientras se ríe se libera gran cantidad de endorfinas, responsables en gran parte de la sensación de bienestar.

¿En qué puede ayudar?

Se utiliza la risa con el fin de eliminar bloqueos emocionales, físicos, mentales, sexuales, sanar la infancia, como proceso de crecimiento personal. Se crea un espacio para estar con uno mismo, vivir el aquí y ahora, estar en el presente, ya que cuando se ríe es imposible pensar, ayuda a descubrir dones, abrirnos horizontes, vencer los miedos, llenar de luz, de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo y aprender a vivir una vida positiva, intensa, sincera y total, como los niños.

Sigmund Freud atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa, algo que ha sido científicamente demostrado al descubrir que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír. En los últimos 30 años se ha avanzado mucho en la aplicación de la risa como terapia.

En los años 70, un doctor californiano aplicó la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y tratamiento de enfermedades, obteniendo beneficiosos resultados. A partir de entonces se comenzó a utilizar la técnica de la terapia de la risa en hospitales de EEUU, Suiza, Alemania y Francia.

F. Respiración ilimitada

La Respiración Ilimitada es una técnica de respiración muy fácil de aprender. Es utilizar nuestra respiración con intención de una forma consciente, relajada y profunda, interiorizando lo necesario para poder observarla, sentirla y disfrutar de ella.

¿Cómo funciona?

Desde una perspectiva biológica, el aumento de oxigenación de la sangre facilita sus funciones de forma más eficaz. No obstante, este tipo de respiración trabaja en un plano emocional, liberando ciertas emociones que se encuentran en la memoria celular. Además, nos conecta con la parte inconsciente de nuestra mente descubriendo ciertos esquemas de pensamiento, permitiéndonos ajustar de forma consciente, el sistema de creencias.

¿Por qué practicar la respiración ilimitada?

Después de una sesión de Respiración Ilimitada, se suele experimentar una profunda sensación de bienestar y tras varias sesiones, comienza a constatar numerosos cambios positivos en distintas facetas en la vida, en la salud, en las relaciones personales, la autoestima o en el entorno laboral.

Practicando la Respiración Ilimitada se rejuvenece y se dirige conscientemente la vida, facilitando vivir toda potencialidad.

G. Reflexología facial

Existen claras evidencias de que hace poco más de 4,000 años, culturas tan antiguas como la egipcia y la china, entre otras, ya utilizaban la reflexología como una verdadera disciplina de la recién nacida ciencia médica.

Papiros en muy buen estado de conservación, muestran cómo entre los egipcios era muy común la práctica de la reflexología podal (en los pies) así como la aplicación de la reflexología a las palmas de las manos.

En 1913 el médico William Fitzgerald, tras estudiar aquellas viejas técnicas empezó a aplicar lo que él mismo llamó "Zone Therapy" o Terapia Zonal con la que logró reducir y en ocasiones eliminar, el dolor en algunas partes del cuerpo.

Casi a la vez, otros dos pioneros de la reflexología moderna en Norteamérica, los doctores Edwin Bowers y George Starr desarrollaron y aplicaron las técnicas de la reflexología en su tarea diaria.

La reflexología facial es un método terapéutico natural. El rostro posee mil doscientas terminaciones nerviosas pertenecientes al Sistema Nervioso Central. Estas zonas reflexológicas se comunican con los órganos internos, las glándulas, el aparato circulatorio y el sistema linfático y se conectan también con los canales energéticos llamados meridianos por la medicina china.

Esta técnica se realiza a través de presiones manuales en el rostro y cráneo, obteniéndose resultados más rápidos sobre la parte mental y emocional, porque se logra el equilibrio del sistema nervioso.

La reflexología facial puede servir de apoyo en casos de:

- Parálisis facial
- Fibromialgia y neuralgias
- Epilepsia
- Autismo
- Daños cerebrales
- Desequilibrios hormonales
- Problemas posturales
- Esterilidad
- Estrés y depresión
- Coordinación motora
- Tartamudez o dislexia
- Falta de concentración, memoria
- Angustia, crisis de pánico y fatiga mental.

También se utiliza con éxito en tratamientos cosmetológicos, ya que al presionar y estimular puntos y zonas en el rostro, se logra tensar los músculos faciales e irrigar las líneas de expresión. La piel de la cara se vuelve luminosa y radiante, con vida, se alisan las líneas, realizándose así un lifting facial, totalmente natural.

Hace 21 años que Lone Sorensen, creadora de esta técnica, empezó a interesarse por el rostro porque *«no obtenía suficientes resultados con la reflejoterapia podal en algunas patologías»*. Ella recibió en marzo de 2000 tres títulos de nobleza de la OMHS (Organización Mundial Humanitaria para la Salud) por sus trabajos con la reflexoterapia en Argentina. (Actualmente Lone Sorensen enseña sus técnicas en Madrid, Barcelona, Inglaterra, Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia, Holanda, Italia, México, Argentina y Japón.)

«El impulso logrado por la estimulación de una terminal nerviosa en el rostro es mucho más eficaz que el logrado por la estimulación de un punto en el pie por una razón muy sencilla: en la facial, las terminales nerviosas no sólo se encuentran más cerca del cerebro, sino que, además, cuando se estimula un punto nervioso en el rostro, dicho impulso va directamente al cerebro y sigue su camino hasta la zona reticular. Por polaridad inversa, ese estímulo vuelve de la retícula al cerebro, con una carga doblemente mayor a la del estímulo podal, que intensifica su efectividad y su calidad», comenta el médico y refléxologo “Dr. Marcelo López.”

En la actualidad, la reflexología es muy conocida y practicada en todos los países del mundo, está reconocida como medio de curación efectiva para muchas enfermedades y es utilizada como apoyo en el tratamiento de otras muchas.

H. Gemoterapia

Usos espirituales de los Cuarzos. El uso que se le ha dado a los cuarzos desde el punto de vista espiritual proviene de que se le atribuyen propiedades energéticas capaces de influir en la vida de las personas, especialmente en su salud. Se conoce que las culturas ancestrales le otorgaban propiedades energéticas significativas, como por ejemplo en los antiguos pueblos que habitaban este continente su uso ha sido muy extendido. Entre los mapuche, por ejemplo, el cuarzo cumple un rol esencial en la iniciación y terapéutica del (de la) machi. Por ello muchas terapias contemplan al cuarzo como un conductor de las energías curativas.

Considerado un "aliado" para el "hombre de poder", al cuarzo se le atribuye la propiedad de ser un puente de comunicación entre el mundo espiritual y el mundo material, entre la tierra de arriba y la

tierra de abajo, entre el que cura y el que necesita ser curado. Además se cree que un cuarzo como la amatista puede propiciar el ambiente para la meditación y la inspiración, de igual modo en la antigüedad se la consideraba como un protector en las batallas, de allí que los Cruzados la llevaran como amuleto. Asimismo, se piensa que el cuarzo rosado puede facilitar una buena convivencia entre las personas.

Ágata: favorece la tranquilidad emocional, y además en la antigüedad el ágata de la India era considerado un excelente remedio para los ojos y la egipcia era efectiva contra mordeduras de arañas y escorpiones.

Onice (onix): es un aliado en cuestiones prácticas.

Opalo, considerado el cuarzo de las leyendas, en el pasado ha dado mucho de que hablar, por cuanto se pensaba que envuelto en laurel ayudaba a hacerse "invisible" a quien lo portaba. Debido a la novela Ana de Geirstein, del gran escritor Walter Scott, al ópalo se le comenzó a considerar una piedra de infortunios, contradiciendo el significado que siempre había tenido, especialmente en Oriente de traer "buena suerte". Para potenciar la relación entre la persona y la piedra de poder (en este caso el cuarzo) es necesario realizar una práctica que contempla ejercicios respiratorios y ciertos mudras (símbolos gestuales con las manos).

La creencia en los poderes de las piedras está fundada en la convicción de que ellas son las hermanas mayores, que están en este planeta mucho antes de la existencia de la vida humana y que por tanto su memoria espiritual está familiarizada con significativos acontecimientos de nuestra madre naturaleza. Establecer una comunicación con estas hermanitas nos permite entonces viajar a inmemoriales épocas y experimentar otras dimensiones perceptuales.

Características y tipos de Cuarzo. El cuarzo constituye uno de los tres grupos de la subclase de los tectosilicatos, de la clase de los silicatos, que son los componentes más importantes de las rocas. De este modo el cuarzo está considerado el más importante de los silicatos y, de acuerdo a la gemología, se presenta en dos formas específicas, la fenocristalina y la criptocristalina.

De la primera forma son el cristal de roca o cuarzo yalino, la amatista o cuarzo violeta (cuyo nombre significa la que "no embriaga"), la citrina o cuarzo amarillo (confundida muchas veces con el topacio, de allí que también se la conozca como topacio español), y otras variedades como el cuarzo ahumado o cairngorm, el cuarzo transparente o cabello de Venus, el cuarzo rosado y el cuarzo jacinto de Compostela o cuarzo hematoide.

De la forma criptocristalina son la calcedonia común o calcedonia blanca, la calcedonia azul o crisoprasa azul, la cornalina, la sarda, la ágata, el ónix (ónice) y la crisoprasa o calcedonia verde claro. También pertenecen a esta forma el pedernal, el jaspe y el heliotropo o piedra sangre. Otras variedades son la aventurina, el cuarzo ojo de gato, el cuarzo ojo de tigre, el cuarzo ojo de halcón y el cuarzo ojo de toro u ojo de buey. Finalmente se tiene todas las variedades del ópalo, cuyo nombre deriva del sánscrito upala que quiere decir "piedra preciosa".

I. La Neurolingüística

Surge gracias a las investigación de dos jóvenes estadounidenses: Richard Bandler (informático) y John Grinder (psicólogo y lingüista), quienes querían indagar por qué los tratamientos de los tres terapeutas de gran éxito en Estados Unidos (Virginia Satir, Eric Erickson y Fritz Perls) alcanzaban mayor eficacia que el de sus colegas.

Después de sus largas investigaciones, apoyándose en la observación sistemática, llegaron a la conclusión de que el procedimiento que empleaban con excelente resultado era la utilización de un patrón de comunicación muy particular.

Basándose en los datos obtenidos a través de todas sus investigaciones, Bandler y Grinder elaboraron el sistema que hoy día es utilizado como sistema genérico de aprendizaje o como terapia: PNL.

A través de este sistema, se logra resultados eficaces, tales como: automotivarse y motivar, perder los miedos, generar confianza en uno mismo, relaciones interpersonales armónicas, relaciones sexuales placenteras, dejar malos hábitos o vicios, y hasta curar algunas enfermedades. Bandler y Grinder afirman que un terapeuta bien formado, puede lograr resultados eficaces en sus pacientes

con sólo uno o dos ejercicios. Esta ha sido una de las características que evidencia la PNL, lograr resultados exitosos en poco tiempo, al contrario que otros sistemas psicoterapéuticos, en los cuales se obtiene resultado después de varios años de tratamiento (psicoanálisis).

La PNL, es considerada una herramienta idónea para vivir en libertad, objetivo que quiere lograr la humanidad desde sus inicios. Es un instrumento adecuado para transformar las situaciones vitales que marcó la identidad durante la infancia o la adolescencia, para rescribir la historia de la vida, revivir de manera consciente los episodios de la existencia. Revivir una situación traumática, permite obtener conclusiones diversas para ser trabajadas a través de la herramienta PNL y de esta manera cambiar la vida futura.

Conclusiones

La violencia intrafamiliar es un problema actual en la sociedad, que afecta especialmente a las mujeres y niños y en algunos casos a los varones. Por lo tanto es necesario abordar este tema desde el punto psicológico, social y legalmente.

Desde el punto de vista Psicológico, se hace necesaria abordar, ya que el origen de esta problemática tiene base de diversa índole. Socialmente afecta el machismo, la pobreza, infidelidad. y culturalmente, las costumbres y creencias negativas influyen en la problemática.

Como consecuencia de la violencia, se puede mencionar: Que los hijos tienden a seguir maltratando a su esposa e hijos en el futuro. Como también aumento de la delincuencia, drogadicción, desintegración familiar.

Por lo que el informe final se realizó con el objetivo de comprender las diferentes formas en las que se puede violentar a los miembros de una familia.

La violencia contra la mujer principalmente que se conoce como violencia de género, afecta su vida física, psicológica y socialmente.

Se investigaron técnicas terapéuticas que pueden aplicarse para ayudar a las personas a salir de problemas emocionales como: La depresión, ansiedad, fobias, estrés y trastorno psicossomático entre otros.

Bibliografía

Charles G. Morris y Albert A (1978). Maisto. Psicología General (12. Edición)

Doglas A. Bernstein y Michael T. Nietzel (1998) Introducción a la psicología clínica

Salvatore Cullari Lebanon Valley Collage (1998) Fundamentos de la psicología clínica

Carmelo Monedero. (2005) Psicopatología General (Segunda Edición)

Leopold Bellak (1983) Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia

Richard Parry (1975-1983) Psicoterapia Básica

Capítulo III

Referente metodológico

Introducción

El presente capítulo contiene el programa, las planificaciones y cronogramas de actividades. Se da a conocer la metodología que se utilizó durante la Práctica Profesional Dirigida, con el fin de tener un mejor panorama de la misma.

3.1 Programa de estudio del curso práctica profesional dirigida Psicología y Consejería Social

II. Propósito del curso

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

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

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

La práctica profesional dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-

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

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

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

III. 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

IV 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.

V. 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 resiliencia
10. Creación de programas y proyectos

VI. 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.

VII. Procedimientos de Evaluación

Actividades	Punteo
I FASE	
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de Referente metodológico	5 puntos
Elaboración de Marco de Referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicoterapia	5 puntos

Total	35 puntos
II FASE	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de Psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
III FASE	
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del Informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del Informe	5 puntos
Presentación completa del Informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

VIII. Cronograma de Practica Profesional Dirigida

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
12 y 19-02	<ul style="list-style-type: none"> Uso del Manual de Estilo 	Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo	Guía de lectura Valor 5 puntos
26 y 5-0	<ul style="list-style-type: none"> La entrevista 	Ejercicios con resumen de entrevista	

12 y 19 03	Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico	Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de Marzo Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades	Entrega y revisión Valor 5 puntos
		Investigación de problemática principal atendida en el centro de Práctica	Entrega y revisión Valor 5 puntos

Continuación.....I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

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

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
28 -05 4-06 11 y - 06	Supervisión de actividades primer grupo Supervisión de actividades segundo grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el Centro de práctica. Valor 10 puntos
Meses e junio y julio	Atención de casos individuales y Familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias Clínicas. Valor 5 puntos Participación
2 y 9-07	Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. Valor 5 puntos
16, 3- 30-07	Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	Investigación sobre tema de Psicopatología. Valor 5 puntos
6 y 13- 08	Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos
20 y 27- 08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
3 y 10-09-10	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Valor 5 puntos
17 y 24-09-10	Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos
1 y 8-10	Primera revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe. Valor 5 puntos
15 y 22-10	Segunda revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de segunda parte del Informe. Valor 5 puntos
29-10 y 5-11 12 y 19-11	Tercera y última revisión de informe final Entrega de informe/ examen fin	Elaboración de Informe Final	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos

Cronograma de charla El auto estima

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	El rol de la mujer	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Caja de sorpresas	10 minutos
Dinámica de expresión	Habilidades de la mujer	10 minutos

Desarrollo del tema	Mujer valórate a ti misma	30 minutos
Dinámica: Quien soy	Cuidado personal y auto valoración	5 minutos
Tiempo para el intercambio de experiencia	Dificultades atravesadas en la vida	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	5 minutos

Cronograma de Charla

Planificación de práctica Profesional Dirigida

Alumna: Marta Lidia Aguilar

Centro de Práctica: Centro de Salud Comalapa, Chimaltenango

Mes: marzo 2010

Objetivo	Actividad	Recurso	Indicadores de logro
Conocer y detectar las necesidades y fortalezas del Centro de Practica	Investigación de marco referencial del Centro de Práctica. Observación de actividades del Centro de Practicas Participación en reuniones mensuales en el Centro de practica Investigación de la problemática principal del Centro de Practica Entrevistas a director del centro de práctica.	Material didáctico Cuaderno Cuestionario de entrevista Computadora Internet Recurso humano	Se cuenta con información escrita y consolidada de las necesidades y fortalezas del centro de practicas
Detectar y atender casos que se presenten en el centro de practica	Inicio de atención de casos Entrevistas a pacientes Dinámicas, Juegos Discusión de casos	Material didáctico Cuaderno Cuestionario de entrevista Computadora	Información escrita de los casos atendidos Historia clínica de los pacientes

Mes: abril 2010

Objetivo	Actividad	Recurso	Indicadores de logro
Dar a conocer la metodología de trabajo en centro de practica	Exposiciones de presentación de las practicas a realizar Atención de casos	Cuaderno Hojas de papel bond Computadora Internet	Iniciación de atención de casos
Conocer las terapias a aplicar a los casos atendidos en el centro de practica	Investigación de formas de psicoterapias	Computadora Internet Hojas de papel bond Cuaderno Libros	Aplicación de técnicas de psicoterapias

Mes: mayo 2010

Objetivo	Actividad	Recurso	Indicadores de logro
Darle seguimiento a la atención de casos en el Centro de Practica	Entrevistas Elaboración de historia clínica Aplicación de de técnicas de psicoterapia	Hojas de papel bond Computadora Grabadora	Se cuenta con historia clínica de los pacientes. Se aplican técnicas de psicoterapia
Dar a conocer los avances obtenidos al personal del centro de practica	Participación en reunión para compartir los logros obtenidos.	Computadoras Papel bond Cuaderno	Los encargados del centro de práctica cuentan con informes de los avances obtenidos.

Mes: junio 2010

Objetivo	Actividad	Recurso	Indicadores de logro
Brindar seguimiento de atención de casos en el Centro de Practica	Entrevistas Elaboración de historia clínica Aplicación de psicoterapia	Hojas de papel bond Computadora Grabadora	Se cuenta con historia clínica de los pacientes.

	Discusión de casos Llevar casos principal al aula		
Dar a conocer los avances obtenidos al personal del centro de practica	Participación en reunión para compartir los logros obtenidos.	Computadoras Papel bond Cuaderno	Los encargados del centro de práctica cuentan con informes de los avances obtenidos.

Mes: julio 2010

Objetivo	Actividad	Recurso	Indicadores de logro
Brindar seguimiento de atención de casos en el Centro de Practica	Entrevistas Elaboración de historia clínica Discusión de casos Llevar casos principales al aula	Hojas de papel bond Computadora Grabadora	Se cuenta con historia clínica de los pacientes. Se discuten casos analizándolos dentro del aula Aplicación de técnicas de psicoterapia
Dar a conocer los avances obtenidos al personal del centro de practica	Participación en reunión para compartir los logros obtenidos.	Computadoras Papel bond Cuaderno	Los encargados del centro de práctica cuentan con informes de los avances obtenidos.
Aplicar técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación de temas de psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión.	Computadora Internet Hojas de papel bond	Se cuenta con trabajo escrito de las investigaciones realizadas.
Analizar las diferentes patologías encontradas durante la practica	Investigación del tema Exposición del tema	Computadora Internet Hojas de papel bond	Se cuenta con trabajo escrito de las investigaciones realizadas

Mes: agosto 2010

Objetivo	Actividad	Recurso	Indicadores de logro
----------	-----------	---------	----------------------

Realizar actividades de capacitación y talleres a personal, del centro de práctica y a otras instituciones.	Elaboración de planificación de capacitación Elaboración de cronograma de actividades	Hojas de papel bond Computadora Material didáctico	Listado de asistencia Planificación de capacitaciones Ejecución de charlas y talleres
Implementar subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitación a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de proyecto salud menta Entrega de carta de agradecimiento al centro de practica Clausura en el centro de practica	Computadoras Papel bond Cuaderno Material didáctico	Planificaciones entregadas Entrega de proyecto escrito Evaluaciones escritas Aplicación de proyecto de salud mental

F. _____

Alumna practicante
Marta lidia Aguilar

VoBo. _____

Supervisora de practica profesional dirigida
Licda. Sonia Pappa

3.4 Subprogramas

A. Programa de atención de casos

Introducción

El Programa consiste en tratamientos terapéuticos especializados dirigidos a diferentes víctimas, la asistencia psicológica es prestada con formación y experiencia clínica.

Pueden ser beneficiarias todas aquellas personas que hayan sido víctimas de malos tratos con la finalidad de establecer un diagnóstico inicial que determine si la persona solicitante es víctima y en consecuencia su idoneidad para seguir el tratamiento terapéutico especializado, el cual consta de una serie de sesiones de 45/60 minutos de tratamiento, aunque se puede prorrogar el número de sesiones de tratamiento. Trabajando en el aspecto social que facilita la toma de decisiones de las víctimas a lograr la ruptura de las situaciones de violencia, teniendo en cuenta la falta de recursos de tipo económico, de educación, de vivienda, etc.

La asistencia psicológica temprana, tanto a la víctima como al agresor trata de erradicar en buena medida, el propio maltrato intrafamiliar, desadaptaciones sociales de los hijos en la edad adulta, cuya tendencia a la imitación o repetición de patrones de conducta erróneos y agresivos perpetúan situaciones similares de violencia individual, social y educacional.

Objetivos

Objetivo general

- Promover, prevenir e intervenir alteraciones del desarrollo psicológico y trastornos mentales en la infancia, adolescencia, edad adulta y temprana.

Objetivos específicos

- Conocer la demanda de problemas psicológicos que acuden al centro de práctica.

- Desarrollar programas de seguimiento para las patologías graves con el objetivo de derivarlas a salud mental.
- Desarrollar protocolos de detección-intervención y materiales específicos para atender la demanda de problemas psicológicos en atención primaria.

Actividades

- Intervenciones individuales: involucran una serie de procedimientos tendientes a brindar una atención integral en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve el paciente.
- Intervenciones grupales: presta ayuda a grupos conformados por pacientes que presentan una problemática similar, y cuyo tratamiento requieren este tipo de intervención.
- Charlas vivenciales
- Dinámicas grupales
- Consejería individual
- Terapia cognitivo-conductual
- Terapia de apoyo
- Terapia de relajación
- Terapia de autocontrol

B. Programa de capacitación

Introducción

El programa de capacitación consiste en el desarrollo de talleres y charlas los cuales poseen como propósito fundamental contribuir al estudio, reflexión y capacitación de temas como violencia intrafamiliar, violencia de género. Con la finalidad de brindar asesoramiento o asistencia psicológica a todos aquellos que pudieran necesitar apoyo, a través de charlas o talleres.

Objetivos generales

- Desarrollar programas de Promoción de la salud mental.
- Brindar la información necesaria al grupo para un buen funcionamiento dentro de la sociedad.

Objetivos específicos

- Intervenir, educar, prevenir e investigar en problemáticas tales como la violencia social, sexual e intrafamiliar, suicidio, autoestima, alcoholismo y más.
- Propiciar formas alternativas de asumir, entender, investigar, educar y vivir de manera armoniosa y segura.

Actividades

- Charlas
- Dinámicas de autoconocimiento
- Debates
- Manejo del enojo y prevención de la violencia
- Comunicación asertiva y afectiva

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha	Horas de horas
Primer contacto con las autoridades, presentación y conocer las instalaciones del centro de practica	Del 02 al 04 de abril 2010	12 horas
Diagnostico Institucional	Del 09 al 18 de abril	24 horas
Inicio de atención	Del 23 de abril al 07 de mayo 2010	28 horas
Atención de casos y seguimiento Participación en reunión de Equipo Técnico	Del 09 al 16 de mayo del 2010	24 horas

Atención y seguimiento de casos	Del 21 al 30 de mayo 2010	24 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 04 al 27 de junio	40 horas
Atención y seguimiento de casos Participación en reunión de equipo técnico	Del 02 al 30 de julio 2010	56 horas
Atención y seguimiento de casos Participación en reunión de Equipo Técnico Despedida del centro de practica	Del 01 al 29 de agosto 2010	52 horas
Total de horas de practica		260

Cronograma de charla salud mental

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Bienvenida	3 minutos
Terapia cognitivo-conductual	Trastorno de ansiedad	40 minutos
Terapia de apoyo	La importancia de la familia	40 minutos
Terapia de relajación	Relajación	40 minutos
Terapia de autocontrol	Preguntas acerca del tema	40 minutos
Cierre	Palabras de despedida	10 minutos

C. Programa de elaboración de proyectos de salud mental

Introducción

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

Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza. Sin embargo, en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo.

Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágatha que recientemente golpeara a Guatemala.

Objetivos

- General
 - ✓ Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Ágatha, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud

mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.

- **Específicos**

- ✓ Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- ✓ Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.
- ✓ Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.
- ✓ Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- ✓ Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

Actividades

- Analizar objetivamente la dimensión del evento catastrófico, y su impacto tanto en la sociedad como para la persona individual.
- Analizar las posibles soluciones, y la forma de ayuda psicológica que se pueda brindar.
- Realizar un adecuado contacto psicológico con el grupo y/o con la persona.
- Desarrollar acciones concretas: Objetivos a corto plazo: valorar la mortalidad, facilitar el proceso de duelo, etc.
- Analizar la situación somática: Preservar la salud física, trabajar en relación al estado emocional, valorar el intento de suicidio, etc.
- Analizar la situación afectiva: Expresión de los sentimientos en relación a la crisis, reorientar adecuadamente la forma de expresión, manejo de la ansiedad, técnica de la silla vacía, ejercicios de respiración y relajación profunda, etc.
- Analizar la situación cognitiva: Reflexionar sobre el incidente y sus efectos, disminuir la credibilidad de culpa, analizar los pensamientos y metas previos a la crisis y el impacto que la

misma tuvo sobre dicho asunto, reorientar y adaptar las nuevas metas en relación a la situación posterior a la crisis.

- **Analizar el área conductual:** Qué cambios se hacen necesarios a consecuencia de la crisis y sus efectos posteriores.
- **Dar seguimiento evaluando las etapas de acción.** Brindar la ayuda psicológica después de la catástrofe.

Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación (énfasis en la intervención psicológica que se brindará)	Mirian Castro (español) Aisha Tepaz (Kaqchiquel)	10 min
Información general sobre las actividades a desarrollarse (especialidades médicas, atención psicológica a grupos específicos, entrega de medicamentos, etc.)	Sara Bala	10 min
Intervención psicológica a los grupos específicos, de acuerdo a cada plan de acción elaborado	Cada grupo responsable, de acuerdo al plan de intervención elaborado para la población específica que será atendida	El tiempo que sea necesario
Conducción de personas a las especialidades médicas (aclaración de dudas, persuasión de la necesidad de exámenes para mujeres, etc.)	Cada grupo responsable	15 min
REFACCIÓN PARA LOS COLABORADORES		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea necesario
Continuación de la intervención psicológica y atención médica		
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	5 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de F.	Toda la actividad

Capítulo IV

Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos durante la Practica Profesional Dirigida. Se detallan los logros que se tuvieron durante los programas realizados en el Centro de Atención Permanente (CAP) ubicado en el Municipio de San Juan Comalapa. Se describen el historial clínico, proceso y plan terapéutico de cada paciente referido. Así también se dan a conocer gráficas de dichos resultados con el fin de tener un mejor panorama del trabajo de práctica.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- Apoyo institucional
- Coordinación adecuada con la administración institucional.
- Interés por el servicio Psicológico brindado
- Seguimiento al tratamiento del proceso terapéutico
- Apoyo con material didáctico y audiovisual.

4.1.2 Limitaciones

- Espacio inadecuado para la atención de casos
- Incumplimiento de los pacientes en las sesiones terapéuticas
- Al inicio de la practica existió escases de pacientes
- Al final de la práctica existió sobrepoblación de pacientes
- Suspensión de actividades por tormenta Aghata

4.1.3 Conclusiones

- Se detectó que existe demanda de atención psicológica
- No existe un centro para la atención de casos
- Pocos profesionales respecto al campo psicológico
- Coordinación interinstitucional de casos médico legales-psicológico
- Falta de seguimiento de casos por amenazas conyugales

4.1.4 Recomendaciones

- Creación de un centro de atención especializada en el campo
- Promocionar la atención de casos por sus implicaciones en la sociedad
- Coordinación con autoridades municipales para brindar charlas a grupos de mujeres
- Coordinar con centros educativos para detección y atención de casos
- Comprometer a las instituciones para la promoción de los derechos del ser humano

No. De casos atendidos	Técnicas utilizadas	Problemas principales	Logros esperados
1 hombre 11 mujeres 5 adolescentes 3 niños En total 20 Casos atendidos	Entrevistas Terapia breve y de emergencia Logoterapia Terapia grupal Ludo terapia	Violencia intrafamiliar Infidelidad Problemas conductuales Abuso sexual	Que las personas asistan y reciban el apoyo y la orientación adecuada para mejorar la calidad de vida.

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

Caso No. 1

1. Datos generales

Nombre:	M.R.L.C.
Edad:	28 años
Sexo	Femenino
Dirección:	Aldea Aguas Calientes San Juan Comalapa
Ocupación:	Ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Aldea Aguas Calientes 10 de marzo de 1982
Escolaridad:	Segundo primaria
Religión:	Católica
Evaluador:	Marta Lidia Aguilar
Fecha:	23-05-2010

2. Motivo de consulta

La paciente refiere que por problemas familiares se separó de su pareja, quien la amenazó de muerte, situación que creó miedo, inseguridad de la madre con los tres hijos.

3. Síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración
- Nivel afectivo: afecto restringido, que manifiesta tristeza
- Nivel conductual: falta de interés en hacer las cosas que le gustaba
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento
- Nivel físico: cansancio, sueño y falta de apetito

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Constantemente recibe reproches y amenaza por parte de su pareja, ha adoptado un papel de víctima y no puede defenderse para no afectar a sus hijas.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona muy poco con las personas porque su esposa se ha encargado de ponerla en mal ante los vecinos.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema de infidelidad por parte de la esposa que ha creado la separación y el abandono de las niñas por parte del esposo.

5. Historia del problema

Desde que se unió a su esposo, la familia de su pareja ha intervenido en la toma de decisiones, lo que creo problemas. Desde un inicio no la aceptaron por lo que recibía maltrato verbal, físico y psicológico de parte de ellos. Hace 5 años su pareja decidió irse a trabajar a EEUU quedándose ella con una niña de 2 años y embarazada de 3 meses, refiere que el padre de las niñas le mandaba dinero con lo que ella pudo construir la casa donde vivía, con comodidades. Atraves de llamadas teléfono la familia de la pareja la mal informaba, que ella tenia amantes, cosa que no es cierto dice la paciente, debido a las acusaciones falsas hizo a que se desesperara, por lo que una vez tuvo relaciones sexuales con un hombre que la enamoraba, debido a eso ella resulto embarazada, al poco tiempo el padre su sus hijas regreso al país y la vino a encontrar embarazada de 4 meses, eso provoco a que el problema se complicara aun mas. La paciente refiere que por medio del diálogo, su pareja la perdonó, pero por consejos de sus suegros, al poco tiempo cambio de opinión, y la saco de la casa junto con sus dos hijas, actualmente viven en la casa de su madre, dice que no cuentan con nada ya que no les permitieron que se llevaran sus pertenencias, las niñas sufren porque ahora viven en una casa pequeña y que provisionalmente tienen una cama hecha con madera por ella misma, la alimentación también a cambiado porque económicamente nadie la ayuda, ella teje güípiles para cubrir los gastos de la casa. Con todo este problema ella pensó en matar a sus hijas y después ella misma, porque la situación esta muy mal, a los dos meses de separada, su pareja se caso con otra mujer y viven en la casa que ella construyó y equipo, a pesar

de todo esto ella no pensó abortar ni regalar al bebe, dice que el bebe no tiene la culpa y que lo quiere mucho igual que a sus hijas. Piensa que con la ayuda del juzgado pueda lograr que el padre de sus hijas les de pensión alimentaria mensualmente. Ahora que el bebe tiene dos meses, su situación a mejorado emocionalmente con el apoyo de su familia, ella reconoce su erro por lo que quiere enmendar luchando por sus hijos.

6. Historia familiar

La paciente manifiesta que sus padres son muy buenos, el padre era muy responsable y no les faltó nada de niñas, el las cuidaba y protegía, desde que el murió hace 5 años todo cambio.

La madre de la paciente la apoya con los niños, pero ella no puede tomar decisiones en cuanto a que hacer con el problema que enfrenta. Ella es la mayor de tres hermanas y dos hermanos, la relación con ellos es muy buena y la apoyan.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Trastorno Depresivo Mayor Estado actual: moderado
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problema de vivienda y problemas económicos
Eje V	Escala de Evaluación de Actividad Global = 70/61 Síntomas leves de humor, depresión, algunas dificultades el las actividades sociales y laborales.

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica.

9. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual

Terapia de apoyo y de relajación

Caso No.2

1. Datos generales

Nombre:	M.G.C.M
Edad:	36 años
Sexo	Femenino
Dirección:	Caserío Chuasij San Juan Comalapa
Ocupación:	Ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Comalapa 8 de agosto de 1,974
Escolaridad:	Iro. Básico
Religión:	Católica
Evaluador:	Marta Lidia Aguilar
Fecha:	14 de mayo 2010

2. Motivo de consulta

La paciente refiere que su esposo la maltrata física y verbalmente a ella y a sus hijas, por tal razón decidió separarse de él.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración
- Nivel afectivo: Temor e inseguridad
- Nivel conductual: Culpabilidad
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento
- Nivel físico: cansancio, sueño

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Constantemente recibe regaños golpes y reproches por parte de su esposo creando un ambiente de temor e inseguridad.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona muy poco con la familia porque el esposo la controla mucho y no le permite comunicarse con su familia.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema al alcoholismo y machismo de su esposo.

5. Historia del problema

La paciente refiere que desde que se caso con su esposo el la ha golpeado, sin motivo justificable, comenta que el es muy delicado y celoso, no la deja participar en actividades familiares, sociales e incluso platicar o tener una amiga, tiene 5 hijos con su esposo quienes también reciben maltrato de parte del padre por las travesuras que hacen. La niña mayo de 8 años no come, se mantiene triste, la ha llevado al médico para que la traten, pero no mejora por el trato que les da el papá, en varias ocasiones se has separado pero siempre se reconcilian, porque el promete cambiar, pero no lo hace, ahora que viven en la casa de los papas, ella lo denunció al juzgado de paz, quienes la apoyaran es ir a sacar sus pertenencias, ella comenta que no quería llegar hasta ese extremo, solo quería que le llamaran la atención a su esposo y que lo multaran, ahora no sabe si seguir con el proceso o no, porque tiene miedo de no poder salir adelante sin el esposo.

6. Historia familiar

La paciente refiere que proviene de una familia estable, que desde pequeña la apoyaron y buscaron lo mejor para ella, sin embargo ella no recibió los consejos de sus padres y por eso desde jovencita se caso en su esposo que la trata mal. Ella es la primera de 6 hermanos. A pesar de seo los papás la apoyo en la decisión que ella tome.

Comenta que el esposo proviene de una familia donde el padre era muy agresivo, la mamá soporto los malos tratos que le daban a ella y a sus hijos. Ella comenta que desde un principio permitió los golpes pensando que era para corregirla, pero eso ha ido empeorando, y tiene miedo a que llegue a algo más grave.

Las niñas viven con temor, porque en cualquier momento papá las lastima, no comen bien, la esposa vive con mucha tensión porque no sabe cuando el esposo esta de buen humor.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno depresivo mayor (Página 399)

Eje II Sin diagnóstico

Eje III Sin diagnóstico

Eje IV Problemas económicos y de vivienda

Eje V Escala de Evaluación de Actividad Global = 70/61 Síntomas leves de humor, depresión, algunas dificultades en las actividades sociales y laborales.

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica.

9. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual

Terapia de relajación

Terapia Familiar

Caso No. 3

1. Datos generales

Nombre:	B.R.X.A
Edad:	24 años
Sexo	Femenino
Dirección:	Zona 4 San Juan Comalapa
Ocupación:	Ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Comalapa, 03 de marzo de 1,986
Escolaridad:	4to. Grado primaria
Religión:	Cristiana-evangélica
Evaluador:	Marta Lidia Aguilar
Fecha:	20 de mayo de 2010

2. Motivo de consulta

El paciente refiere que su esposo es alcohólico la maltrata físicamente a ella y a su primer hijo, por tal razón decidió separarse de él.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración
- Nivel afectivo: descuido personal y tristeza
- Nivel conductual: inseguridad y temor
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento
- Nivel físico: dolor de estómago, falta de apetito e insomnio

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Constantemente recibe maltrato físico y verbal de parte de su esposo, lo que ha creado un ambiente de inseguridad y temor.

4.2 Relaciones sociales: mantiene poca comunicación con su familia y amistades, ya que el esposo no le permite tener amistades para compartir.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema que el esposo proviene de un hogar de ambos padres alcohólicos y violentos, los padres de él lo animan para hacerle daños a ella.

5. Historia del problema

La paciente refiere que desde que se casó con su esposo él la golpea cuando llega ebrio y eso es muy frecuente, comenta que cuando está sano, no es malo, han hablado con él para solucionar el problema, pero no ha hecho nada para cambiar, la última vez que la golpeó trató de matarla frente a sus hijos, por eso ella huyó desde hace tres meses de su casa con sus dos niños para refugiarse en la casa de sus papás. Ella optó por demandarlo para la pensión de sus hijos, pero tiene miedo seguir porque lo amenazó con matarla antes de darle manutención. El esposo la amenazó con pagarle a un abogado para quitarles a sus hijos si ella prosigue con la demanda.

El niño mayor que es de tres años, le dice a la madre que si ella vuelve con su papá él se quedará con los abuelos, ya que él lo lastima, ella vive con temor, desconfianza por el daño que él pueda ocasionar. El esposo le dice que ella no puede salir adelante sola y que es una tonta, ella tiene miedo de enfrentar la vida sola.

6. Historia familiar

El paciente refiere que proviene de una familia estable, que desde pequeña y hasta ahora la han apoyado para salir adelante. La mamá es quien la ayuda con el cuidado de los niños porque son pequeños. Ella es hija única, por lo que los padres la quieren mucho.

La familia del esposo no la aceptaron desde un principio porque no comparte con ellos las mismas creencias y acepta beber licor ellos, eso ha hecho que el problema empeore.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno depresivo mayor (Página 399)

Eje II Sin diagnóstico

Eje III Sin diagnóstico

Eje IV Problemas económicos

Eje V Escala de Evaluación de Actividad Global = 70/61 Síntomas leves de humor, depresión, algunas dificultades en las actividades sociales y laborales

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica.

9. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual

Terapia de relajación

Terapia Familiar

Caso No. 4

1. Datos generales

Nombre:	O.C.C
Edad:	18 años
Sexo	Femenino
Dirección:	Aldea Paquixic San Juan Comalapa
Ocupación:	Tejedora
Lugar y fecha de nacimiento:	Aldea Paquixic San Juan Comalapa 4 de enero de 1,992
Escolaridad:	4to. Grado primaria
Religión:	Católica
Evaluable:	Marta Lidia Aguilar
Fecha:	21 de mayo 2010

2. Motivo de consulta

La paciente comenta que esta embarazada de 4 meses debido a una violación y que su familia no la quiere.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración
- Nivel afectivo: desesperación y tristeza
- Nivel conductual: inseguridad e inconstancia
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento
- Nivel físico: dolor abdominal e insomnio

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Constantemente recibe regaños y reproches por parte de su madre y hermano mayor, en el hogar existe un ambiente desagradable por los constantes desprecios que recibe de su familia.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona muy poco con las personas, debido a que le han prohibido salir de la casa, para evitar malos comentarios de parte de la comunidad.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye que la madre las ha descuidado debido a que es negociante y la mayor parte las deja solas, y por falta comunicación y orientación de parte de la madre.

5. Historia del problema

La paciente comenta que conoció a un joven que la enamoró, y que con engaño la sacó de su casa y la llevó a un lugar lejos, después la obligó a tener relaciones sexuales con ella, después ya no lo vio más, solo ha hablado con él por teléfono, cuando ella se dio cuenta que estaba embarazada se lo hizo saber a él, pero él le dijo que abortara y que no le dijera a su mamá, al poco tiempo la mamá se enteró y busca ayuda para abortar sin embargo no la encontró. La mamá enojada por lo que pasaba la sacó de la casa, su hermano mayor la amenazó con matarla, porque era una vergüenza para la familia, ella se fue a trabajar con una familia, donde el esposo de la señora trató de abusar de ella, debido a eso volvió a su casa, donde todos los días la tratan mal y ya está desesperada, por la forma en que la tratan. Su mamá buscó ayuda en el juzgado para localizar al joven y que se haga cargo del niño, pero no han logrado nada hasta ahora.

6. Historia Familiar

La paciente refiere que proviene de una familia donde ha faltado la figura del padre ya que hace muchos años el papá murió por alcoholismo y que la mamá se quedó sola con sus dos hijas y un hijo, ella es la segunda de los tres hermanos. Su hermana mayor la quiere y le dice que cuenta con ella, aunque la mamá está en desacuerdo.

La paciente comenta que desde pequeñas la madre las ha dejado solas con su hermana menor, porque la mamá vende en el mercado y viaja desde muy temprano, la mamá comenta que las ha descuidado mucho ya que no pasa tiempo con ellas, y la madre siempre ha desconfiado de sus hijas

La mamá de la paciente no acepta lo que pasó y trata mal a su hija, el hermano mayor también la maltrata, y la rechaza eso ha creado un ambiente incomodo en la familia, porque solo viven reprochándole y le comentan que no la apoyaran a la hora de dar a luz que ella vea como solucionárselas.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Trastorno depresivo mixto ansioso-depresivo (868)
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas económicos
Eje V	Escala de Evaluación de Actividad Global = 60/51 Síntomas moderados de humor, depresión, algunas dificultades moderadas en las actividades sociales y laborales

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica.

9. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual

Logoterapia

Terapia Familiar

Caso No. 5

1. Datos generales

Nombre:	D.E.J.G.O
Edad:	7 años
Sexo	Masculino
Dirección:	Zona 2 San Juan Comalapa
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Comalapa, 1 de agosto de 2,003
Escolaridad:	1ro primaria
Religión:	Católica
Evaluador:	Marta Lidia Aguilar
Fecha:	18 de junio 2010

2. Motivo de consulta

La tía refiere que la conducta del niño se ha vuelto rebelde, con bajo rendimiento escolar tiene un estado de animo triste se niega en cumplir con las tareas escolares.

3. Enumeración de los síntomas

4. Nivel cognitivo: falta de atención y concentración
5. Nivel afectivo: afecto restringido, que manifiesta tristeza
6. Nivel conductual: rebeldía, inconstancia
7. Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento
8. Nivel físico: inquietud, desesperación

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Actualmente vive con su tía pero le cuesta adaptarse ya que extraña a su mamá y le gustaría volver con ella.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con los niños de su edad y personas mayores, pero es agresivo con sus compañeros de estudio.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema a que el padrastro abusó sexualmente de él.

5. Historia del problema

La madre de los niños los descuidaba mucho porque trabajaba para brindarles alimentación vivienda y vestuario, los dejaba solos con el padrastro, eso ocasionó que el abusó sexualmente del niño, cuando él le hizo saber del problema a su madre ella no le creyó, la tía se enteró del problema y demandó al padrastro, quien negó haber abusado del niño, la madre abandonó a sus hijos para irse con él, por lo que el juzgado dejó en manos de la tía el cuidado de los dos niños.

El niño recibió terapia con una psicóloga que le asignó el juzgado, pero no fue posible continuar porque hay muchos casos que atender.

6. Historia de la familia

El paciente es el mayor de dos hijos el de siete años y su hermanita de cuatro años. Al niño le ha afectado esta separación, porque comenta que su madre no los quiere, por eso los dejó con su tía, porque cuando vivían con ella todo estaba bien, hasta que llegó el padrastro, él los golpeaba, ella los visita muy poco, y eso lo entristece a él porque le hace mucha falta.

El paciente viene de un hogar donde hace falta la figura del padre, ya que ven en otros hogares que los niños cuenta con ambos padres, por lo que le preguntan a la mamá porque ellos no tienen papa, la madre ha tenido dos parejas anteriormente y con ninguno de ellos ha formalizado, actualmente vive con su tercera pareja, que no es el padre de los niños, los niños no lo quieren porque el es malo.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno negativista desafiante (118)

Eje II Sin diagnóstico

Eje III Sin diagnóstico

Eje IV Problema de vivienda y económicos

Eje V Escala de Evaluación de Actividad Global = 70/61 Síntomas leves de humor, depresión, algunas dificultades en las actividades sociales y laborales

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica.

9. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual

Terapia de juego

Terapia de relajación

4.2 Programa de Capacitación

Auto estima quitar este nombre. Solo una charla dio? Porque si fue así no valdría la pena ponerle programa y mejor lo quitaríamos

4.2.1 Logros

- Asistencia de 22 mujeres y 8 hombres
- Participación activa del grupo
- Interés en conocer mas a cerca del tema
- Apoyo de lideres
- Coordinación del evento

4.2.2 Limitaciones

- Falta de espacio apropiado para la charla y capacitación
- Falta de equipo sonido para la actividad
- Esposos limitan la participación de las mujeres en estas actividades
- Falta de tiempo para el seguimiento

4.2.3 Conclusiones

- El auto estima es un factor importante en cada persona para que pueda desarrollarse en medio de los que lo rodean, como también para alcanzar sus metas y poder ayudar a otras personas que necesitan.
- Crear grupos de auto ayuda comunitarios, para el intercambio de experiencia y resolución de conflictos. Para que ellas puedan auto valorarse y crear un ambiente agradable en la familia.
- Muchas personas en la actualidad tiene su auto estima baja, debido a diferentes problemas que atraviesa, eso hace que se vuelva un circulo vicioso, porque muchas se desahogan maltratando a sus hijos haciéndolos sentir miserables, sin darse que están destruyendo el auto estima de sus hijos.

4.2.4 Recomendaciones

- Coordinación con la oficina de la mujer de la municipalidad para que se puedan brindar charlas de auto estima a los grupos de mujeres
- Intensificar la promoción de este tipo de servicio o atención
- Formación de grupo de auto ayuda para la resolución de conflicto
- Seguimiento de casos particulares
- Apoyar a instituciones que requieran de este tipo de servicio

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres

Charla No. 1

Auto estima

Dirigida a grupo de mujeres organizadas del Municipio de San Juan Comalapa Chimaltenango.

Fecha: 22 de mayo del de 2010.

1. Objetivos

- Fortalecer la organización del grupo de mujeres
- Que la mujer descubra su autoestima y se valore a si misma
- Intercambio de experiencias
- Lograr la convivencia de ambos sexos en la resolución de conflictos
- Eliminar ideas erróneas o negativas que tenga sobre el rol de la mujer.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Lluvia de ideas a cerca del tema
- Introducción del tema por medio de exposición
- Intercambio de experiencia
- Formación de grupos de discusión
- Conclusiones

3. Recursos

Humanos

- Facilitador
- Participantes

Materiales equipo audio visual

- Sillas
- Equipo de sonido
- Disfraz

Contenido

El auto estima

Básicamente la auto estima es lo que uno siente o piensa acerca de su propia vida. Es la forma en que se ve y piensa la persona de si misma, sus capacidades y limitaciones, influye en la forma de enfrentar los problemas o conflictos.

Valoración general positiva de si mismo.

Como se forma

Se forma desde que se es pequeño, lo que los padres, maestros, amigos dicten va conformando patrones en cada persona.

Algunas veces esos mensajes no son positivos. De ahí la importancia de los educadores y de los mensajes que influye en la formación de una baja autoestima.

Algunos ejemplos

- Poner etiquetas: Juan es la oveja negra de la familia
- Definir gastos o necesidades inadecuadas
- No diferencia entre conducta e identidad
- Castigar o regañar con demasiada frecuencia
- Asociar gestos de desagrado por enojo excesivo
- Condicionar el afecto.

Como cambiar estas actitudes e ideas negativas para recuperar el auto estima

Que dice Dios del auto estima

Jeremías 1:5 -Antes que yo te formase en el vientre, te conocí; y antes que salieses de la matriz, te consagré y te di por profeta a las naciones.

Mateo 10:29 ¿Acaso no se venden dos pajaritos por un cuarto? Con todo, ni uno de ellos cae a tierra sin el consentimiento de vuestro Padre. 30 Pues aun vuestros cabellos están todos contados. 31 Así que, no temáis; más valéis vosotros que muchos pajaritos.

Como poder aplicar este mensaje de Dios en la vida de cada persona, quien puede practicar esta enseñanza, el cuidar, respetar y valorarse como persona.

La importancia de la familia como primera escuela para enseñar de los valores y principios para ser practicado en la sociedad.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Aceptación y autorización por parte de las autoridades municipales.
- ✓ Coordinación con las instituciones locales para la ejecución del proyecto.
- ✓ Coordinación con organizaciones no gubernamentales para la atención de especialidades en salud.
- ✓ Afluencia de las personas de la comunidad para ser atendidos según su necesidad
- ✓ Atención a casos individuales y grupales en terapias psicológicas

4.3.2 Limitaciones

- ✓ No poder llegar a otras comunidades necesitadas por camino en mal estado
- ✓ Falta de tiempo para seguir atendiendo a las personas

4.3.3 Elaboración de proyectos de salud mental

Introducción

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

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

1 Antecedentes

Guatemala es uno de los países que más severamente ha sido afectado en los últimos tiempos debido a eventos climáticos de fuerza mayor, tal es el caso de tormentas, huracanes y depresiones tropicales. Debido a la incesante tala de árboles en extensas áreas de los diversos departamentos del país, se ha dado el fenómeno de los deslaves, derrumbes y erosiones que han dado paso a severas inundaciones y catástrofes que han cobrado muchas vidas, específicamente en el área rural del occidente del país.

En este sentido, el departamento de Chimaltenango, situado en el área del altiplano central del país, ha sido uno de los más afectados con tales eventos, específicamente en los municipios de Tecpán Guatemala, Santa Apolonia, San Martín Jilotepeque y otros más. La destrucción que ha quedado posterior al paso de los eventos climáticos que se han experimentado, ha cambiado no sólo la geografía del área, sino la vida de los pobladores más afectados.

El 29 de mayo, la tormenta tropical Agatha tocó tierra en las costas del departamento de San Marcos en Guatemala, y comenzó a debilitarse. Sin embargo y contra todos los pronósticos, al adentrarse en el territorio nacional, ésta cobró fuerza dando paso a uno de los mayores desastres naturales que la población guatemalteca ha enfrentado en el presente siglo. Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país.

Dentro de los lugares más afectados a nivel de infraestructura, vivienda y vidas humanas, se encuentra el municipio de Santa Apolonia, del departamento de Chimaltenango. Los pobladores perdieron gran parte de sus pertenencias, reportándose al 31 de agosto, un total de 19 víctimas mortales y más de 1,500 personas damnificadas. Adicionalmente, la infraestructura vial y las viviendas de los pobladores quedaron seriamente dañadas, lo cual ha impedido continuar con una cotidianidad normal y equilibrada, lo cual queda de manifiesto en la actitud de desolación que se palpa en una gran mayoría de los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del citado municipio.

2. Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, y luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores puedan lograr una resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian después del paso de la tormenta Ágatha; esto, a

través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

Así mismo, de acuerdo a información recabada y datos estadísticos proporcionados por el Área de Salud de Chimaltenango, se determinó que era necesario proporcionar también ayuda de otra índole, tal es el caso de asistencia médica, exámenes de diagnóstico, métodos de planificación familiar, medicamentos gratuitos, etc. De esta manera se estaría proporcionando apoyo de forma integral a la población enfocada en el proyecto mencionado, haciendo énfasis en la intervención psicológica que se desarrollará en forma individual y apegada a las necesidades de cada grupo específico (niños, adolescentes, mujeres y hombres), enfocándose en lograr restablecer en un porcentaje considerable, la salud mental de los pobladores, principalmente en cuanto al valor de la vida, la familia y los recursos con que aún cuentan.

3. Objetivos

3.1 General

Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Ágatha, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.

3.2 Específicos

- a) Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- b) Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.
- c) Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.

- d) Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- e) Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

4. Descripción de la crisis provocada por el estrés postraumático

La crisis que un grupo social o bien una persona sufre luego de experimentar un evento catastrófico, es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios del individuo y del grupo, se hace presente un estado de invalidez, de desprotección e incapacidad para continuar la vida cotidiana. Aún cuando todavía se cuenta con algunos medios y recursos para subsistir, el grupo o la persona, que está severamente afectada e impresionada, se niega de alguna forma, a ver el lado positivo de la situación, que radica en descubrir su potencial para salir adelante con lo que le ha quedado.

5. Pautas para elaborar un programa de intervención

- Analizar objetivamente la dimensión del evento catastrófico, y su impacto tanto en la sociedad como para la persona individual.
- Analizar las posibles soluciones, y la forma de ayuda psicológica que se pueda brindar.
- Realizar un adecuado contacto psicológico con el grupo y/o con la persona.
- Desarrollar acciones concretas: Objetivos a corto plazo: valorar la mortalidad, facilitar el proceso de duelo, etc.
- Analizar la situación somática: Preservar la salud física, trabajar en relación al estado emocional, valorar el intento de suicidio, etc.
- Analizar la situación afectiva: Expresión de los sentimientos en relación a la crisis, reorientar adecuadamente la forma de expresión, manejo de la ansiedad, técnica de la silla vacía, ejercicios de respiración y relajación profunda, etc.

- Analizar la situación cognitiva: Reflexionar sobre el incidente y sus efectos, disminuir la credibilidad de culpa, analizar los pensamientos y metas previos a la crisis y el impacto que la misma tuvo sobre dicho asunto, reorientar y adaptar las nuevas metas en relación a la situación posterior a la crisis.
- Analizar el área conductual: Qué cambios se hacen necesarios a consecuencia de la crisis y sus efectos posteriores.
- Dar seguimiento evaluando las etapas de acción. Brindar la ayuda psicológica después de la catástrofe.

6. Tratamiento del estrés postraumático

La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Con la intervención terapéutica se reduce el impacto psicológico y se evita la cronificación del trastorno.

Las alternativas terapéuticas que existen y las cuales el profesional puede utilizar para obtener los resultados deseados, son:

- Testimonio: Consiste en que el grupo o el paciente relate la historia lo más detalladamente posible; de este modo se gana control sobre el pasado y la experiencia va pasando de ser rígida, a ser más flexible y se consigue una reelaboración del trauma.

Técnicas cognitivas:

- Resolución de problemas
- Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas
- Análisis de creencias erróneas (no es culpable de su experiencia)
- Inoculación del estrés para disminuir la tensión, la activación fisiológica, sustituir ideas negativas por pensamientos positivos

Técnicas Conductuales:

- Desensibilización sistemática para conseguir la habituación del objeto temido
- Interrupción del pensamiento

- Técnicas de relajación
- Terapias de grupo (grupos de autoayuda)
- Terapia familiar, si es necesaria
- Recuperación de actividades cotidianas de acuerdo a la nueva situación general

7. Atención psicológica para el profesional

En la intervención psicológica ante una catástrofe, se hace fundamental proporcionar recursos y técnicas para afrontar las situaciones estresantes, al profesional que intervendrá en dicha situación. De esta manera se previene el desgaste emocional y profesional (Síndrome de Burnout). Se deberá trabajar toda el área concerniente al manejo del estrés, de la ansiedad y aplicación del autocontrol ante dicha situación.

8. Metodología

Para el desarrollo del proyecto de salud mental, los alumnos de quinto año de Psicología y Consejería Social, desarrollaron una serie de discusiones, análisis de las necesidades de las comunidades seleccionadas para la ayuda, así como la elaboración de un plan de acción que se apegara a dichas necesidades. En tal sentido, se definió lo siguiente:

8.1 Datos generales

Lugar: Comunidades de La Vega y Parajbey, Santa Apolonia, Chimaltenango

Fecha: Sábado 16 de octubre de 2010

Hora: De 9:00 a.m., a 4:00 p.m.

Dato estimado de la Población: 800 a 1,000 personas aproximadamente

8.2 Grupos de intervención psicológica

Con la finalidad de proporcionar una intervención psicológica más efectiva y orientada a las necesidades individuales observadas, se determinó dividir a la población atendida en grupos determinados. Para ello se elaboró un plan de acción específico dirigido a:

- a) Niños
- b) Adolescentes
- c) Mujeres
- d) Hombres

8.2.1 Plan de acción de cada grupo

Véanse anexos.

8.3 Comisiones de trabajo

Para definir una mejor organización y ahorrar tiempo y recursos, se tomó la decisión de formar comisiones de trabajo encargadas de los distintos aspectos que se necesitaba cubrir. En tal sentido se nombraron las siguientes comisiones:

- a) Publicidad
- b) Logística
- c) Proyecto escrito
- d) Recolección y distribución de víveres
- e) Monitoreo de la actividad

8.4 Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

- Psicología Clínica
- Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (papanicolau)
- Planificación familiar (colocación de Jadelle y T de cobre)
- Medicina general (AMES, estudiantes de EPS del Puesto de Salud)
- Medicamentos gratuitos
- Sorteo de víveres como estímulo

10. Conclusiones

- Las catástrofes repercuten en la integridad psicológica de los afectados, tanto víctimas como profesionales que actúan en el lugar del hecho. Es esencial el desempeño de la intervención psicológica que permita que las personas afectadas adquieran una actitud positiva dentro del difícil marco que está viviendo.
- A través de la intervención terapéutica adecuada se logrará ir restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis. Igualmente, esta ayuda será de gran beneficio para el correcto manejo del duelo resultante de la pérdida de seres queridos, víctimas de la catástrofe experimentada en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, de Santa Apolonia en Chimaltenango.

11. Recomendaciones

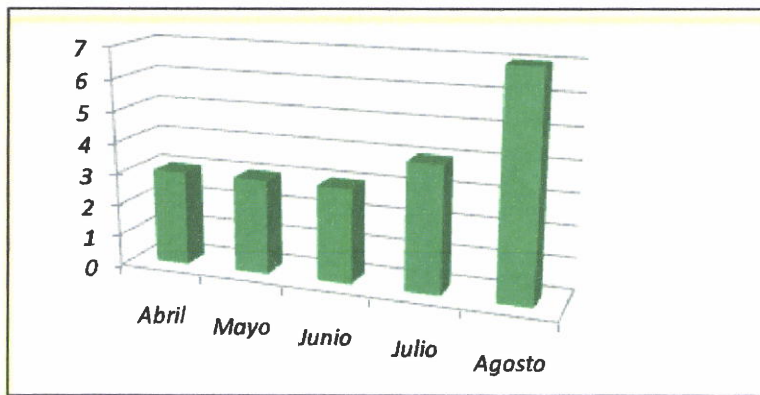
- Realizar una intervención psicológica inmediata en la situación de catástrofe (primeros auxilios psicológicos), fundamental dada la dimensión y el gran impacto psicológico que sufren las víctimas y familiares de las comunidades en mención.
- Dar seguimiento psicológico a los afectados después de la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

4.4. Presentación de resultados

4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1

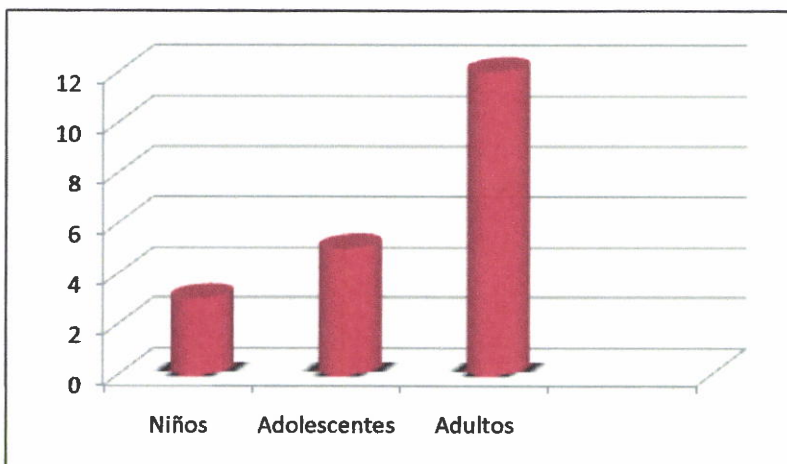
En esta gráfica se detalla los casos atendidos por mes.



Fuente: propia

Gráfica 2

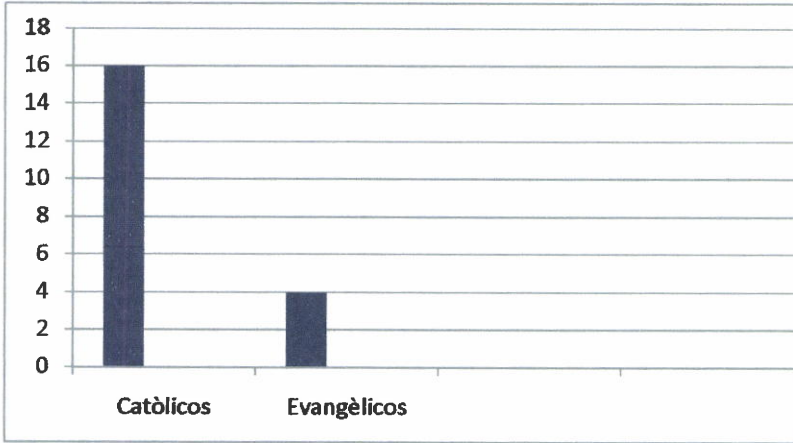
Número de casos atendidos por rango de edad.



Fuente: propia

Gráfica 3

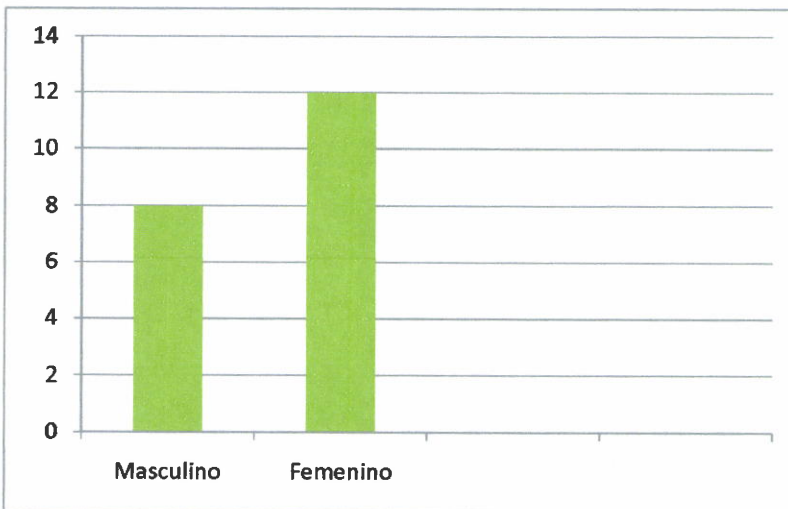
Número de casos atendidos según creencias religiosas



Fuente: propia

Gráfica 4

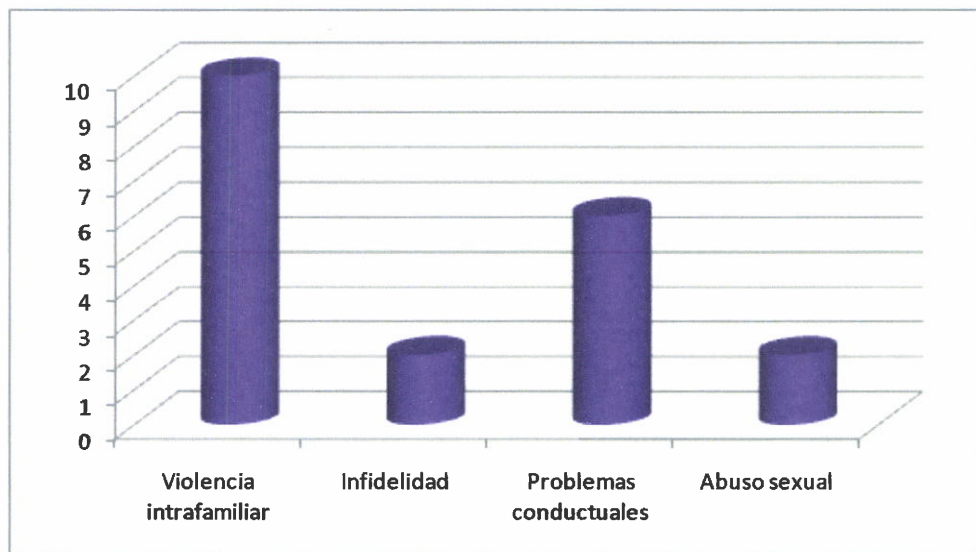
Número de casos atendidos según género



Fuente: propia

Gráfica 5

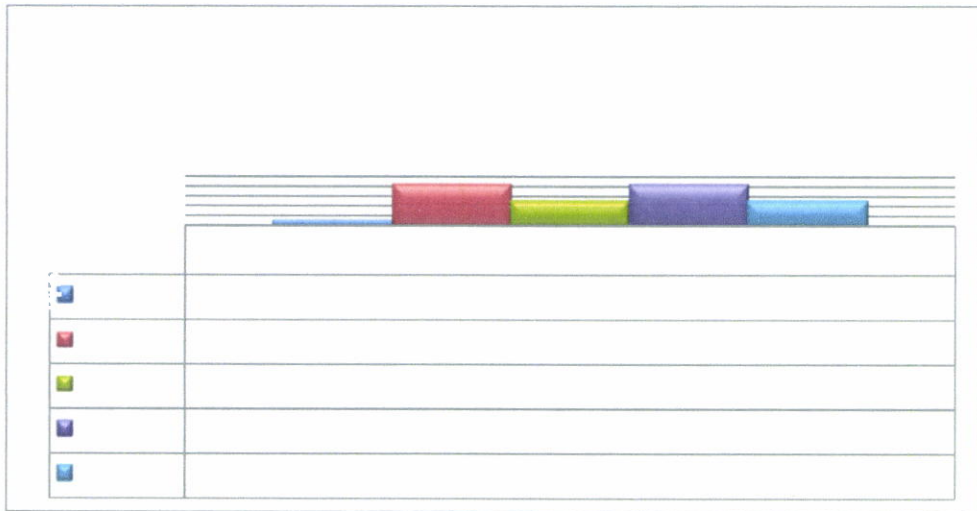
Número de casos atendidos por tipo de problema



Fuente: propia

4.4.2 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 6

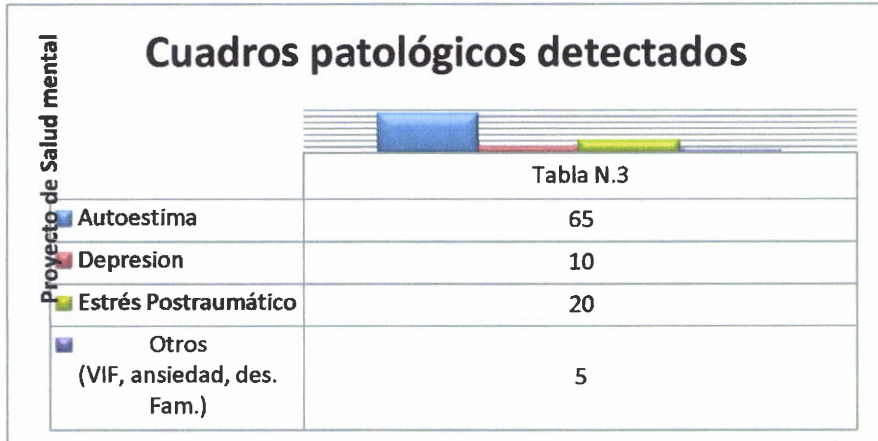


Gráfica 7



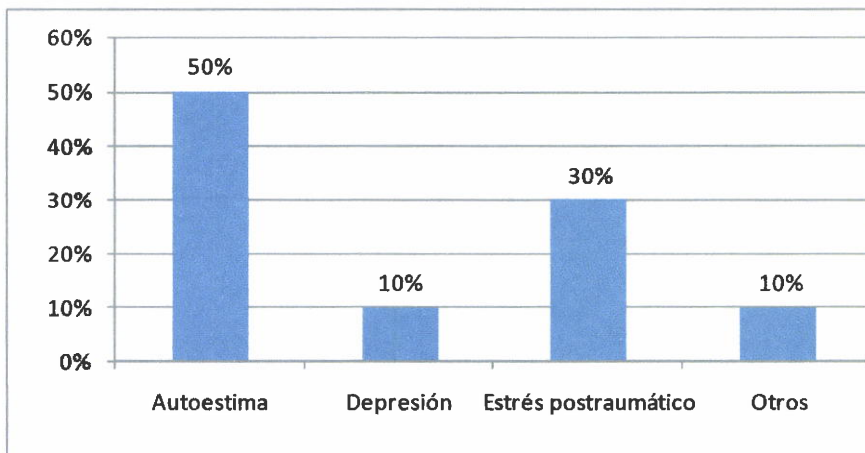
Fuente: propia

Grafica 8



Fuente: propia

Grafica 9



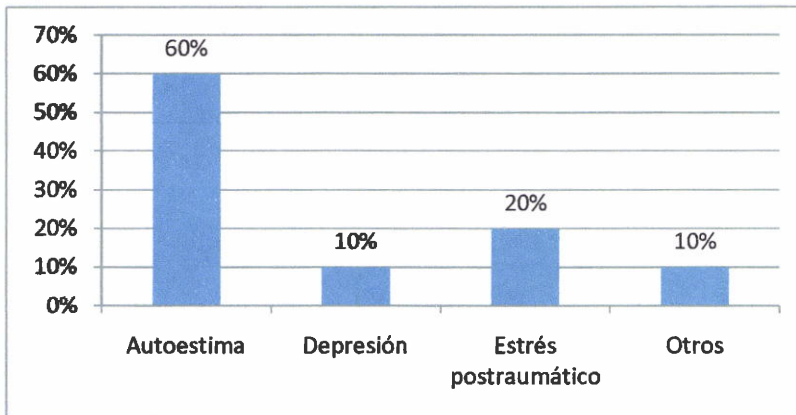
Fuente: Propia

Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

Niños:

- Autoestima: 50%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 30%
- Otros: 10%

Grafica 10

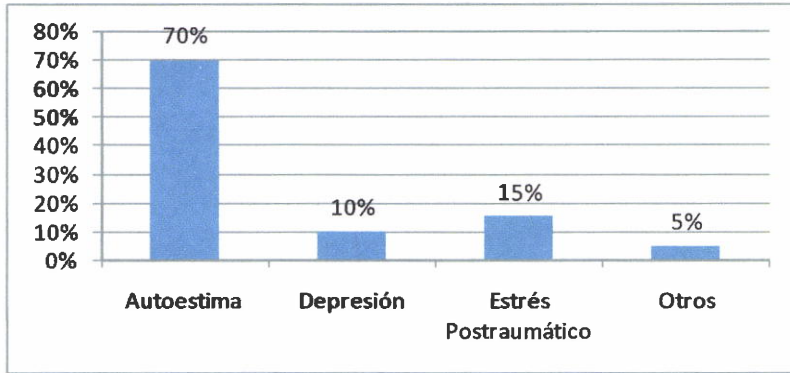


Fuente: Propia

Jóvenes:

- Autoestima: 60%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 20%
- Otros: 10%

Grafica 11

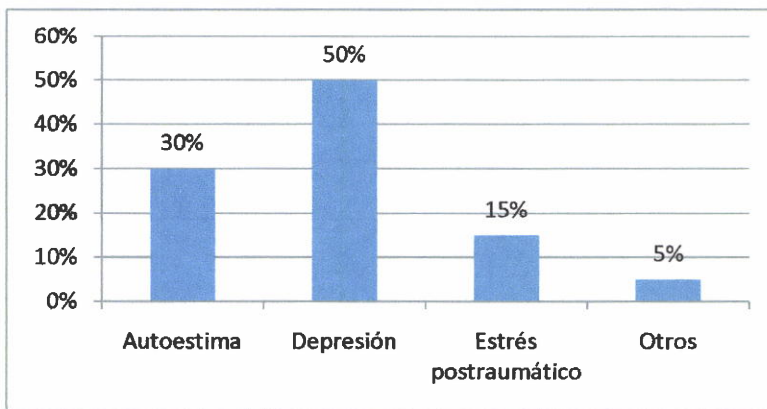


Fuente: Propia

Mujeres:

- Autoestima: 70%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%

Grafica 12



Fuente: propia

Hombres:

- Autoestima: 30%
- Depresión: 50%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%

4.4.3 Anàlisis de datos

1. En la gràfica 1 se observa la cantidad de personas atendidas por mes, esto da muestra del número de personas que fueron beneficiadas durante la labor del practicante.
2. En la gràfica 2 se observa las edades de las personas atendidas, se puede observar que en su mayoría eran adultos los que se atendieron lo cual es muy positivo porque por medio de esta atención puede mejorar la calidad de vida en el futuro de las mujeres, y esto no le resta importancia a las otras edades que también fueron tratadas.
3. En la gràfica 3 se observan las religiones, esto es importante a la hora de la atención psicológica pues se debe tomar en cuenta la cosmovisión del paciente para poder proporcionarle herramientas desde su perspectiva; predomina la religión catòlica de nuestro país la cual domina en la población.
4. En la gràfica 4 se observa el sexo de las personas atendidas predomina el sexo femenino como se mostró en la gràfica.
5. En la gràfica 5 se muestran los principales problemas atendidos, con violencia intrafamiliar que causan problemas emocionales en los individuos y sus familias y allí la importancia de la labor.
6. En la gràfica 6 se muestra el número de personas atendidas en el proyecto de salud mental que fueron beneficiadas en esta actividad.

7. En la gràfica 7 se muestra el nùmero de personas atendidas según necesidades y especialidades mèdicas.
8. El la gràfica 8 al 12 se muestra los principales cuadros patològicos, en adolescentes, mujeres y hombres que fueron atendidos en esta labor.

Conclusiones

- ✓ Se detallo una investigación de campo y teórica, basada en la experiencia y conocimiento de las distintas técnicas y métodos utilizados dentro la Práctica Profesional Dirigida correspondiente al quinto grado de la Licenciatura en Psicología y Consejería social, fue realizada en el Municipio de San Juan Comalapa, Chimaltenango, en el Centro de Atención Permanente (CAP.).
- ✓ El objetivo principal de la Práctica Profesional Dirigida se basó en beneficiar a esta institución poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante los cinco años de la carrera.
- ✓ Con la finalidad de ayudar y brindar apoyo emocional y psicológico a todo aquel que así lo solicitó, se realizó una serie de acciones determinadas a través de técnicas, métodos, planes y procesos psicológicos enfocados desde diferentes perspectivas según las necesidades del paciente.
- ✓ La pobreza y la poca comunicación determina en gran medida la violencia intrafamiliar que afecta las áreas cognoscitivas y afectivas.

Recomendaciones

1. A nuestras autoridades se les recomienda, usar el presente material para la difusión de las técnicas que pueden ser aplicadas en problemas de violencia intrafamiliar.
2. Se sugiere a los catedráticos y asesores de programas educativos, la discusión, de técnicas que pueden aplicarse para ayudara a minimizar el problema que las mujeres y sus familias atraviesan hoy en día, atreves de capacitaciones de la violencia intrafamiliar.
3. Se le recomienda las autoridades educativas contar con un área de atención psicológica dentro del plantel de estudios siendo una de las principales bases para el desarrollo individual y social del estudiante.

Referencias

- Charles G. Morris y Albert A (1978). *Maisto. Psicología General* (12º. Edición).
- Carmelo Moneder. (2005). *Psicopatología General* (Segunda Edición).
- Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
- Belloch , A y Sandísn B.(1,997) *Manual de Psicopatología*, volumen I,España: Mcgraw-Hill.
- Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
- Bolaños E. María del Carmen. “*Educación Afectivo sexual en la educación infantil*”.España.
- González J.J (1999). *Psicoterapia de Grupo: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*.
- Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prestice-Hall.
- Bolaños E. María del Carmen. “*Educación Afectivo sexual en la educación infantil*”.España
- Enciclopedia Microsoft Encarta (2009). *Microsoft Corporation, USA*.
- Enciclopedia Multimedia Microsoft Encarta Delux (2001). Microsoft Corporation, USA

ANEXOS

Anexo 1

Horas de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha	Horas de horas
Primer contacto con las autoridades, presentación y conocer las instalaciones del centro de practica	Del 02 al 04 de abril 2010	12 horas
Diagnostico Institucional	Del 09 al 18 de abril	24 horas
Inicio de atención	Del 23 de abril al 07 de mayo 2010	28 horas
Atención de casos y seguimiento	Del 09 al 16 de mayo del 2010	24 horas
Participación en reunión de Equipo Técnico		
Atención y seguimiento de casos	Del 21 al 30 de mayo 2010	24 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 04 al 27 de junio	39 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 02 al 30 de julio 2010	56 horas
Participación en reunión de equipo técnico		
Atención y seguimiento de casos	Del 01 al 29 de agosto 2010	52 horas
Participación en reunión de Equipo Técnico		
Despedida del centro de practica		
Total de horas de practica		259

VoBo: _____

Dr. José Florencio Simón Caná
 Coordinador y Director del CAP



VoBo: _____

Licda. Sonia Pappa
 Asesora de Práctica Profesional Dirigida

Anexo No. 2

Planificación mensual de actividades



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Educación
Licenciatura en Psicología y Consejería Social

Informe Mensual de Practica Profesional Dirigida

Lugar: Centro de Atención Permanente San Juan Comalapa

Fecha: Abril a Agosto 2010

Nombre del Alumno (a) Marta Lidia Aguilar

Total de Horas que asistió Al Centro de Práctica:

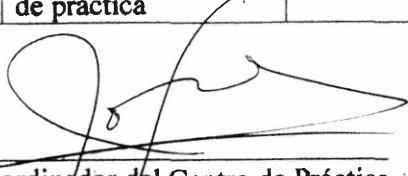
Fecha	Actividades	Recurso e instrumentos utilizados	No. De casos individuales atendidos	Problemas principales que presentaron las personas atendidas	Temas o contenidos aprendidos	Obstáculos
02-04-2010 y 04-04-2010	Presentación en el Centro de practica Conocer las instalaciones y servicios.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Conocer la estructura del Centro de Practica	Ninguno
09-04-2010 y	Apoyo en recepción de pacientes	Ninguno Agenda	Ninguno	Ninguno	Fichas clínicas de los pacientes	Ninguno

11-04-2010	Participación en reunión de equipo técnico Elaboración de diagnóstico institucional	Documentos del centro de práctica.			Conocer la personal del Centro de practica Conocer visión misión y objetivos del centro de practica	
16-04-2010 18-04-2010	Elaboración Diagnóstico institucional Atención de caso individual	Organigrama del centro de practica Entrevista	Dos	Violencia intrafamiliar	Funcionamiento del personal Conocer el tipo y numero de población que atiende	Poca asistencia de casos referidos
23-04-2010 y 25-04-2010	Apoyo en recepción de pacientes Apoyo en recepción de pacientes Seguimiento de caso anterior	Examen mental Entrevista	Ninguno	Ninguno	Fichas clínicas de los pacientes	Casos referidos no se hicieron presentes
30-04-2010 y 07-05-2010	Apoyo en recepción de pacientes Seguimiento de caso anterior y atención de nuevo caso	Entrevista Examen mental Grabadora CD música de relajación	Cuatro	Violencia intrafamiliar Depresión	Como influye negativamente la problemática Que hacer ante la problemática	Inasistencia de casos referidos
09-05-2010 y 14-05-2010	Apoyo en recepción de pacientes Seguimiento de caso Atención nuevo caso	Entrevista Examen mental Grabadora CD música de	Cinco	Ansiedad y depresión	Como influye negativamente la problemática	Inasistencia de casos referidos


		relajación				
21-05-2010 y 16-05-2010	Apoyo en recepción de pacientes Seguimiento de caso anterior y atención de nuevo caso	Entrevista Examen mental Historia clínica Grabadora	Tres	Problemas conductuales en niños Violencia intrafamiliar	Como influye negativamente la problemática	Inasistencia de casos referidos por falta de tiempo
21, 23 05-2010 y 30-05-2010	Apoyo en recepción de pacientes Participación en reunión de equipo técnico	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Casos referidos no se hicieron presentes
04-06-2010 y 06-06-2010	Apoyo en recepción de pacientes y atención de nuevos casos	Entrevista Examen mental	Dos	Infidelidad en el matrimonio Violencia intrafamiliar	La desintegración familiar a causa de la infidelidad de uno de los padres	Poca asistencia de los pacientes
11-06-2010 y 13-06-2010	Apoyo en recepción de pacientes y seguimiento de casos	Hoja de evolución Entrevista Historia clínica	Dos	Infidelidad en el matrimonio Violencia intrafamiliar	Falta de comunicación y comprensión en la hogar	Ninguno
18-06-2010 y 20-06-2010	Apoyo en recepción de pacientes y atención de nuevos casos	Entrevista Examen mental	Dos	Abuso Sexual Problemas conductuales	Falta de atención y comunicación hacia los hijos	Ninguno
25-06-2010 y 27-06-2010	Apoyo en recepción de pacientes y seguimiento de casos	Hoja de evolución Entrevista Historia clínica Test de la figura humana	Tres	Abuso Sexual Problemas conductuales Infidelidad en el matrimonio	Secuelas de la problemática en los niños, baja auto estima ansiedad	Ninguno

02-07-2010 y 04-07-2010	Apoyo en recepción de pacientes, atención de nuevos casos y seguimiento de casos	Entrevista Examen mental Test de la familia	Cuatro	Abuso sexual Problemas conductuales Violencia intrafamiliar	Causas y consecuencia del alcoholismo	Ninguno
09-07-2010 y 11-07-2010	Apoyo en recepción de pacientes, atención de nuevos casos y seguimiento de casos	Hoja de evolución Entrevista Historia clínica Test de la figura humana	Cuatro	Ansiedad en las personas diabéticas	Mal manejo de la enfermedad	Ninguno
16-07-2010 y 18-07-2010	Apoyo en recepción de pacientes y seguimiento de casos	Hoja de evolución Entrevista Historia clínica	Tres	Mal manejo en la enfermedad	El apoyo o indiferencia de la familia hacia las personas diabéticas	Ninguno
23-07-2010 y 25-07-2010	Apoyo en recepción de pacientes y seguimiento de casos	Hoja de evolución Entrevista Juguetes Rompecabezas	Tres	Falta de interesen el estudio debido ala ansiedad en los niños	Que los padres le dedique mas tiempo a los hijos	Ninguno
30-07-2010 y 01-08-2010	Apoyo en recepción de pacientes, atención de nuevos casos y seguimiento de casos	Entrevista Hoja de evolución	Cuatro	Depresión debido a la enfermedad	La importancia de conocer los signos y síntomas de la enfermedad	Ninguno
06-08-2010 y 08-08-2010	Apoyo en recepción de pacientes, atención nuevos casos y seguimiento	Entrevista Examen mental Historia clínica Juego de memoria	Seis	Problemas conductuales en adolescentes	Descuido de los padres en las actividades de los hijos	Ninguno
13-08-2010 y	Apoyo en la recepción de	Entrevista Examen mental	Seis	Problemas conductuales por	Poca comunicación de	Ninguno

15-08-2010	pacientes Seguimiento de casos	Historia clínica Juego de memoria		en el ámbito escolar y familiar	los padres hacia los hijos, desconfianza de los hijos hacia los padres	
20-08-2010 y 22-08-2010	Apoyo en la recepción de pacientes Atención nuevos casos y seguimiento	Entrevista Examen mental Historia clínica Juego de memoria	Seis	Violencia intrafamiliar	El machismo y la discriminación hacia la mujer	Ninguno
27-08-2010 y 29-08-2010	Apoyo en la recepción de pacientes Seguimiento de casos Participación en reunión de equipo técnico Agradecimiento y despedida del centro de practica	Entrevista Examen mental Historia clínica Juego de memoria	Seis	Problemas conductuales por en el ámbito escolar y familiar Violencia intrafamiliar	Concientizar a los padres de familia la atención de los hijos y la buena comunicación entre ellos, toda la practica fue una experiencia muy buena, ya que hay mucha necesidad en la comunidad	Ninguna


Vo.Bo Coordinador del Centro de Práctica
Dr. José Florencio Simón




Vo.Bo Coordinadora
Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

Anexo 3

Formatos utilizados

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL



Examen mental

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Lugar: _____

I. Porte, comportamiento y actitud

- Apariencia general y actividad psicomotora.
- Molestias y maneras de manifestarlas.
- Actitud hacia el médico y hacia el examen.

II. Conciencia

- Conciencia y atención.
- Orientación en el tiempo, lugar y persona.

III. Curso del lenguaje

- Velocidad y productividad del lenguaje.
- Relación entre el curso y los temas u objetivos.
- Asociaciones superficiales.
- Desorden de la asociación lógica.
- Bloqueo.

IV. Tendencias y actitudes dominantes

- Tendencias pesimistas.
- Tendencia auto-acusatoria y de auto-depreciación.
- Tendencia expansiva.

V. Memoria, capacidad intelectual

- Remota.
- Reciente.
- Retención y memoria inmediata.
- Información general.

Anexo 4

Hoja de evaluación



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Hoja de evolución

Datos Generales:

Nombre: _____

Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Dirección: _____

Grado de escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Religión: _____

Observaciones: _____

Anexo N0. 5

Evaluación de Práctica Dirigida



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Evaluación de Practica Profesional Dirigida

Nombre del Centro de práctica: Centro de Atención Permanente (CAP)

Dirección: 5ta avenida 0-44 zona 4 San Juan Comalapa Chimaltenango

Director: Dr. José Florencio Simón Canà

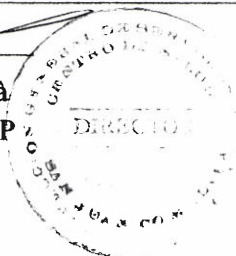
Nombre de la alumna: Marta Lidia Aguilar Zil

Fecha: Septiembre 2010

No.	Aspectos a calificar	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1	Puntualidad				✓
2	Asistencia				✓
3	Iniciativa				✓
4	Creatividad			✓	
5	Actitud ética				✓
6	Conocimientos			✓	
7	Aplicación de técnica				✓
8	Relaciones interpersonales				✓
9	Apoyo a la institución			✓	
10	Atención de casos especiales			✓	

Observaciones _____


Dr. José Florencio Simón Canà
Coordinador y Director del CAP





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

Guatemala, febrero de 2010

Dr. José Simón Cana
Director Centro de Salud
San Juan Comalapa
Chimaltenango

Respetable Doctor:

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

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

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

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica


Dra. Thelma Sanchez
Coordinadora Sede Chimaltenango

M. Sc. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano Facultad de Ciencias Educación







MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCION AREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO

6ta. Avenida 9-26 Zona 1

Telefax: 7839-2123 7839-1964 7839-7512

San Juan Comalapa marzo de 2,010

Lic. Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Chimaltenango

Reciba por este medio un atento y respetuoso saludo de parte de la Dirección del Centro de Atención Permanente de este municipio.

A la vez manifestarle que este Servicio de Salud no tiene ningún inconveniente en aceptar la presencia de la estudiante de quinto año de la carrera de Psicología de esa Universidad de realizar la práctica profesional, por lo que con mucho gusto estaremos apoyándola en lo necesario y a la vez agradecerle a usted y a la mencionada por el apoyo que nos brindará en la prestación de este Servicio.

Sin más que manifestar por el momento, reitero mi saludo inicial y quedo de usted como su atento Servidor.


Dr. José Florencio Simón Canà

Coordinador de Distrito de Salud y Director del CAP

Dr. José Florencio Simón Canà

MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 9309



C.c. Archivo
interesada

