

BIBLIOTECA UPANA I. 17939 C.2
100.00
20 JUL 2011

PPD-ED-89
M572
C 2

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



**Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en el Centro de
Salud del municipio de Tecpán Guatemala del departamento de
Chimaltenango.**

(Informe de Práctica Profesional Dirigida)



Lea Elizabeth Mes Guitz

Chimaltenango, marzo de 2011

**Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en el Centro de
Salud del municipio de Tecpán Guatemala del departamento de
Chimaltenango.**

(Informe de Práctica Profesional Dirigida)

Lea Elizabeth Mes Guitz (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango, marzo de 2011

DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

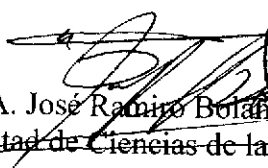
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA


ASUNTO: **Lea Elizabeth Mes Guitz** 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. 013 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 delectada en pacientes atendidos en el Centro de Salud del municipio de Tecpán Guatemala 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: **Lea Elizabeth Mes Guitz** 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 Novera
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 Salud de Tecpán Guatemala, presentado por la estudiante

Lea Elizabeth Mes Guitz

quien se identifica con número de carné 0601792 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, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, a los veinticuatro días del mes de marzo 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 Salud del municipio de Tecpán Guatemala del departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Lea Elizabeth Mes Guitz**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Karen Dubón
Revisor (a)

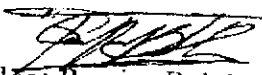



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante tutto, adquirere sapientiam"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION. Guatemala a los treinta días del mes de marzo del dos mil once.-----

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en el Centro de Salud del municipio de Tecpán Guatemala del departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Lea Elizabeth Mes Guitz**, 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
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación



Contenido

Resumen	01
Introducción	02
Capítulo 1	
Introducción	03
Descripción de la institución	03
Capítulo 2	
Introducción	07
2.1 Violencia intrafamiliar	08
2.1.1 Tipos de violencia	08
2.1.2 Causas de la violencia intrafamiliar	10
2.1.3 Consecuencias de la violencia intrafamiliar	11
2.2 Psicopatología	13
2.2.1 Definición de psicopatología	14
2.2.2 Modelos que explican la psicopatología	16
2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos	17
2.3 Métodos de psicodiagnóstico	41
2.3.1 Instrumentos útiles en el psicodiagnóstico	43
2.3.2 Manuales de diagnóstico	61
2.4 La psicoterapia	70
2.4.1 La interacción terapéutica	72
2.4.2 Resistencia al cambio terapéutico	73
2.4.3 Competencias de la psicoterapia	74
2.4.4 Modelos de la psicoterapia	78
2.4.5 Formas de psicoterapia	87
2.4.5.1 Psicoterapias psicoanalíticas	87
2.4.5.2 Psicoterapias conductistas	91
2.4.5.3 Psicoterapias humanísticas	97
2.4.5.4 Psicoterapias sistemáticas	107
2.4.5.5 Psicoterapias alternativas	108
Conclusiones	118
Capítulo 3	119
Introducción	
3.1 Programa de estudio del curso Práctica Profesional Dirigida	119
3.2 Calendarización o cronograma de actividades y valoración del curso	123
3.3 Planificación de práctica profesional dirigida	127

3.4 Subprogramas	130
3.4.1 Programa de atención de casos	130
3.4.2 Programa de capacitación de violencia familiar	131
3.4.3 Programas de capacitación	133
3.5 Proyecto de salud mental	135
Capítulo 4	
Presentación de resultados	
4.1 Introducción	138
4.1.1 Logros	138
4.1.2 Limitaciones	138
4.1.3 Conclusiones	139
4.1.4 Recomendaciones	139
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos (Presentación de Historias Clínicas)	140
4.2 Presentación de contenido de charlas y talleres	154
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	156
4.3.1 Logros	156
4.3.2 Limitaciones	156
4.3.3 Conclusiones	156
4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental	157
4.4 Presentación de resultados	166
Análisis de datos	169
Conclusiones	170
Referencias	171

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 ejecutó 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.

Introducción

En el presente informe se detalla cada uno de los pasos que se realizaron durante la práctica profesional dirigida que se llevó a cabo en el Centro de Salud de Tecpán Guatemala Chimaltenango. Se presentan conocimientos requeridos para terminar con éxito la Práctica Profesional Dirigida requerida como uno de los requisitos de egreso dados por la Universidad en último año de la carrera de Psicología y Consejería Social.

En el informe también se dan a conocer los datos generales de la institución donde se llevó a cabo la Práctica Profesional Dirigida, en el marco conceptual se detallan los principales trastornos que se diagnosticaron en los pacientes que acudieron a las terapias.

En esta fase de la práctica se realizaron varias técnicas aprendidas durante el curso de práctica, implementando los métodos y los modelos aprendidos para llevarlos a cabo en la fase de la práctica con los pacientes que asistieron al centro.

Cada una de las vivencias en el centro fue de mucha satisfacción personal, y enriquecimiento profesional en mi carrera como futura psicóloga.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

La Práctica Profesional Dirigida correspondiente al quinto grado de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social fue realizada en un Puesto de Salud Público. Dicho centro de salud está ubicado en el barrio Patacabaj de Tecpán Guatemala Municipio del Departamento de Chimaltenango, lugar donde se prestó el servicio de psicología a la población tecpaneca.

1.1. Descripción de la institución

Nombre de la institución: centro de salud Tecpán Guatemala

Dirección: barrió Patacabaj Tecpán Guatemala

Nombre del director: Francisco Rene Nájera Rivas

Nombre del encargado social: Roberto Romeo Vásquez Rivera

Tipo de institución según su funcionamiento: publica

Tipo de institución según el servicio: abierta

Tipo de institución según el área geográfica: local

En el año de 1964 comenzó a funcionar en Tecpán Guatemala un consultorio municipal estando a cargo don Carlos Duque Delgado, estando también doña Consuelo Lara de Rosales y doña Claudia Rosa Rivera de Corado quienes comenzaron a trabajar como ayudantes del consultorio. En el año de 1965 el Centro de Salud comenzó con personal estando el Dr. Barahona de Medico Director, a cada persona se le cobraba 0.25 centavos para comprar enseres de limpieza ya que no funcionaba formalmente como centro de salud sino como un consultorio al servicio de la población tecpaneca.

El centro de salud de Tecpán Guatemala empezó a construirse en el año de 1974 y cuya obra fue entregada en 1978. Administración LAUGERUD obra construida por MINISCOP D.G. de O.P. con la ayuda del BID quien aporó Q. 25 millones de quetzales para la construcción.

1.2 Misión

Ampliar y fortalecer la infraestructura, equipamiento básico y dotación de insumos para el beneficio de la población y así mejorar el acceso a los servicios de salud, logrando una atención de calidad y que se garantice la continuidad del proceso asistencial.

1.3 Visión

Que la población tecpaneca goce de una mejor salud integral y tenga un índice mínimo de enfermedades.

1.4 Organigrama del centro de salud de Tecpán Guatemala



1.5 Objetivos

- Garantizar a la población menores recursos una atención en salud gratuita, universal y de calidad.
- Reducir las tasas de mortalidad materna e infantil.
- Contribuir a la reducción de la desnutrición infantil
- Reducir la incidencia de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores, zoonóticas y crónicas degenerativas.
- Garantizar la accesibilidad a medicamentos de calidad, seguros y eficaces.

1.6 Población que atiende

Atiende una población en general de 22,619 entre hombres, mujeres y niños de escasos recursos y son atendidos en un horario de 8:00 A.M a 5:00 P.M, cinco días de la semana.

1.6.1 Descripción de la población

Programas con los que cuenta el centro de salud de Tecpán Guatemala

Salud Integral Niñez y Adolescencia

- Niñez, adolescencia.

Salud Reproductiva

- Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA, otros.

AIEPI

- Enfermedades Inmuno Prevenibles, infecciones respiratorias agudas, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, seguridad alimentaria nutricional, salud y ambiente, salud materno neonatal.

Enfermedades Transmitidas por Vectores

- Dengue, malaria, oncocercosis, leishmaniasis, chagas, rabia y otras zoonóticas, tuberculosis, accidentes y violencia, enfermedad buco dental, enfermedades degenerativas (cáncer, cardiovasculares y diabetes) salud mental, atención a grupos específicos, migrantes, salud laboral, laboratorio, AIEPI AINM-C, participación y organización comunitaria, coordinación intersectorial.

1.7 Planteamiento del problema

Las personas que asisten al centro de salud de Tecpán Guatemala, generalmente son víctimas de Violencia Intrafamiliar los cuales son miembros de hogares desintegrados, lo cual afecta de manera psicológica y fisiológica. Y a consecuencia de esta situación son referidos al Departamento de Psicología de dicho centro.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

En este capítulo se presentan temas de importancia en el área de la psicología. Algunos de estos temas fueron investigados para atender con eficacia a los pacientes que son referidos al Departamento de Psicología del Puesto de Salud de Tecpán Guatemala, Durante la Práctica Profesional Dirigida.

2.1 Violencia Intrafamiliar

Es cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro, este abuso incluye maltrato físico, psicológico o de cualquier otro tipo, se considera que existe violencia intrafamiliar en un hogar, si hay una actitud violenta repetitiva, no por un solo hecho aislado, la víctima es cualquier persona considerada cónyuge del agresor o que haya convivido de alguna manera con él, podría ser hacia un conviviente actual o ex pareja, entre padres de un hijo común, o hacia un pariente consanguíneo hasta el tercer grado, se tiene que destacar que dentro de la violencia intrafamiliar están considerados el maltrato infantil.

La violencia hacia el adulto mayor, hacia minusválidos y entre cónyuges, este último tipo de maltrato el más común es de parte de los hombres hacia las mujeres; sin embargo, existen también algunos casos de violencia de mujeres hacia hombres. Los tipos de actos considerados como parte de la violencia intrafamiliar son golpes o incidentes graves, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, control de actividades, abuso sexual, aislamiento, prohibición de trabajar fuera de casa, abandono afectivo, humillación y no respeto de opiniones. Todos estos tipos de maltratos se pueden clasificar en físicos, si se atenta contra el cuerpo de la otra persona; psicológicos, si existe el intento de causar miedo, la intimidación o cualquier tipo de insulto,

descalificación o intento de control; sexuales, si hay un acto sexual impuesto o en contra de la voluntad de la víctima; y económicos, si no se cubren las necesidades básicas de la persona.

Se considera que si en una pareja o familia, con menos de cinco años de convivencia, han habido al menos tres ocasiones de agresión, esa pareja o familia puede estar viviendo violencia intrafamiliar. Como una manera de reconocer si una persona es violenta, se debe identificar si la persona no es capaz de controlarse en una situación de diferencias de opinión. Si la persona reacciona con gritos o golpes para defender su postura, entonces se puede hablar de un agresor.

Los factores que se consideran como causas de que una persona sea violenta, se asocian principalmente al aspecto psicológico y al social. El agresor, generalmente no tiene capacidad de autocontrol y actúa impulsivamente. Lo anterior puede deberse a experiencias infantiles de violencia que dejaron secuelas en el individuo; también existe la posibilidad de que sea causa de la presión social y el estrés. Los asuntos económicos también pueden ser una causa importante de tensión que genera violencia. Una teoría afirma que cuando algunos hombres no son capaces de generar suficientes ingresos para mantener a su familia, surge en ellos una actitud violenta para demostrar hombría de esa manera, no habiendo podido hacerlo de la otra.

Otra teoría expone que mientras más equilibrado sea el poder del hombre y de la mujer en la familia, o el nivel de preparación de ambos, hay menos riesgos de violencia intrafamiliar. Otros factores incluyen el uso excesivo del alcohol, enfermedades mentales, autoritarismo y otros. Tanto el hombre como la mujer son responsables de violencia intrafamiliar. Mientras el hombre es más propenso a maltratar físicamente, la mujer lo hace psicológicamente. De todas maneras, el porcentaje es mucho mayor de parte de los hombres.

2.1.1 Tipos de violencia

- a) **Violencia física:** es toda acción que implique el uso de la fuerza contra otra persona, se realiza directamente contra el cuerpo, y consiste en golpes, patadas, pellizcos, lanzamiento de objetos, empujones, cachetadas y cualquier cosa que atente contra la

integridad física, ya sea que produzca marcas o no en el cuerpo. Inclusive existen casos homicidios en este tipo de violencia.

b) Violencia psicológica o moral: es toda aquella que se usa para bajar la autoestima, y no tener ganas de nada. Esta se divide en:

- Violencia verbal: es la forma de violencia psicológica que se da cuando una persona insulta, ofende a otra persona.
- Violencia emocional: es todo acto que realiza una persona contra otra, ya sea para humillarla y controlarla, por medio de amenazas.

c) Violencia sexual: es toda acción que implique el uso de la fuerza, soborno, chantaje, intimidación o la amenaza para hacer que otra persona lleve a cabo un acto sexual u otras acciones sexuales no deseadas; por ejemplo: cuando una persona es obligada a tener relaciones sexuales cuando no quiere. De esta violencia se distinguen:

- Abuso sexual: es la que se comete cuando una persona realiza sobre el cuerpo de otra persona, que no da su consentimiento para ello, contactos tales como tocamientos, que hacen que la persona se sienta mal, triste y no solo esto, sino también cuando se obliga a la persona a que se desnude y se exhiba.
- Acoso sexual: es cuando una persona hace proposiciones de contenido sexual a una persona que se incomoda por esto. Se dicen cosas como irse a la cama para tener sexo, pero con otras palabras más vulgares.
- Estupro: ocurre cuando se viola o abusa sexualmente por medio de engaños y abuso de confianza, puede ser cuando un familiar viola a un menor o a cualquier persona, y se lleva a la víctima a un lugar, ya sea un cuarto, una casa, el carro, etc., diciéndole que van a un lugar a jugar, comprar algo o ir a acompañarle.
- Pornografía: es cuando a alguien se le obliga a desnudarse y/o tener actos sexuales y ser fotografiado o tomado en video ya sea a la fuerza o no. Esta actividad de violencia es el sacar de lo privado escenas reales o supuestas inverosímiles o

absurdas que muestran el cuerpo humano desnudo, con fines de lucro o morbo. Se muestran escenas ya sea de personas desnudas o teniendo relaciones sexuales.

- Prostitución: Es la práctica sexual o coito realizados con fines de lucro o mediante el pago de un precio. Como violencia intrafamiliar es cuando se hace esta actividad, pero no se le paga a la persona, sino a una persona que se le podría llamar jefe y que tiene a su disposición un grupo de personas y las ofrece a otras.
- Prostitución infantil: Es cuando un individuo tiene relaciones sexuales con niños o niñas, y puede ser parte de su familia, como un hijo, sobrinos, hermanos, nietos, etc.

d) Violencia patrimonial: este tipo de violencia es aquella que va en contra de los bienes y pertenencias de una persona, como destruir la ropa, quemarla, esconder la correspondencia, etc., aunque el mismo agresor se hace daño haciéndolo, ya que puede esconder los recibos telefónicos y ya no paga, pero le suspenden el servicio teniendo que pagar la reinstalación o si quema la ropa tiene que volver a comprar otra. Otra forma de esta violencia es el esconder y destruir documentos personales como actas de nacimiento, credenciales, certificados de estudio, pasaportes, etc., en ello, no sólo lo hace el marido para que no se vaya su esposa, sino que también lo puede hacer algún familiar, como la mamá, la suegra, los hermanos, etc.

2.1.2 Causas de la violencia intrafamiliar

Existe una raíz cultural histórica, durante mucho tiempo la sociedad ha sido muy machista, el hombre ha creído que tiene el derecho primario a controlar, a disciplinar con severidad, incluso a abusar de la vida de la mujer y de los hijos. Eso ha sucedido bajo la apariencia del rol económico del hombre, proveedor de la alimentación. El modelo presente de la sociedad está reforzando el uso de la fuerza para resolver los problemas. El abusador usa la fuerza física, para mantener el poder y el control sobre la mujer o algún otro miembro de la familia, ha aprendido que la violencia es efectiva para obtener el control.

Otra causa de este problema son los medios de comunicación. En la televisión la violencia es glorificada, los estereotipos que se presentan son de violencia sexual. Cuando un marido por la fuerza tiene relaciones sexuales con su esposa, eso se llama violencia sexual, porque la mujer también tiene derecho a decir que no. En muchos casos, también la violencia doméstica está íntimamente relacionada con el alcohol y las drogas. Lo que sucede cuando una persona consume drogas o se emborracha, en una parte del cerebro se tiene los centros vitales, comunes con los animales y allí está el centro de la agresividad o del instinto agresivo, todos los hombres y las mujeres lo tienen, pero en la persona normal, esos centros se comunican con la parte consciente del hombre, lo cual diferencia al hombre del animal.

Como los hijos imitan a padres, se da con frecuencia que quienes en la niñez fueron testigos de abusos físicos entre sus padres, repiten la misma conducta cuando llegan al estado adulto. Aprendieron que los problemas y conflictos se afrontan con la fuerza bruta. Ese aprendizaje negativo se arraiga tanto que muchas veces pasa de generación en generación. Si a esto se añade la "glorificación" de la violencia en los medios de comunicación, se puede entender el por qué muchos seres humanos recurren a la violencia, a veces con una frialdad que asusta más que el mismo acto violento.

2.1.3 Consecuencias de la violencia intrafamiliar

La violencia con la que se ha sido formado y con a sé aprendió a convivir, en ocasiones lleva a hacer cosas que:

- Afectan la salud y la vida. Un ejemplo de esto se encuentra en el uso de drogas y en el abuso del alcohol que se utiliza muchas veces para olvidar.
- Ponen en riesgo la vida a través de conductas imprudentes y arriesgadas.
- Afectan a otros hombres, como son pleitos con armas y sin ellas, golpizas, etc., que pueden llegar hasta provocar la muerte.
- Se dirige contra las mujeres u otras personas a las que se creen más débiles.
- Conducen o pueden producir la muerte, como son el suicidio, los accidentes automovilísticos o la provocación a pelear con armas.

a) El divorcio

Disolución, a efectos civiles, del matrimonio tanto canónico como civil. La mayor parte de las causas de divorcio se deben al cese efectivo de la convivencia conyugal durante cierto tiempo, cese que ha de ser efectivo e ininterrumpido, y cuyo cómputo se iniciará a partir de la sentencia de separación o sin necesidad de que se dicte dicha sentencia. La violencia intrafamiliar que es un grave problema que afecta a una gran cantidad de familias en el país provocado por el machismo y algunos otros aspectos que ya se tocaron en el párrafo anterior; muchas veces trae consigo otros problemas como son la desintegración familia o el divorcio, que afecta gravemente las emociones de los niños en caso de que existan y si no los hay de cualquier modo afecta los sentimientos de la pareja al romper los lazos de afectividad que alguna vez existieron.

b) Inseguridad en los niños

Una de las cosas muy importante que se debe tomar en cuenta es que la violencia sea cual sea la forma en que se manifiesta, siempre tiene consecuencias. Éstas pueden ser sobre la salud física y mental, o sobre el bienestar material de la familia. Los niños y las niñas se vuelven tristes y agresivos, no pueden asumir responsabilidades dentro de la familia o en la escuela no se asean, no estudian, no son respetuosos, etc. y se van refugiando en amistades que tienen conductas peligrosas para ellos mismos y reprobadas por la ley como el alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia. Además, esos niños y niñas se van convirtiendo en futuros agresores, porque es la única manera que conocen de convivir o de relacionarse.

Así mismo los niños pueden volverse tímidos y retraídos y se les dificultara demasiado mostrar sus sentimientos ya que en la familia se enseñó a hacer la voluntad de otros porque si no se hará uso de la violencia y como ya se dijo también se corre el riesgo de que los niños sean futuros agresores de sus familias o de las personas con las que él se relacione. Una muestra clara de la conducta de los niños es a través de los juguetes los cuales muchas veces los tratan con violencia maltratándolos diciendo exactamente las mismas palabras que su madre les dice a ellos cuando está enojada y los va a golpear, es decir la violencia es una conducta aprendida.

c) Agresividad y rebeldía en los niños

En la actualidad el concepto de lo que debe ser un hombre y una mujer ha cambiado, y en la realidad muchísimas mujeres son las que encabezan su hogar y hacen frente a todas las responsabilidades, en general, se les sigue educando para que se comporten pasivamente y para que acepten la dependencia emocional, y también la violencia en su contra. A los hombres, en cambio, se nos educa en un comportamiento activo, de ejercicio del poder aunque sea a través de la violencia. Los hijos al crecer cuestionan y buscan definirse como individuos con pensamientos propios, diferentes de los que sus padres. Los padres en ocasiones no saben cómo responder ante sus hijos, es frecuente que recuerden lo que fueron o quisieron ser y se encontraran confundidos. Surgen así la competencia, la envidia y generalmente; la lucha por el poder de dos generaciones, provocando situaciones violentas en la familia. Entonces, los niños en ocasiones aprenden la conducta agresiva de sus padres aunque también es frecuente que estos niños sepan que la violencia provoca el sufrimiento de los seres queridos dentro de la familia y se detengan a continuar con el círculo vicioso de la violencia.

2.2 Psicopatología

El término psicopatología, etimológicamente psyché psyjé: alma o razón. páthos pazos: enfermedad, logía o logos, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

- Como designación de un área de estudio: aquella área de la salud que describe y ordena los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales .
- Como término descriptivo: aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.
- Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica

y biológica, se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados no-sanos en el proceso mental. El papel del aprendizaje, análisis de la conducta Psicología conductista o cualquier otro proceso cognitivo permite explicar los estados no-sanos de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud.

El término puede ser usado para denotar conductas anormales, que sólo puede ser entendida como trastorno en la individualidad de la persona. Cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatomías, podría ser clasificada de psicopatología. Es preciso diferenciar la psicopatología con problemas orgánicos bien identificados como los problemas de atención y ánimo por hipotiroidismo de aquellos donde tales problemas son hipotéticos y el aprendizaje parece ser un agente explicativo fundamental como la depresión por causa psicológica. La psicopatología hace referencia, bien a los síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica con una clara explicación biológica, como en el caso del hipotiroidismo, o bien a los síntomas de trastornos psicológicos, o bien a estados contrarios a la salud mental mediante determinados procesos mentales.

2.2.1 Definición

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

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

precisa más información clínica. El término psicopatología puede ser usado también para denotar la conducta "anormal", pero que sólo puede ser entendida como trastorno en la individualidad de esta persona. Es decir, existe psicopatología, pero el término por sí solo, no explica el problema, sino que describe la presencia del mismo. Este enfoque suele trabajar con criterios psicopatológicos y entiende que la normalidad y anormalidad se distribuyen en un continuo, no de forma dicotómica.

En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatómicas, podría ser clasificado de psicopatología. Si bien, es preciso diferenciar la psicopatología con los problemas orgánicos bien identificados de aquellos donde tales problemas son hipotéticos y el aprendizaje parece ser un agente explicativo fundamental. Psicopatología hace referencia a los síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica con una clara explicación biológica, como en el caso del hipotiroidismo, o bien, a los síntomas de trastornos psicológicos, o a estados contrarios a la salud mental mediante determinados procesos mentales.

Los tres grandes grupos de desórdenes son: las psicosis, trastornos estructurales que implican una pérdida de contacto con la realidad y las neurosis, trastornos no psicóticos, funcionales, que normalmente no suponen una pérdida de contacto con la realidad, aunque la vida del paciente se vuelve infeliz o dolorosa, incapacitándole para ciertas tareas. Entre las patologías y cuadros sistemáticos de las neurosis se encuentran: la ansiedad aguda, las fobias, las neurosis obsesivo-compulsivas y las histerias, así como los desórdenes de la personalidad o psicopatías, que incluyen las personalidades antisociales psicópatas o sociópatas, entre otros comportamientos desviados.

Eficacia del funcionamiento psicológico, datos experimentales y clínicos confirman que la severidad del déficit psicológico y la psicopatología correlacionan de forma positiva. Cuanto más grave e intenso es el deterioro psicológico más grave es la psicopatología. Las funciones psicológicas que se evalúan son las inherentes al ser humano, es decir, son la atención, la percepción, razonamiento, aprendizaje, memoria, comunicación y la afectividad básicamente.

2.2.2 Modelos que explican la psicopatología

A. Modelo científico tradicional

Este modelo se basa en objetivos y saca conclusiones, con respecto a esos objetivos. Hay varios criterios para trabajar con un trastorno:

- Estadística: En todas las ciencias se utiliza la estadística y, por tanto, también se aplica en psicopatología. Las variables que definen la “Psicopatología” y también la psicología es la persona. Estas variables tendrían una distribución normal, en la distribución normal de la población general de referencia de esa persona. “Algo” es psicopatológico, se refiere a todo aquello que se desvía de la normalidad. Lo cual es “algo” poco frecuente y que no entra dentro de la distribución normal de una población, la cual nos sirve de referencia. Por tanto, todo lo psicopatológico es algo poco común.
- Sociales interpersonales: Para que se pueda decidir si “algo” es psicopatológico, es necesario que socialmente haya un contexto. El contexto social, puesto en común, de contextos y normativas sociales que, mayoritariamente, No obstante, el contexto social puede equivocarse, ya que es un concepto cultural.
- Subjetivo intrapsíquico psicológico: No se debe creer todo lo que cuenta el cliente, puede ser mentira. Por ejemplo, la depresión no se puede medir, pero la fiebre sí. Así, la persona puede ser consciente o inconsciente con su problema: Consciente, si es una persona que conecta con su sufrimiento. Inconsciente, si no es una persona que conecta con su sufrimiento.
- Biológicos: Son los más objetivos. La variedad es muy amplia, tales como la genética, la neurología, la bioquímica, la fisiología y otras. Todas estas disciplinas mantienen unas enfermedades psicopatológicas.
- Es la expresión de una alteración o disfunción, en la estructura biológica que la sustenta. Busca pruebas objetivas y/o físicas. Los modelos, en psicopatología, son partes de presupuestos y de modelos de salud mental, es decir, un hábeas teórico desarrollado.

B. Modelo biológico

Que dice que la causa primaria de la conducta anormal es algo que acontece en el cerebro. Las posibles alteraciones que pueden existir en el cerebro son:

- Una alteración anatómica: en el tamaño y forma de ciertas zonas del cerebro.
- Una alteración bioquímica: nuestro cerebro trabaja/ funciona bioquímicamente. Recordamos que el cerebro está formado por millones de neuronas. Si hay algún problema en la transmisión neuronal, es que hay una alteración bioquímica. Dos elementos químicos, que son el sodio y el potasio, son encargados de hacer transmitir la información entre las neuronas. {Na ++ y K -- = electricidad intersináptica}. Por exceso, o por defecto, de ciertas sustancias químicas cerebrales, provoca la alteración bioquímica.

Hay ciertas drogas, como la codeína, que bloquean este proceso. Con la cocaína, aumenta la dopamina en el cerebro del individuo y, por tanto, aumenta la euforia. Por tanto, el biológico, desde el punto bioquímico, es insuficiente, para explicar la complejidad del cerebro y lo que sucede dentro de él.

2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos

Principales trastornos psicopatológicos que son motivos de consulta en el Centro de Bienestar Social manifestados por niños y adultos.

2.2.3.1 Trastornos del estado de ánimo

A. La depresión

Es un sentimiento negativo, se derrumba la imagen propia o auto imagen, la persona se da. Asegura que no vale ni merece nada, se reprocha a sí mismo y tiene sentimiento de culpa. Es muy

común en jóvenes pero resulta altamente peligrosa si no se da un tratamiento psicológico a tiempo, pues de otro modo, la persona llega a tener pensamientos de suicidio o hasta puede llegar a tener pensamientos de quitarse la vida.

A.1 Las causas

Existen varios factores que pueden llevarte a una depresión. Están los siguientes

I Familia: cuando hay problemas entre los padres, falta de comunicación con los hijos o diferencias entre hermanos.

II Colegio: el rechazo de los compañeros de clase, la dificultad con alguna materia o disconformidades con los catedráticos.

III Amistades: se dice que las personas que nos rodean influyen mucho en nuestra forma de pensar, actuar y sentir, si se está rodeado de personas negativas y depresivas, seguramente transmitirán eso.

IV Baja autoestima: la persona no se siente bien consigo misma y rechaza su físico.

V Pérdida de valores: cuando no se tienen claros los ideales y valores, se pierde fácilmente el verdadero sentido de la vida.

A.2 Los síntomas

En la mayoría casos, la depresión surge de manera progresiva y gradual, es decir, hay síntomas silenciosos que, con frecuencia pasan inadvertidos pero que desencadenan una gran depresión cuando muere una persona querida, se divorcian los padres, se traiciona una amistad o se termina una relación amorosa. Existen algunos síntomas que si sobrepasan las dos semanas de duración, indican que el joven ha caído en una depresión peligrosa. Entre ellos están:

- Preocupación constante y bajo rendimiento escolar.
- Hiperactividad en casa y en clase.
- Apatía con los amigos.
- Pérdida de la ilusión y sentimiento de tristeza.

- Deseos de comer en exceso o falta de apetito.
- Falta de sueño
- Falta de energía y pereza.
- Irritabilidad y enojo sin motivo alguno.
- Sentimiento de culpabilidad y rechazo por considerarse poco atractivo.
- Llorar por cualquier cosa.
- La persona se siente víctima de ataques constantes.
- Piensa que nadie la comprende.

B. Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad mental que causa cambios de humor extremos. Esta afección también se conoce con el nombre de enfermedad maniaco depresiva o depresión maníaca. La causa de este trastorno puede ser un desequilibrio químico en el cerebro. El trastorno bipolar algunas veces es hereditario, es decir, ocurre en varios miembros de una familia. Si usted tiene un padre con trastorno bipolar su probabilidad de tenerlo es mayor. Tanto el hombre como la mujer pueden tener trastorno bipolar. Personas de cualquier edad pueden padecerlo.

B.1 Signos del trastorno bipolar

A veces, una persona que tiene trastorno bipolar puede sentirse muy contenta, llena de energía y con capacidad para hacer cualquier cosa. Es posible que la persona no desee descansar cuando se siente así. Esta sensación se llama manía. En otras ocasiones, la persona con trastorno bipolar puede sentirse muy triste y deprimida. La persona puede no querer hacer nada cuando se siente de esta manera. Esto se llama depresión. Las personas con trastorno bipolar pueden pasar rápidamente de manía a depresión, y de depresión a manía nuevamente.

Otros signos de manía pueden ser los siguientes:

- Sentirse muy irritable o enojado
- Pensar y hablar tan rápido que las demás personas no alcanzan a comprender lo que usted piensa
- No dormir nada
- Sentirse muy poderoso e importante
- Tener dificultad para concentrarse
- Gastar demasiado dinero
- Consumir mucho alcohol y drogas
- Tener sexo sin tomar precauciones para prevenir el embarazo o una enfermedad

Otros signos de depresión son los siguientes:

- No tener interés ni sentir placer al hacer las cosas que usted solía disfrutar, incluso el sexo
- Sentirse triste o indiferente
- Llorar fácilmente o sin razón
- Sentirse decaído o sentirse inquieto e irritable
- Sentir que usted no vale nada, o sentirse culpable
- Cambios en el apetito; cambio en su peso sin estar tratando de cambiarlo
- Dificultad para recordar cosas, concentrarse o para tomar decisiones
- Dolores de cabeza, de espalda o problemas digestivos
- Problemas con el sueño o querer dormir todo el tiempo
- Sentirse cansado todo el tiempo
- Pensar en la muerte y en el suicidio

A.2 Tratamiento para el trastorno bipolar

El trastorno bipolar se trata con medicamentos que frenan los cambios de humor. Los estabilizadores del humor se usan para equilibrar los puntos extremos de su humor. Los medicamentos antidepresivos pueden ayudar a disminuir los síntomas de la depresión. Estos medicamentos no comienzan a funcionar de inmediato, la diferencia en su humor después de unas pocas semanas. Asegúrese de tomar sus medicamentos justo como el médico le dice que lo haga.

El asesoramiento psicológico puede ayudar en el estrés, con las preocupaciones familiares y con los problemas en sus relaciones. Es importante obtener asesoramiento psicológico si usted tiene trastorno bipolar.

Algunas personas con trastorno bipolar no quieren recibir tratamiento. A menudo, no se dan cuenta de lo mucho que afecta su vida y la vida de las personas que los rodean. Además, se sienten muy productivos y poderosos durante la fase maníaca y son reacios a renunciar a esto.

2.2.3.2 Trastorno de ansiedad

Se definen las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos. El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: la huida o la lucha.

Los mecanismos, psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otros muchos agentes estresantes le rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, haciendo que el fantasma del peligro le aceche detrás de cualquier situación

inofensiva. En el caso de los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso, que se activa y previene de un peligro inexistente. Precisamente el ser humano actual está abocado a abordar el fascinante problema de cómo controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo (que se pueden manifestar psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y de ansiedad) conservando, sin embargo sus beneficios protectores.

A. Ansiedad

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

B. Trastorno de ansiedad generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire.

Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.

C. Trastorno de pánico

Entre un ataque y otro existe este pavor y ansiedad de que van a regresar. El tratar de escapar a estas sensaciones de pánico puede ser agotador. Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.

Cuando llega un ataque de pánico, lo más probable es que la persona sufra palpitaciones y se sienta sudoroso, débil o mareado. Puede sentir cosquilleo en las manos o sentir las entumecidas y posiblemente se sienta sofocado o con escalofríos. Puede experimentar dolor en el pecho o sensaciones de ahogo, de irrealidad o tener miedo de que suceda una calamidad o de perder el control. La persona puede, en realidad, creer que está sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, que está perdiendo la razón o que está al borde de la muerte.

Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Mientras casi todos los ataques duran aproximadamente dos minutos, en ocasiones pueden durar hasta 10 minutos. En casos raros pueden durar una hora o más. La persona puede en realidad creer que está sufriendo un ataque al corazón, que está volviéndose loco o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido.

Si la persona experimenta un ataque de pánico mientras usa un elevador, es posible que llegue a sentir miedo de subir a los elevadores y posiblemente empiece a evitar usarlos.

Las vidas de algunas personas han llegado a hacerse muy restringidas porque evitan actividades diarias normales como ir al mercado, manejar un vehículo o, en algunos casos hasta salir de su casa. O bien, pueden llegar a confrontar una situación que les causa miedo siempre y cuando vayan acompañadas de su cónyuge o de otra persona que les merezca confianza. Básicamente, evitan cualquier situación que temen pueda hacerlas sentirse indefensas si ocurre un ataque de pánico.

Cuando, como resultado de este mal, las vidas de las personas llegan a ser tan restringidas como sucede en casi una tercera parte de las personas que padecen de trastornos de pánico, se le llama agorafobia. La tendencia hacia trastornos de pánico y agorafobia tiende a ser hereditario. Sin embargo un tratamiento oportuno al trastorno de pánico puede frecuentemente detener el progreso hacia la agorafobia.

D. Fobias

Las fobias suceden en distintas formas. Una fobia específica significa un miedo a algún objeto o situación determinada. Una fobia social es el miedo a colocarse en una situación sumamente vergonzosa en un medio social. Por último, la agorafobia, que frecuentemente acompaña al trastorno de pánico es el miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar si éste llegara a ocurrir.

D.1 Fobias específicas

Muchas personas experimentan fobias específicas, miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional.



Las personas con fobias no sienten la necesidad de recibir tratamiento, si les es fácil evitar lo que les causa miedo. Sin embargo, en ocasiones tendrán que tomar decisiones importantes en su carrera o en lo personal para evitar una situación que les produzca fobia.

Cuando las fobias interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda. Un tratamiento efectivo generalmente involucra cierto tipo de terapia de conocimiento cognoscitivo llamada insensibilización o terapia de exposición, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Tres cuartas partes de pacientes se benefician grandemente con este tratamiento. Los ejercicios de relajamiento y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad.

D. 2 Fobia Social

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del principio de la adolescencia o aún antes.

Si una persona sufre de fobia social tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que usted no lo es. Pequeños errores que usted cometa pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son. Puede parecerle muy vergonzoso ruborizarse y el paciente siente que todas las personas lo están mirando. Puede tener miedo de estar con personas que no sean las más allegadas al paciente. O su miedo puede ser más específico, como el sentir ansiedad si tiene que dar un discurso, hablar con un jefe o alguna otra persona con autoridad, o bien aceptar una invitación.

La fobia social más común es el miedo de hablar en público. En ocasiones, la fobia social involucra un miedo general a situaciones sociales tales como fiestas. Menos frecuente es el miedo

de usar un baño público, comer fuera de casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas, como por ejemplo, escribir un cheque. Las personas con fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales pueden sentir intensa ansiedad.

Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales. Sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Aún cuando puedan enfrentarse a lo que temen, generalmente sienten gran ansiedad desde antes y están muy incómodas todo el tiempo. Posteriormente, las sensaciones desagradables pueden continuar con la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos.

E. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que usted siente que no puede controlar. Si usted padece de TOC, como se le conoce, puede estar plagado de pensamientos o imágenes persistentes indeseables o por la necesidad urgente de celebrar ciertos ritos. Una persona puede estar obsesionada con los gérmenes o la mugre y en ese caso se lava las manos una y otra vez. Puede estar lleno de dudas y sentir la necesidad de reconfirmar las cosas repetidamente.

Puede estar preocupado por pensamientos de violencia y teme hacer daño a las personas que están cerca de usted. Puede pasar largos períodos de tiempo tocando las cosas o contando; puede estar preocupado por el orden y la simetría; puede tener pensamientos persistentes de llevar a cabo actos sexuales que le son repugnantes; o puede afligirle tener pensamientos que van contra su religión. Los pensamientos o las imágenes preocupantes se llaman obsesiones y los rituales que se celebran para tratar de prevenirlas o disiparlas se llaman impulsos. No es placentero celebrar estos ritos que se siente obligado a hacer; únicamente siente descanso temporal de la incomodidad causada por la obsesión.

Muchas personas saludables pueden aceptar tener algunos de estos síntomas de TOC, tales como revisar la estufa varias veces antes de salir de la casa. Pero se diagnostica el trastorno únicamente cuando dichas actividades consumen cuando menos una hora al día, son muy angustiosas o interfieren con la vida diaria. Muchos adultos con este problema de salud reconocen que lo que están haciendo no tiene sentido pero no pueden evitarlo. Sin embargo, muchas personas, especialmente niños con TOC, pueden no comprender que su comportamiento está fuera de lo normal.

El TOC afecta a hombres y a mujeres aproximadamente en igual número y aflige a más o menos 1 de cada 50 personas. Puede aparecer en la niñez, en la adolescencia o en la edad madura pero como promedio se detecta en los jóvenes o en los adultos jóvenes. Un tercio de los adultos con TOC experimentaron sus primeros síntomas en la niñez. El curso que sigue la enfermedad es variable; los síntomas pueden ir y venir, mitigarse por un tiempo o empeorar progresivamente. La evidencia de que se dispone sugiere que el TLC puede venir de familia.

Los pensamientos o las imágenes preocupantes se llaman obsesiones y los rituales que se celebran para tratar de prevenirlas o disiparlas se llaman impulsos. No es placentero celebrar estos ritos que se siente obligado a hacer; únicamente siente descanso temporal de la incomodidad causada por la obsesión.

F. Trastorno postraumático por tensión

El trastorno postraumático por tensión es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traído a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos.

Incluyen raptos, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio, como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TPT 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 agresivas que antes o hasta violentas. 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.

El TPT 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.

Respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas de respuesta humana

1. Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.

- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2. Síntomas motores u observables.

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

3. Síntomas fisiológicos o corporales.

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

G) Tratamiento de la ansiedad

El paciente tiene que entender que la lucha contra la ansiedad, con los sentimientos y pensamientos que lleva asociados su tremendo esfuerzo, está marcando la dirección de su vida, en lugar de sus aspiraciones, objetivos y valores que le llevarían a ser más feliz. Cuando el

paciente se ha colocado en posición de luchar por sus valores, pese a sus problemas, ha aceptado la filosofía de la técnica básica de la desensibilización, que consiste en enfrentarse a las situaciones temidas sin dar las conductas de evitación. De todas formas, la terapia de aceptación y compromiso establece técnicas adicionales para asegurar que el paciente ha comprendido la filosofía de la exposición y que colabora voluntaria y plenamente en ella.

Cuando se hace la exposición al estímulo temido sin dar respuestas de evitación o de huida, se produce un proceso de habituación y, con el tiempo y la perseverancia, la ansiedad se hace tolerable y disminuye hasta llegar a desaparecer. Sin embargo, la Terapia de Aceptación y Compromiso avisa que plantear de entrada este proceso al paciente puede llevarle a considerarlo como el truquillo que estaba buscando para solucionar el problema en lugar de un cambio profundo en su filosofía para enfrentar la vida. Por eso hay que dejar bien claro que no se trata de un método para controlar la ansiedad, sino una forma de potenciar un fenómeno que ocurre como resultado de la ley fisiológica: la de la habituación, y que lo funciona sin intervención voluntaria nuestra.

G.1) El afrontamiento de la ansiedad en la terapia cognitivo conductual

La técnica de afrontamiento de la ansiedad que ha demostrado de forma más fehaciente su eficacia se llamaba desensibilización sistemática y de ella tomó su nombre la fase que aquí describimos. Sin embargo, en el proceso de avance de la terapia cognitivo conductual se han ido matizando los elementos que hacían que esa técnica funcionase y se ha demostrado que lo fundamental es la exposición a los estímulos temidos. Por eso se actualmente se utiliza menos la palabra desensibilización y más la de exposición.

Según Marks (1991) existe una autopista para el manejo de la ansiedad que es la exposición (desensibilización) a la situación temida y otras carreteras secundarias como son la relajación, la tensión muscular en algunos casos, la respiración. Por tanto, el objetivo principal en esta fase es que el tartamudo realice una exposición terapéutica a las conductas identificadas en la fase anterior que están implícitas en su forma de tartamudear, porque aunque han nacido para evitar el

tartamudeo, como no lo consiguen se han convertido ellas mismas en fuente de ansiedad. Por supuesto también tiene que exponerse a tartamudear en las situaciones que teme. No quiere decir que tartamudee a propósito, sino que se arriesgue a que ocurra sin hacer nada por evitarlo. El proceso de exposición o desensibilización consiste en que la persona se exponga al estímulo temido sin que dé las conductas de evitación, huida o lucha. Cuando se hace así de forma sistemática, se da la habituación, junto con la extinción de las conductas de evitación, entonces la ansiedad disminuye y se afrontan las situaciones con tranquilidad creciente.

Hay muchos ejemplos en la vida cotidiana que nos dan una idea de cómo es este proceso. Uno de ellos, porque es muy común, es cuando aprende a nadar alguien que tiene miedo al agua. Puede estudiar muchos manuales, estudiar muchos estilos, pero si finalmente no se va exponiendo al agua, mojándose y metiéndose en la piscina, yendo paulatinamente hacia donde le cubre y teme más poderse ahogar, no conseguirá nada. Al principio, cuando vaya avanzando lo pasará mal, pero finalmente, con tiempo y perseverancia, conseguirá disfrutar del baño. Existe otro método para perder el miedo a nadar y es tirarse a la piscina directamente donde cubre, de esta forma se consigue rápidamente perder el miedo, pero siempre y cuando se haga con un cierto conocimiento de nadar y un socorrista cerca que den las suficientes garantías de que no va a pasar nada.

Aunque hay distintas visiones sobre el mecanismo que funciona en el proceso de exposición o desensibilización, la teoría más aceptada es que se da un fenómeno de habituación por el que nos acostumbramos a la ansiedad y dejamos de sentir las sensaciones asociadas a ella, al no dar respuestas de evitación.

Otra visión es que la excitación que está en la base de la ansiedad desaparece porque pierde su funcionalidad al no luchar ni huir. Otra visión más, se basa en la extinción de la ansiedad como conducta de preparación para las acciones de evitar, al no realizarlas. Otra visión adicional es que la desensibilización y la exposición están basadas en el contra condicionamiento, que consiste en lograr que aparezca una nueva respuesta en lugar de la ansiedad en las situaciones temidas. En realidad todas las visiones son complementarias y dan cumplida cuenta del proceso que se sigue.

Una metáfora proveniente de la Terapia de Aceptación y Compromiso compara a la ansiedad con un monstruo que vive y se alimenta de adrenalina. Cuando algo nos avisa que hay un peligro, como entrar en una escalera mucho más empinada de lo esperado, realizamos una descarga automática de adrenalina y el monstruo que estaba dormido se despierta y logra que de forma automática nos agarremos a la barandilla y nos ayuda a no caernos. Como en todo proceso de habituación es imprescindible que los sucesos se repitan durante mucho tiempo para que se dé. Todos sabemos que los humanos somos capaces de habituarnos a las condiciones de vida más difíciles, solamente necesitamos tiempo y querer hacerlo, es decir, exponernos a ellas sin huir.

G.2) Formas de realizar la desensibilización

En la terapia cognitivo conductual se distinguen diversas formas de hacer la exposición. Exposición en la imaginación, es decir, imaginando las situaciones que producen ansiedad y manteniéndolas en la mente de manera constante hasta que se produce un cambio en la sensación. Este tipo de exposición se hace muy a menudo de forma paulatina, empezando por aquellas situaciones que producen poca ansiedad, y se unen las imágenes a la relajación. Cuando se hace de tal manera que es posible llegar a imaginar la situación mientras se está relajado y se asocian las imágenes y pensamientos a sentimientos de relajación, en lugar de a la ansiedad; se conoce como desensibilización sistemática.

Es el primer método que se demostró empíricamente que era eficaz con los miedos ya en los años sesenta del siglo veinte. No es muy eficaz para desensibilizar a los tartamudos a su habla porque es muy difícil imaginar con detalle las conductas motoras asociadas a su tartamudeo ya que las han intentado ignorar durante toda su vida. Sin embargo está indicado en muchas otras situaciones. La desensibilización sistemática tiene como ventaja que no es dolorosa. Otra ventaja de las exposiciones en la imaginación es que se puede controlar el tiempo que dura de forma que se puede hacer lo suficientemente largo para que se produzca la extinción.

En la exposición en vivo, la exposición y la habituación se hacen en la propia situación real. Un problema presentado por la exposición en vivo es que, en general, no se puede controlar la duración de la situación y tampoco la constancia del estímulo, necesarios para que se dé la habituación con una cierta rapidez. Por eso es importante, en esta fase los ejercicios en las sesiones individuales y la terapia de grupo en las que se puede prolongar la situación y conseguir que el oyente persista en la conducta a la que se tiene que habituar el tartamudo hasta que se consiga la habituación.

Generalmente se intenta hacer la exposición de forma gradual, es decir, se van enfrentando las situaciones por orden de dificultad, empezando por las más fáciles. En este caso se conoce el proceso como desensibilización. Se va luego aumentando la dificultad hasta alcanzar las situaciones que producen los niveles mayores de ansiedad. Por la misma razón que se ha argumentado sobre la exposición en vivo, la graduación es posible en la consulta o en las sesiones de terapia de grupo, pero en la realidad las situaciones se presentan de forma aleatoria y pueden aparecer de pronto situaciones muy difíciles para las que todavía no se está preparado; pero que se tienen que afrontar obligatoriamente.

En ese caso es preciso tener claro que aunque se evite o se salga de la situación como se pueda, no se puede interpretar como un fracaso o un retroceso, sino que es preciso considerar que esas situaciones se podrán enfrentar en un futuro. Muchas veces es preciso atacar directamente las situaciones de más alta ansiedad de forma directa, sin empezar con otras más fáciles. Cuando la exposición se realiza sobre el estímulo más temido y se potencia la aparición inicial de sentimientos de ansiedad muy fuertes se está empleando una modalidad de exposición que se conoce como inundación.

Emplear estas técnicas de forma eficiente y rápida implica una preparación técnica y personal muy exigente para el terapeuta y hay que tener mucha confianza en ellas porque el paciente se enfrenta a un sufrimiento importante.

2.2.3.3 Trastornos de personalidad

Se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones. Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras personas y situaciones. Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo. Por ejemplo, algunas personas tienden a responder siempre a una situación problemática buscando la ayuda de otros. Otras siempre asumen que pueden manejar los problemas por sí mismas. Algunas personas minimizan los problemas, otras los exageran.

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

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

A) Clasificación

Grupo A (trastornos raros o excéntricos)

- Trastorno paranoide de la personalidad, personalidad paranoide.
- Trastorno esquizoide de la personalidad, personalidad esquizoide.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad, personalidad esquizotípica.

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)

- Trastorno antisocial de la personalidad, personalidad antisocial.
- Trastorno límite de la personalidad, personalidad límite o Borderline.
- Trastorno histriónico de la personalidad, personalidad histriónica.
- Trastorno narcisista de la personalidad, personalidad narcisista.

Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

- Trastorno de la personalidad por evitación, personalidad fóbica.
- Trastorno de la personalidad por dependencia, personalidad dependiente.
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad o personalidad obsesiva-compulsiva.

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

A. Personalidad paranoide

Las personas con una personalidad paranoide proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones. Tienen a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas y reaccionan con suspicacia a los cambios en las situaciones. A menudo, las suspicacias conducen a conductas agresivas o al rechazo por parte de los demás. Los que tienen una personalidad paranoide frecuentemente intentan acciones legales contra otros, especialmente si se sienten indignados con razón. Son incapaces de ver su propio papel dentro de un conflicto.

Aunque suelen trabajar en relativo aislamiento, pueden ser altamente eficientes y concienzudos. A veces las personas que ya se sienten alienadas a causa de un defecto o una minusvalía son más vulnerables a desarrollar ideas paranoides.

B. Personalidad esquizoide

Las personas con una personalidad esquizoide son introvertidas, ensimismadas y solitarias. Son emocionalmente frías y socialmente distantes. A menudo están absortas en sus propios pensamientos y sentimientos y son temerosas de la aproximación e intimidad con otros. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad.

C. Personalidad esquizotípica

Las personas con una personalidad esquizotípica, al igual que aquellas con una personalidad esquizoide, se encuentran social y emocionalmente aisladas. Además, desarrollan pensamientos,

percepciones y comunicaciones insólitas. Aunque estas rarezas son similares a las de las personas con esquizofrenia, y aunque la personalidad esquizotípica se encuentra a veces en la gente con esquizofrenia antes de que desarrollen la enfermedad, la mayoría de los adultos con una personalidad esquizotípica no desarrolla esquizofrenia.

Algunas personas muestran signos de pensamiento mágico (la idea de que una acción particular puede controlar algo que no tiene ninguna relación con ella). Por ejemplo, una persona puede creer que va a tener realmente mala suerte si pasa por debajo de una escalera o que puede causar daño a otros teniendo pensamientos de ira. La gente con una enfermedad esquizotípica puede tener también ideas paranoides.

D. Personalidad antisocial

Las personas con personalidad antisocial (en otro tiempo llamada psicopática o personalidad sociopática), la mayor parte de las cuales son hombres, muestran desprecio insensible por los derechos y los sentimientos de los demás. Explotan a otros para obtener beneficio material o gratificación personal (a diferencia de los narcisistas, que creen que son mejores que los otros). Característicamente, tales personas expresan sus conflictos impulsiva e irresponsablemente. Toleran mal la frustración y, en ocasiones, son hostiles o violentas.

A pesar de los problemas o el daño que causan a otros por su comportamiento antisocial, típicamente no sienten remordimientos o culpabilidad. Al contrario, racionalizan cínicamente su comportamiento o culpan a otros. Sus relaciones están llenas de deshonestidades y de engaños. La frustración y el castigo raramente les ocasionan la modificación de sus conductas. Las personas con personalidad antisocial son frecuentemente proclives al alcoholismo, a la toxicomanía, a las desviaciones sexuales, a la promiscuidad y a ser encarceladas. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un sitio a otro.

Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. En su niñez, generalmente, fueron descuidados emocionalmente y con

frecuencia sufrieron abusos físicos en sus años de formación. Tienen una esperanza de vida inferior a la media, pero entre los que sobreviven, esta situación tiende a disminuir o a estabilizarse con la edad.

E. Personalidad límite

Las personas con una personalidad límite, la mayor parte de las cuales son mujeres, son inestables en la percepción de su propia imagen, en su humor, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales (que a menudo son tormentosas e intensas). La personalidad límite se hace evidente al principio de la edad adulta pero la prevalencia disminuye con la edad. Estas personas han sido a menudo privadas de los cuidados necesarios durante la niñez. Consecuentemente se sienten vacías, furiosas y merecedoras de cuidados.

Cuando las personas con una personalidad límite se sienten cuidadas, se muestran solitarias y desvalidas, frecuentemente necesitando ayuda por su depresión, el abuso de sustancias tóxicas, las alteraciones del apetito y el maltrato recibido en el pasado. Sin embargo, cuando temen el abandono de la persona que las cuida, su humor cambia radicalmente. Con frecuencia muestran una cólera inapropiada e intensa, acompañada por cambios extremos en su visión del mundo, de sí mismas y de otras (cambiando del negro al blanco, del amor al odio o viceversa pero nunca a una posición neutra). Si se sienten abandonadas y solas pueden llegar a preguntarse si realmente existen (esto es, no se sienten reales).

Pueden devenir desesperadamente impulsivas, implicándose en una promiscuidad o en un abuso de sustancias tóxicas. A veces pierden de tal modo el contacto con la realidad que tienen episodios breves de pensamiento psicótico, paranoia y alucinaciones. Estas personas son vistas a menudo por los médicos de atención primaria; tienden a visitar con frecuencia al médico por crisis repetidas o quejas difusas pero no cumplen con las recomendaciones del tratamiento. Este trastorno es también el más frecuentemente tratado por los psiquiatras, porque las personas que lo presentan buscan incesantemente a alguien que cuide de ellas.

F. Personalidad histriónica

Las personas con una personalidad histriónica (histérica) buscan de un modo notable llamar la atención y se comportan teatralmente. Sus maneras vivamente expresivas tienen como resultado el establecer relaciones con facilidad pero de un modo superficial. Las emociones a menudo aparecen exageradas, infantilizadas e ideadas para provocar la simpatía o la atención (con frecuencia erótica o sexual) de los otros.

La persona con personalidad histriónica es proclive a los comportamientos sexualmente provocativos o a sexualizar las relaciones no sexuales. Pueden no querer en realidad una relación sexual; más bien, sus comportamientos seductores a menudo encubren su deseo de dependencia y de protección. Algunas personas con personalidad histriónica también son hipocondríacas y exageran sus problemas físicos para conseguir la atención que necesitan.

G. Personalidad narcisista

Las personas con una personalidad narcisista tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los psiquiatras llaman “grandiosidad”. La persona con este tipo de personalidad puede ser extremadamente sensible al fracaso, a la derrota o a la crítica y, cuando se le enfrenta a un fracaso para comprobar la alta opinión de sí mismos, pueden ponerse fácilmente rabiosos o gravemente deprimidos. Como creen que son superiores en las relaciones con los otros, esperan ser admirados y, con frecuencia, sospechan que otros los envidian. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocentristas, arrogantes o mezquinos.

H. Personalidad evitadora

La gente con una personalidad evitadora es hipersensible al rechazo y teme comenzar relaciones o alguna otra cosa nueva por la posibilidad de rechazo o de decepción. Estas personas tienen un fuerte deseo de recibir afecto y de ser aceptadas. Sufren abiertamente por su aislamiento y falta de habilidad para relacionarse cómodamente con los otros. A diferencia de aquellas con una personalidad límite, las personas con una personalidad evitadora no responden con cólera al rechazo; en vez de eso, se presentan tímidas y retraídas. El trastorno de personalidad evitadora es similar a la *fobia social*.

I. Personalidad dependiente

Las personas con una personalidad dependiente transfieren las decisiones importantes y las responsabilidades a otros y permiten que las necesidades de aquellos de quienes dependen se antepongan a las propias. No tienen confianza en sí mismas y manifiestan una intensa inseguridad. A menudo se quejan de que no pueden tomar decisiones y de que no saben qué hacer o cómo hacerlo. Son reacias a expresar opiniones, aunque las tengan, porque temen ofender a la gente que necesitan. Las personas con otros trastornos de personalidad frecuentemente presentan aspectos de la personalidad dependiente, pero estos signos quedan generalmente encubiertos por la predominancia del otro trastorno. Algunos adultos con enfermedades prolongadas desarrollan personalidades dependientes.

J. Personalidad obsesivo-compulsiva

Las personas con personalidad obsesivo-compulsiva son formales, fiables, ordenadas y metódicas pero a menudo no pueden adaptarse a los cambios. Son cautos y analizan todos los aspectos de un problema, lo que dificulta la toma de decisiones. Aunque estos signos están en consonancia con los estándares culturales de occidente, los individuos con una personalidad obsesivo-compulsiva toman sus responsabilidades con tanta seriedad que no toleran los errores y prestan tanta atención

a los detalles que no pueden llegar a completar sus tareas. Consecuentemente, estas personas pueden entretenerse en los medios para realizar una tarea y olvidar su objetivo. Sus responsabilidades les crean ansiedad y raramente encuentran satisfacción con sus logros. Estas personas son frecuentemente grandes personalidades, en especial en las ciencias y otros campos intelectuales en donde el orden y la atención a los detalles son fundamentales. Sin embargo, pueden sentirse desligadas de sus sentimientos e incómodas con sus relaciones u otras situaciones que no controlan, con eventos impredecibles o cuando deben confiar en otros.

K. Diagnóstico

El médico basa el diagnóstico de un trastorno de la personalidad en la expresión por el sujeto de tipos de comportamiento o pensamientos desadaptados. Estos comportamientos tienden a manifestarse porque la persona se resiste tenazmente a cambiarlos a pesar de sus consecuencias desadaptadas. Además, es probable que el médico perciba el uso inapropiado de la persona de mecanismo de enfrentamiento, a menudo llamados mecanismos de defensa. Aunque todo el mundo utiliza inconscientemente mecanismos de defensa, la persona con trastornos de la personalidad los usa de modo inapropiado o inmaduro.

2.3 Métodos de psicodiagnóstico

Es un concepto psiquiátrico referido al diagnóstico de las enfermedades, síndromes o alteraciones mentales, este concepto, que partió del ámbito de la psiquiatría, también fue usado en psicología, donde se ha preferido cambiar por el de evaluación psicológica, quedando psicodiagnóstico más restringido al ámbito médico. La palabra psicodiagnóstico es un compuesto de tres vocablos griegos «psikhé», «diá» y «gignosko», cuya traducción sería conocer a fondo el alma o conocer a fondo la mente.

Las interpretaciones de este término en la tradición médica en la que surgió vinculaban las alteraciones de la mente con estados patológicos o trastornos orgánicos, así los síntomas no alcanzan valor por sí mismos, sino en tanto en cuanto se hayan vinculados a una enfermedad, que

sería lo que de verdad es objeto de estudio. Al estar vinculado en sus orígenes al psicoanálisis, el psicodiagnóstico se situó a medio camino entre la ciencia y la opinión (entre la doxa y la episteme). En esta primera etapa predomina la experiencia del investigador y lo cualitativo frente a lo cuantitativo, intentando pronosticar la evolución a partir de la observación y del registro.

El proceso de psicodiagnóstico tiene varios objetivos en los que se pueden describir:

- Lograr un acercamiento al examinado,
- Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste, y
- Describir al examinado, en algún aspecto específico o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial.

Las etapas son:

- Contacto inicial: Puede ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta (llamado telefónico u hojas de derivación o de interconsulta). Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder el psicodiagnóstico.
- Entrevista inicial: Permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el *rapport* (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se van a aplicar al examinado y en qué orden. Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones para distintas áreas a evaluar. La confección de la batería de tests a aplicar a un sujeto determinado debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a estar estrechamente ligado a su motivo de consulta. También influye en esto la edad del examinado y el tiempo del que se dispone para realizar el proceso de psicodiagnóstico.
- Aplicación de la evaluación
- Administración de test y otras herramientas diagnósticas
- Cierre del proceso y devolución de la información

Un informe escrito que expone verbalmente los resultados de un proceso de psicodiagnóstico y que generalmente va dirigido al solicitante del mismo (médico especialista tratante, psicólogo tratante, encargado de selección de personal de una empresa, profesor jefe, etcétera). En él se incluyen los siguientes datos:

- Identificación del examinado y del examinador
- Motivo de consulta
- Antecedentes relevantes
- Pruebas o instrumentos aplicados
- Conducta observada
- Resultados
- Conclusiones o sugerencias

2.3.1 Instrumentos útiles en el psicodiagnóstico

2.3.1.1 La observación

Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recogida de datos. Ahora está muy sistematizada. Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándose de técnicas como por ejemplo registros estructurados y listas de chequeo. El fundamento científico de la observación reside en la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista. La observación se convierte en método o una técnica en la medida en que cumple una serie de objetivos o requisitos:

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

Existen diferencias entre observación y experimentación. En la observación sólo se da fe de lo que ocurre, mientras que en la experimentación el experimentador hace modificaciones sobre lo observado, se interviene para cumplir unos objetivos. El experimentador manipula la situación. En una observación encontramos los siguientes elementos: El observador o los observadores; El sujeto o grupo observado; y el contexto, es decir el medio natural y cultural que van a dar significado a la dinámica de lo observado.

Las etapas de la observación

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

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

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

En el caso de la entrevista, la observación debe registrar las reacciones ante determinados estímulos que el examinador proporciona para realizar las evaluaciones parciales de los procesos psicológicos, como por ejemplo: memoria, orientación, atención, pensamiento, lenguaje, gestos,

mímica, postura y marcha entre otros; estos datos nos darán una impresión general de la persona, que conjuntamente con su apariencia general orientan las hipótesis de trabajo del examinador.

Ventajas y limitaciones

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

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 resultados de la observación, usualmente sirven para acompañar los resultados obtenidos con otros métodos, este acompañamiento responde a la necesidad de contrastar diferentes puntos de vista sobre un mismo caso, lo cual da

la validez por consenso. 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.

2.3.1.2 La entrevista psiquiátrica

Conceptos básicos de la entrevista psiquiátrica

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

Definición de la entrevista psiquiátrica

Una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en la relación de las cuales espera obtener algún beneficio. La entrevista es una reunión concertada entre dos o más personas con el propósito de comunicarse directamente mediante la percepción mutua mientras emplean el lenguaje común. En la entrevista se establece así una relación dinámica entre los participantes, relación que suele sufrir un curso y una evolución previsible.

Los varios conceptos que integran esta definición amplia de entrevista ponen de manifiesto que el tema tiene diversas conexiones con múltiples áreas del conocimiento, tales como percepción,

comunicación, pensamiento, lenguaje, motivación y otros aspectos de la Psicología y el Psicoanálisis. A la vez el empleo de los signos, del significado, del conocimiento o la trascendencia-inmanencia lleva al terreno de la Filosofía. Las relaciones interpersonales, el funcionamiento de grupos pequeños y grandes, el problema de la organización social y del cambio personal y social, colindan con el campo de la Sociología, la Educación, la Ética y la Política.

El carácter oral de la entrevista

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

El grupo de dos

Esta comunicación pertenece a un grupo de dos, y en esa sugerencia hay ciertamente, una ligera medida de ironía. Si bien es prácticamente imposible explorar la mayor parte de las zonas significativas de la personalidad, mientras se halla presente una tercera persona, es así mismo cierto que, aún cuando solamente haya dos personas en la habitación donde se realiza la entrevista, el número de personas más o menos imaginarias que quedan en este grupo de dos es, a menudo sorprendente,

Integración voluntaria de los participantes

Los psiquiatras están acostumbrados a tratar con personas que acusan distintos grados de disposición que recorren toda la gama, desde aquellas que se muestran extremadamente reacias

para entrevistarse con el psiquiatra, pero tienen que hacerlo por disposición de la ley, a los que se muestran seriamente interesados en obtener los beneficios que brinda la psiquiatría moderna.

Las relaciones entre el profesional y el cliente

El experto en psiquiatría, debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales y puesto que esta área de problemas es peculiarmente el campo de la observación participante, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su sujeto o paciente. Las características de la vida del paciente, la personalidad demuestra de manera notable, en todos los casos y en todas las situaciones, los efectos perdurables del pasado y los efectos de un hecho pasado particular son no solamente quizás afortunados o infortunados sino que están profundamente ligados con los efectos de un gran número de otros hechos pasados.

La esperanza de beneficio del paciente, El paciente por lo menos alguna esperanza de mejoramiento o de obtener algún beneficio personal como consecuencia de las entrevistas. El entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo de la entrevista que sus esperanzas de mejorarse de obtener un empleo mejor, o de alcanzar lo que haya impulsado a buscar y obtener la entrevista sean alentadas. La entrevista psiquiátrica es un grupo de dos, en el cual se crea una relación de experto-cliente, el entrevistado espera que la persona que está sentada frente a él, detrás del escritorio, demuestre una comprensión realmente experta de las complicaciones de las relaciones interpersonales, espera asimismo que el entrevistador muestre pericia en la conducción de la entrevista.

El psiquiatra como observador participante

La psiquiatría es, peculiarmente, el campo de la observación participante. El psiquiatra no debe olvidar jamás el hecho de que todos los procesos del paciente van dirigidos a él con mayor o menor exactitud a su paciente, con lo cual da como resultado un maravilloso interjuego. Cuando más convencionales son las declaraciones de una persona, más dudoso es, naturalmente que uno

tenga la menor idea de lo que en realidad quiere decir. El psiquiatra, desempeña un papel muy activo en lo referente a introducir interrogantes, no para demostrar que es hábil o que es escéptico, sino para asegurarse que sabe lo que se le está diciendo.

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 llamamos distorsión paratáctica.

La estructuración de la situación de la entrevista

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

El entrevistador tiene derecho también a ejercitar también a ejercer su habilidad para desalentar las trivialidades, impertinencias, gestos graciosos para su diversión o repeticiones de cosas que ya ha oído. Es quizás más fácil para el joven entrevistador demostrar su pericia en este sentido, que insistir para conseguir las informaciones que necesita. Pero si se trata de un experto en relaciones interpersonales es muy probable, por excelentes razones, que dude de que uno tiene todavía mucha vida por delante y por lo tanto desea emplearla lo mejor que le sea posible. El psiquiatra se priva asimismo de la satisfacción de cualquier curiosidad respecto a las cuestiones en las cuales no existe razón alguna para investigar.

Algunas consideraciones técnicas sobre la entrevista

Tipos de entrevistas psiquiátricas, la entrevista que es, en efecto, la conferencia inicial sobre la psicoterapia breve o un tratamiento continuado en potencia, es decir, que el entrevistador se aboca a la vez al diagnóstico y al establecimiento de un conocimiento profesional, con vistas a realizar él mismo tratamiento. Estas son dos cuestiones muy diferentes: En el primer tipo de consulta psiquiátrica, es una conclusión predeterminada que a no ser por el paciente demuestre ser una persona encantadora más allá de sus más fanáticos sueños, este doctor particular le dirá simplemente adónde podrá ir para hacerse tratar.

El uso de las transiciones en la entrevista, las transiciones en las entrevistas como uno de los muy importantes detalles técnicos que siempre deben suscitar considerable atención, y que requieren una especie de serena y continua vigilancia en todo el trabajo del psiquiatra en su trato con extraños de manera seria e íntima. En la transición acentuada no se emplea una de esas maneras descorteses de trasladarse el psiquiatra y su paciente, de la mano, de un tópico a otro, sino que el primero indica, como casualmente. En la transición abrupta, es muy lamentable que muchos entrevistadores parecen ser verdaderos maestros, la cuestión se relaciona con la forma como se hace paciente se torne ansioso.

Las primeras etapas de la entrevistas

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

El reconocimiento, al finalizar la primera etapa de la entrevista, el paciente deberá sentir la sensación de que: “Bueno, ahora el médico ya sabe por qué estoy aquí”. Y entonces, el psiquiatra

puede decir, en efecto: “Bien: ¿Quién es usted?” En otras palabras, se dispone, en la segunda etapa, a obtener un bosquejo general del paciente, el cual deberá ser breve, y de ningún modo extenso, como la historia de una vida. Ésta es la etapa del reconocimiento. El reconocimiento en la psicoterapia intensiva, el reconocimiento puede durar unos veinte minutos, en el caso de que ya no espere volver a ver a la persona, o durará siete y media a quince horas, que parece aproximadamente el promedio cuando el tiempo no es factor de suma importancia.

El psiquiatra tiene que emplear cierto juicio para determinar cuándo tiene un bosquejo de cosas razonablemente significativas, y jamás sabrá cuán bueno es su juicio en ese sentido hasta que no lo haya puesto a prueba. Después de que el psiquiatra ha resumido la situación y proporcionando una especie de recomendación de lo que cree que sería más o menos el punto de ataque inmediato, alentar al paciente haga eso en forma eficiente porque, de esta manera el psiquiatra puede aprender mucho más sobre lo que tiene entre manos que lo podría saber en el mismo tiempo si emplease otros medios.

La investigación detallada

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

El concepto de la ansiedad, El concepto de la ansiedad es central en todo este sistema de enfoque. Dicho en otras palabras, uno podría asegurar que la ansiedad es el concepto explicativo general para el intento del entrevistado de crear una impresión favorable de sí mismo. No solamente nadie desea la soledad, sino que, si la misma se encuentra presente, es deseable siempre su disminución, salvo bajo las circunstancias más extraordinarias. La ansiedad es, hasta un punto increíble, una señal de que algo debe ser diferente de inmediato.

El desarrollo del sistema del yo en la personalidad, es tan extremadamente importante para todos nosotros que mantengamos cualquier nivel de euforia que estemos experimentando, que desarrollemos un vasto sistema de procesos, estados de alegrías, símbolos y señales de peligro, a fin de proteger la sensación de bienestar que sentimos.

Todo aquel que avance sin consideración hacia el poder disyuntivo de la ansiedad en las relaciones humanas, jamás aprenderá a ser un buen entrevistador. Cuando no se tiene en consideración la ansiedad, no existe una verdadera situación-entrevista; en su lugar puede haber solamente una persona (paciente) que trata desesperadamente de defenderse contra alguna clase de mal (el terapeuta), el cual parece decidido (según lo considera el paciente) al demostrar que la otra parte (el paciente) es un ser completamente vacío.

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

Es inevitable que, de cuando en cuando, el entrevistador destruya a menudo muy torpemente la propia estimulación del entrevistado. Eso está bien si el entrevistador sabe lo que está haciendo y aprende como resultado de hacerlo. Pero si lo hace porque se siente inseguro o está distraído, el interrogatorio detallado no se desarrollará jamás satisfactoriamente. Por el contrario, el entrevistador reunirá una colección completamente ficticia de datos sobre una criatura completamente ficticia también, que aquél creará inocentemente que es la persona que está entrevistando.

La entrevista como proceso

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

resultados reflejados por el entrevistado. Es muy importante darse cuenta de que hay dos grupos de procesos dirigidos al entrevistador: uno es la actitud directa del entrevistado hacia él, y el otro es esa parte las actuaciones del entrevistado, que están fielmente relacionadas con la supuesta actitud del entrevistador.

Impresiones generales de la situación entrevista, a fin de poder observar un cambio, es necesario contar con un punto de partida; y para el interrogatorio detallado, ese punto de partida son aquellas impresiones generales obtenidas en la etapa entrevista y el reconocimiento. Los cambios de estas impresiones generales iniciales que se observan durante el curso posterior de la entrevista son útiles como datos.

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

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

Impresiones como hipótesis que deben ser puestas a prueba, el entrevistado puede, casi tan automáticamente como una máquina de calcular, sumar pruebas negativas y positivas de esto y aquello, tal modo que simplemente sepa, sin tener que pensar laboriosamente sobre ello, que el paciente está, digámoslo así, progresando. En tal caso, el entrevistador ha puesto a prueba las

hipótesis tan continua y automáticamente, que sabe la respuesta sin molestarse en hacer algo sobre ellas muy consciente o deliberadamente.

Los tipos de resultados de las situaciones interpersonales, una situación integrada por cualquier dinamismo manifiesta procesos que dan como resultado una de tres situaciones subsiguientes: primera puede producirse una solución razonable de la situación; la segunda posibilidad es que una situación puede ser continuada con tensión y procedimientos encubiertos. La tercera posibilidad es que los procesos de la situación pueden llevar a lo que nosotros denominamos frustración. Existen dos posibilidades estados subsiguientes a la frustración. Uno de ellos se caracteriza por una intensificación de la tensión reflejando la necesidad que está afectada, y por procesos suplementarios que pueden oscilar desde movimientos circenses hasta maneras excesivamente hábiles de salvar los obstáculos, de tal manera que se produce una solución demorada de la situación.

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

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

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

Bosquejo sugerido por la obtención de datos, desórdenes en aprender los hábitos de higiene: una de las primeras cosas sobre las que el entrevistador podría obtener información es la historia del

paciente respecto al aprendizaje de los hábitos de higiene. El establecimiento de tales pautas comienza por regla general antes del final de la infancia y su resultado es que la información del paciente sobre esos hábitos no está probablemente formulada y necesitaría meses de investigación para llegar a un grado cualquiera de certidumbre.

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

La ambición: vale la pena advertir no sólo cuán intensamente ambiciosa puede ser una persona, sino también el carácter del objetivo hacia el cual apunta su ambición. El entrevistador descubrirá algunas personas que son intensamente ambiciosas sobre una cosa después de otra; la ambición es una característica de esos seres y el objetivo particular que están tratando de alcanzar parece ser simplemente una función de la situación en que se encuentran. Instrucción inicial: tiene una importancia muy particular distinguir, en el pensamiento y tal vez hasta en las preguntas de uno, esa instrucción inicial. El psiquiatra desea saber, en general, cualquier cosa que le proporcione una noción de la manera en que el paciente recuerda la escuela.

Experiencia en la universidad: el desarrollo de la indagación por el entrevistador sigue demasiado claramente las eras de desarrollo, por así decirlo, sobre lo que debe producirse en la entrevista. De manera bastante abrupta, después de haber preguntado algo que tiene un gran significado y corresponde a los primeros años de la era juvenil, el entrevistador puede saltar sobre los estudios secundarios hasta llegar a la universidad. Transiciones tan bruscas pueden perturbar las direcciones que ya comienzan a desarrollarse en el paciente y por lo tanto, mejoran la probabilidad de que en realidad este se refiere a su recuerdo, en lugar de intentar un buen ajuste a un cierto tipo de interrogatorio.

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

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

Signos y diagnósticos y patrones de desordenes mental, moderado y grave

Signos diagnósticos con síntomas asociados, el psiquiatra puede hacer observaciones de diagnóstico sobre la base de signos verificados por síntomas que da el paciente en su información. Los signos son fenómenos que el psiquiatra puede observar más o menos objetivamente, mientras que los síntomas tienen que ser informados por el paciente.

Patrones de desorden mental, los desviados mentales tienen una gran amplitud; si uno agrupa a la gente, en términos de su contacto con la realidad social sus inteligencias o sus características como las superiores, las comunes y las deficientes, tanto la superior como la deficiente pueden ser consideradas desviadas.

Las preocupaciones hipocondríacas como ordinariamente las denominamos, desvían el interés del que las sufre desde los aspectos perturbadores del mundo exterior a sombrías elucubraciones referentes al estado de su salud, inminentes desarrollos de cáncer y otras diversas cosas dentro de sí. Tales preocupaciones van adquiriendo gradualmente preferencia sobre todos los intereses provechosos respecto de cómo hará para pagar sus impuestos. Las preocupaciones hipocondríacas son muy propensas de muy curiosa manera al deslizamiento. No son capaces de

resistir ciertas tenciones, en cuyo caso el paciente avanza hacia el rubro siguiente o sea al estado paranoide, en el cual realiza una transferencia en masa de culpa, de sí mismo a otros. De esta manera se convierte en un ser sin culpas y cómodo, porque “no yo, sino ellos” son los culpables de las cosas lamentables que ocurren en su vida.

Terminación de la entrevista

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

La consolidación del propósito de la entrevista es realizada, en términos generales, mediante las cuatro medidas que siguen: 1) el entrevistador formula una declaración final al entrevistado, en el cual resume todo cuanto ha sido durante el curso de la entrevista; 2) el entrevistador da al entrevistado una prescripción de acción, en el cual el entrevistado deberá empeñarse en adelante; 3) el entrevistador hace una apreciación final de los probables efectos sobre el curso de la vida del entrevistado, que puede razonablemente esperarse de la declaración y la prescripción; y 4) sigue después la despedida oficial, entre el entrevistador y el entrevistado.

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

La tercera medida de la terminación de la entrevista es la apreciación final por el entrevistador de lo que ha dicho al entrevistado en la revisión final y en la prescripción de acción, y cuales serán probablemente los efectos de uso en el curso de vida del entrevistado.

La despedida formal, la cuarta medida, de la misma forma que el comienzo formal de la situación entrevista es de suma importancia, también es muy importante que el entrevistador encuentre, lo antes que le sea posible, alguna manera de desprenderse de la situación-entrevista sin la menor torpeza y sin perjudicar la labor que ya ha realizado.

2.3.1.3 Test psicológico

Los test psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provoca puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto. La construcción del test debe procurar que el comportamiento específico ante determinado reactivo represente lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde se pone en ejecución real la capacidad que el test pretende evaluar.

Clasificación general

La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes:

- Tests Psicométricos: que básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo,, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetivizada.

- **Tests Proyectivos:** inscritos dentro de la corriente dinámica de la Psicología, parten de una hipótesis menos estructurada que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona para así presumir rasgos de su personalidad, la actividad proyectiva puede ser gráfica (Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP), o narrativa (TAT, Symonds, CAT, Rorschach), su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

Clasificación por niveles

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

- **Tests de Nivel I:** pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicólogos luego del entrenamiento debido por parte de un psicólogo (educadores, psicopedagogos, médicos, etc.), quizás el exponente más obvio de los Test Nivel I son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimientos y de selección e ingreso a instituciones educativas.
- **Tests de Nivel II:** pueden ser aplicados por profesionales no psicólogos pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, de la familia que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.
- **Tests de Nivel III:** son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos se encuentran las Escalas de Wechsler (WAIS, WISC y WIPSI), el Test de Bender, el MMPI 2 y A, el T.A.T., el Rorschach y las baterías neuropsicológicas (Luria, Halstead-Reitan, K-ABC, etc.)

Áreas de aplicación

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

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

- **Psicología clínica:** quizás la más popularmente relacionada con el uso de tests, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.
- **Psicología educativa y orientación vocacional:** en esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

- Psicología organizacional y laboral: al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado

2.3.2 Manuales de diagnóstico

Los métodos diagnósticos son una herramienta básica para el uso de los psicólogos y los psiquiatras han sido unificados para el uso a nivel mundial. Son una base para el diagnóstico de psicopatologías las cuales se describen a continuación detallando la función, origen y uso de cada manual.

A) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV

El DSM-IV-TR (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, IV Edition, Text Revision, de acuerdo a sus siglas en inglés), es el manual utilizado por los profesionales de la salud mental, y se utiliza con la finalidad de facilitar y estandarizar el diagnóstico de los desórdenes mentales. Es un texto descriptivo y teórico (dirigido específicamente al conocimiento), no causal. Es apoyado por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos; contiene una clasificación de los trastornos mentales, proporcionando descripciones claras de las categorías diagnósticas.

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

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

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

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de la Evaluación Multiaxial, la cual implica una evaluación en varios ejes. Cada uno de ellos corresponde a un área distinta de información de la persona, que ayuda al profesional en la obtención de un diagnóstico adecuado, así como en la elaboración del plan terapéutico y predicción de resultados.

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

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

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

- Eje III: Enfermedades Médicas: Este Eje incluye enfermedades médicas actuales, que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. El DSM-IV-TR distingue enfermedades médicas con la finalidad de llevar al profesional a un estudio minucioso de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionistas de la salud mental.

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

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

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia)
- Problemas relativos al ambiente social
- Problemas relativos a la enseñanza
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda

- Problemas económicos
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
- Otros problemas psicosociales o ambientales (desastres naturales, guerras, cuidadores no familiares, etc.)

○ Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), en base al criterio clínico del profesional que evalúa. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución del caso. Para desarrollar este eje, existe la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la cual está dividida en diez niveles de actividad. La valoración mediante la escala EEAG implica la selección de un único valor que refleje del mejor modo posible, el nivel global de la actividad del individuo. Cada nivel (de diez puntos cada uno) presenta dos componentes:

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

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

Uso y manejo del manual

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

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

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

Es importante saber que en el índice o clasificación de los trastornos que aparece en el DSM-IV-TR, se menciona el nombre de cada cuadro patológico, con el código específico a la izquierda, y a la derecha, entre paréntesis, el número de página en el que se encuentra la descripción de la patología. Así mismo, existen ciertos cuadros patológicos que contienen un paréntesis en el que habrá de consignarse la enfermedad médica o trastorno mental específico.

El manual presenta los diferentes elementos que deben tomarse en cuenta para conocer a fondo un cuadro patológico. En este sentido, utiliza una metodología descriptiva tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Características diagnósticas
- Síntomas y trastornos asociados
- Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo
- Prevalencia
- Curso
- Diagnóstico diferencial
- Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10
- Criterios para el diagnóstico de cada cuadro patológico descrito

Cabe mencionar que el uso del DSM-IV-TR es exclusivo para profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.), dado que se requiere del criterio clínico y la ética profesional como base para la elaboración del diagnóstico adecuado para cada caso.

B) GLADP: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

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

El desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana debería incrementar la comunicación entre profesionales de la región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base de datos que permita entender mejor los problemas de esta población. En general, es previsible que esto traiga como consecuencia el desarrollo de una psiquiatría latinoamericana más científica. Con la publicación de la 10ª revisión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud 4ª edición de la adaptación norteamericana expertos de países altamente desarrollados y con importantes recursos humanos y materiales han producido con la participación de especialistas de países menos desarrollados clasificaciones diagnósticas oficiales propuestas como universales en la especialidad.

Las necesidades de América Latina en materia de nosología psiquiátrica son particulares ya sólo por el hecho innegable de que la manera de enfermar de su población está influida fuertemente por su cultura. También, las circunstancias socioeconómicas de amplios sectores de esta población obligan a enfatizar aspectos de prevención y promoción de la salud, que requieren un enfoque particular a la manera de organizar los trastornos que aquejan a estos pacientes.

Se hace necesario proponer una manera apropiada de evaluar a los pacientes y de describir sus condiciones clínicas, de modo que el diagnóstico sirva a sus verdaderos propósitos de informar efectivamente el tratamiento, orientar los programas de prevención y facilitar los esfuerzos de

promover la salud mental. El diagnóstico de los trastornos mentales con lleva una seria responsabilidad por parte del profesional de la salud terapéutico indicado para cada paciente.

Esta Guía se propone como un instrumento de orientación del proceso diagnóstico y no como sustituto del conocimiento del clínico. En psiquiatría, como en otros campos de la medicina, el diagnóstico es formulado por un clínico con los conocimientos y la experiencia que esta tarea requiere y no por la mera utilización de manuales de diagnóstico. La GLADP puede ayudar a los profesionales de la salud mental en su labor diagnóstica, pero no puede convertirse en una camisa de fuerza que los obligue a diagnosticar de una manera que ignore su mejor juicio clínico. Se recomienda a los usuarios de este manual llegar al diagnóstico de la condición clínica de la persona que se presenta para atención en salud por una evaluación global e integral del paciente que incluya, por supuesto, los elementos de juicio contenidos en las normas diagnósticas. El clínico debe comprobar si su diagnóstico satisface o no los requerimientos de las pautas de la GLADP. Reconoce el derecho del clínico a sostener su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto sea excepcional y se reserve para especialistas de experiencia.

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

El sostener un diagnóstico en contra de los criterios pautados (D.N.P.) exige que el paciente haya sido muy bien estudiado y que existan razones verdaderamente convincentes para hacerlo. No se justifica mantener un diagnóstico no pautado sólo porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos. Debe tenerse en cuenta que algunos pacientes (con depresiones, por ejemplo) pueden tener manifestaciones típicas de su entorno cultural o edad, no

recogidas en los criterios diagnósticos. En tales situaciones, si el cuadro es típico se considerará que cumple los requisitos diagnósticos.

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

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

B. Parte II. Proceso y formulación diagnóstica integral.

C. Parte III. Nosología psiquiátrica:

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

D. Parte IV. Apéndices:

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

C) CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

La presentación multiaxial de la CIE-10 ha sido desarrollada por la División de Salud Mental de la OMS pero es pertinente a todas las ramas de la salud y medicina. El esquema multiaxial de la CIE-10 contiene los 3 ejes.

- EJE I. Diagnósticos clínicos: Incluye los trastornos mentales y de medicina general. Todos los trastornos identificables en un individuo deben ser listados y codificados de acuerdo con los veinte capítulos de enfermedades en la clasificación central de la CIE-10.
- Eje II. Discapacidades: Valora las consecuencias de la enfermedad en términos de impedimento en el desempeño de roles sociales básicos. Debe ser evaluado con la versión revisada y acortada de la Escala de Evaluación de la OMS. Cuatro facetas mayores deben

ser consideradas: cuidado personal, funcionamiento ocupacional (como trabajador remunerado, estudiante, ama de casa), funcionamiento con la familia (evaluando tanto regularidad como calidad de las interacciones) y comportamiento social en general (interacción con otros individuos y la comunidad en general y actividades de tiempo libre).

- Eje III Factores contextuales: Se trata aquí de describir el ambiente en el que emerge la enfermedad en término de dominios ecológicos. Se incluyen problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo, vivienda y economía, asuntos legales, historia familiar de enfermedad y estilo de vida personal.

Esta estructura está basada en los códigos Z seleccionados del capítulo XXI de la CE-10: “Factores que influyen sobre el Estado de Salud y el Contacto con Servicios de Salud”.

Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS

Clasificación cie – 10 capítulo V (F)

Trastornos mentales y del comportamiento f00 – f99

- F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos
- F10-F19 Trastornos mentales y trastornos del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
- F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotipos y trastornos de ideas delirantes
- F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)
- F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- F60-F69 Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto.
- F70-F79 Retraso mental
- F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico

- F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- F-99 Trastorno mental, no especificado en otro lugar

Pautas para el diagnóstico

- Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c).
- Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

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. Se puede definir la psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. 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 subraya el hecho que la psicoterapia es un tratamiento, lo que supone que el sujeto presenta un trastorno o condición mala adaptativa definida. La psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto nosológico psiquiátrico, 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. 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.

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. La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

Es un profesional de la salud que tras la consecución de su titulación universitaria, ha realizado una formación específica en el área de la Psicoterapia, en una institución reconocida, que desarrolla programas de Formación que reúnen todas las características necesarias para que los candidatos a psicoterapeutas adquieran una formación completa que permita su competencia profesional teórico práctica. La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas se ocupa de reconocer los programas de formación adecuados.

En la C.T (Beck, 1979) se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el terapeuta 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. Interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto. Para detectar esas percepciones es útil utilizar preguntas dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación.

El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a

contrastar por el feedback del paciente. Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas. Puede incluso desarrollar "ensayos cognitivos" sobre las actitudes y emociones del paciente. Y generar así alternativas a las mismas.

La última habilidad, la autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga una imagen realista de lo que puede (y no puede) esperar sobre el terapeuta o la terapia. Sin embargo es conveniente que esta franqueza sea conjugada con la diplomacia y se manifieste en momentos oportunos. Al igual que las otras dos habilidades la percepción del paciente sobre ellas es él, principal determinante de su reacción, por lo que las "preguntas de feedback" son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

La R.E.T (Ellis, 1989) comparte, en general, los principios antes expuestos con respecto a la C.T. Además puntualiza otra serie de factores. Señala la conveniencia de no mostrar una excesiva cordialidad hacia el paciente; ya que aunque esto podría hacerle mejorar a corto plazo, reforzaría sus creencias irracionales de aprobación, dependencia y baja tolerancia a la frustración. Otro factor es que los terapeutas es deseable que tengan una inclinación personal de tipo filosófica y cognitiva para aplicar esta terapia de manera más congruente. Se apunta también a que el terapeuta sea capaz de manejar, si aparecen (cosa frecuente) sus creencias irracionales de aprobación, éxito y autovaloraciones respecto a las manifestaciones del paciente y la evolución de este.

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".

2.4.1 La interacción terapéutica

La psicoterapia cognitiva considera que hay 3 factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada (Beck, 1979):

- La confianza básica: Se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como segura 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. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente.
- 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 o inadecuada. 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.

Se explican al paciente las tareas a desarrollar (p.e mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso. En la fase de socialización terapéutica se inicia esta actividad.

2.4.2 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

paradojales 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).

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 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, decidir sobre su utilidad.

2.4.3 Competencias de la psicoterapia

El objetivo de la terapia es conseguir una situación deseada, diferente y mejor cambiando lo que sea necesario para lograrlo de modo que la persona aumente su capacidad para resolver los problemas y por tanto para satisfacer adecuadamente sus necesidades en su relación consigo misma y con el entorno (modelo de persona sana y efectiva). Una de las motivaciones centrales del desarrollo de la psiquiatría es el desarrollo de estrategias terapéuticas que permitan aliviar o curar los trastornos mentales y las condiciones de sufrimiento patológico que se manifiestan a través de síntomas de tipo psicológico, es decir, como disfunciones del pensar, de las emociones y de las conductas.

La psicoterapia es un proceso que comprende sesiones a intervalos de tiempos regulares, generalmente semanales, en las cuales el terapeuta estimula al paciente a reflexionar sobre sí

mismo. En este proceso, a diferencia de la conversación social, se utilizan métodos rigurosos, surgen emociones y sentimientos profundos y una comprensión enriquecida de la realidad. En la terapia, la relación entre terapeuta y cliente o entre el cliente y el grupo se estructuran de modo que se espera de todos que interactúen (realicen transacciones) de modo que se ajusten a la definición de persona sana y efectiva.

La terapia se estructura por tanto para aprender, reaprender y cambiar, para desarrollar la habilidad de resolver los problemas y por tanto de conseguir lo necesario para satisfacer las necesidades de manera adecuada (saludable y efectiva). El grupo de terapia así estructurado permite poner de manifiesto los métodos particulares efectivos o inefectivos de satisfacer las necesidades en relación de una manera rápida y eficaz. Cuando la persona interactúa con otros (realiza transacciones) en el grupo o en terapia individual pronto empieza a manifestar la forma particular en que se encuentra dañada su habilidad para resolver problemas.

El grupo y la situación terapéutica se estructuran para que sea una situación de protección y seguridad donde aprender y reaprender tanto de las experiencias personales de cambio y satisfacción de las necesidades como de las experiencias de los otros. En el grupo y en la situación terapéutica el mensaje implícito para el niño (herido, abandonado, descuidado o confundido) de la persona es: Este es un lugar seguro para hacer o aprender a hacer lo que de verdad se necesita hacer. En el grupo o en la relación terapéutica, se combina la puesta de manifiesto de cualquier deterioro de la habilidad para resolver problemas, con el contrato del cliente, su guión, las influencias culturales y las etapas de desarrollo, para ayudar a recuperar las necesidades particulares de desarrollo en relación que no fueron satisfechas y que todavía están impulsando los comportamientos sustitutivos.

En el grupo o en la relación terapéutica, se refuerzan lo mínimo posible los comportamientos sustitutivos y se procura dar cuanta más respuesta mejor a las necesidades genuinas subyacentes. Cuando una persona identifica lo que necesita y pide directamente lo que necesita para satisfacerlo, normalmente aceptamos satisfacerlo o al menos aceptamos resolver con ella los problemas de cómo conseguir satisfacer la necesidad, si no estamos dispuestos a satisfacerla

directamente. La intención de toda indagación o de la confrontación respetuosa es ante todo ayudar a la persona a experimentar lo que es la necesidad real y a tomar la iniciativa apropiada para conseguir satisfacerla y lograr su cierre.

También ayudarle a distinguir las necesidades actuales de las necesidades de desarrollo no resueltas y a responder de maneras diferentes a ellas. Para ello se pide a la persona que identifique lo que necesita o lo que siente y que haga algo al respecto. Podemos sugerir un comportamiento particular para que experimente con él dentro o fuera del grupo o de la situación terapéutica. Podemos tomar la iniciativa de hacer algo para satisfacer la necesidad de la persona.

En un grupo de autoayuda es posible superar incluso las más difíciles situaciones emocionales, pero esto nunca es automático y mucho menos instantáneo. Para lograr los beneficios posibles con la participación, es importante conocer las etapas y características del proceso terapéutico propio del trabajo de asuntos emocionales en un grupo de autoayuda.

El grupo brinda información y otros recursos, pero cuando de lo emocional se trata, tanto su estructura y organización, como las premisas y principios para la participación, hacen posible y generan un especial tipo de trabajo. Conocer su carácter y momentos es ventajoso.

Siendo un espacio social, antes que una técnica terapéutica, especialmente los profesionales del ámbito "psi" suelen dudar de los efectos terapéuticos que se pueden lograr, al participar en un grupo de autoayuda. Para el integrante, lo necesario es conocer y comprender sus características. En la medida en que se comprenden, se logran también mejores resultados. En el trabajo de las emociones cada integrante pasa repetidamente por un ciclo, conforme aborda distintos asuntos. Si se analiza y considera este proceso, es posible aprovecharlo mejor y ayudar todos a que se logre.

El observador casual y muchos nuevos integrantes suelen pensar que solamente se trata de catarsis. Esto es cuando al hablar frente al grupo una persona narra lo que vivió y sintió, reviviéndolo con toda la emoción original; llorando; gritando y con otras fuertes expresiones de su sentimiento. La catarsis permite recordar y revivir al detalle un evento o situación. Esto es

frecuentemente necesario para traer a la memoria todo lo que necesitará ser hablado y trabajado. Es verdad que se sufre nuevamente, pero cuando se busca avanzar, esto es parte.

La catarsis suele ser un primer momento y etapa, difícil, pero en muchas ocasiones esencial. Cuando se entra en ella, el grupo lo reconoce y suele dar tiempo, apoyo y espacio. El que la catarsis sea comúnmente parte es distinto a que se haga una rutina y hasta requisito. Muchas veces sale sobrando y pierde su utilidad si se hace repetición de otras anteriores. En esos casos, llega incluso a ser obstáculo e impedir el avance. Una cada vez más fina escucha es producto de una situación de confianza, respeto y cuidado mutuos, todo producto de los mecanismos, premisas y formas de interacción que generan la ayuda mutua en el grupo de autoayuda.

Es posible hablar cuando se tiene toda confianza y seguridad de estar en plena libertad para hacerlo. Para quienes escuchan se hace posible poner toda su atención cuando se sabe que interrumpir al que habla queda fuera. Por eso cuando se usa una tribuna al frente es particularmente claro que hay un lugar físico exclusivo para la palabra y la única persona que la tiene. Trabajando en círculo, como es más común mundialmente, hay rutinas claras que hacen del relevo de la palabra una mecánica reconocida y respetada por todos. Y cuando el derecho de expresarse es claramente respetado, la necesidad de hablar con nuestras contrapartes permite decir tanto que la escucha se hace necesaria. Usándose principalmente la primera persona del singular al hablar, lo dicho lleva hacia una muy particular forma de aprender mutuamente.

La interpretación es clave para reconocer y comprender aquello que motiva sentimientos, actitudes y formas de respuesta, especialmente las más difíciles de cambiar. Es necesario encontrar el sentido y significado de un evento o experiencia que ocasiona conflicto. Incluso construir nuevas significaciones, mediante lógicas distintas, para comprender de otra forma y destrabar aquello que se encontraba atorado, tapado o negado. Esto sucede cuando he logrado hacer del grupo una herramienta para este trabajo, buscando y permitiendo que lo ahí escuchado me toque y ayude. Inicialmente este efecto "interpretante" de mi experiencia y sentimientos es solamente una primera aproximación.

Trabajando en círculo, como es más común mundialmente, hay rutinas claras que hacen del relevo de la palabra una mecánica reconocida y respetada por todos. Y cuando el derecho de expresarse es claramente respetado, la necesidad de hablar con nuestras contrapartes permite decir tanto que la escucha se hace necesaria. Usándose principalmente la primera persona del singular al hablar, lo dicho lleva hacia una muy particular forma de aprender mutuamente.

2.4.4 Modelos de la Psicoterapia

Para el estudio de la psicopatología, se han dado diferentes enfoques y/o modelos para dar una explicación a éste, como lo son: el biomédico, el Psicodinámico, el socio-biológico, el conductual, el cultural, el humanista, el cognitivo, el existencial, el social, el evolucionista, el constitucional, etc.

2.4.4.1 Modelo psicoanalítico

La terapia psicodinámica o psicoanálisis es aquella terapia basada en la suposición de que los desórdenes psicológicos surgen principalmente de conflictos internos ocultos con los impulsos reprimidos. 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; por Fechner, creador de la psicofísica, del que aprovechó su concepto de umbral para elaborar el concepto de censura; por Brucke y T.Meynert, fisiólogos y maestros de Freud, de los que recoge conceptos como el de los procesos primarios y secundarios; por Brentano del que deriva el concepto de Yo como función autónoma y por el desarrolló del método hipnótico y catártico de J.Breuer.

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

1. La etapa pre fundacional (1886-1895): En ella Freud clasifica las neurosis y busca un método de tratamiento para las mismas. En esta época son relevantes sus obras: Los estudios sobre la histeria (1895, publicada con *Bremer*) y Proyecto de una psicología científica para neurólogos (1895, obra que no llegó a publicar en vida). Desarrolla un modelo causal de las histerias basado en las experiencias traumáticas del sujeto que quedan a nivel inconsciente y desarrolla una teoría de los procesos psíquicos como energía que circula por determinadas estructuras cerebrales.

2. La etapa fundacional (1895-1895): Los rasgos sobresalientes de esta etapa son el desarrollo del método de la asociación libre y el abandono de la teoría de las experiencias traumáticas (seducción infantil). El método de la asociación libre lo comenzó a utilizar con el mismo (autoanálisis) y le sirvió para descubrir sus deseos incestuosos hacia su madre, que formuló como Complejo de Edipo y que extendió como fenómeno universal.

3. La etapa de la Psicología del Ello (1900?1914). Se fundamenta en el concepto de libido, que sirve como base a la teoría psicoanalítica .Por libido se entiende la fuente de energía del psiquismo, la pulsión sexual (aunque no limitada a lo genital), que puede reprimirse, descargarse, sublimarse.

4. La etapa de la Psicología del Yo (1914-1939). En esta fase desarrolla su segunda teoría de la estructura mental (segunda tópica) que se organiza como fuerzas psíquicas en conflictos entre el Ello, el Yo y el Superyó. También introduce en las fuerzas pulsionales de la libido el concepto de pulsión de muerte. A esta época pertenecen las obras:"introducción a la metapsicológica" (1915),"mas allá del principio de placer"(1920) y "El Ego y el Id"(1924). A partir de este momento el Yo se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico, y el psicoanálisis se dirige a aliviar al yo de las presiones tanto del ello como del superyó.

Los principales disidentes del psicoanálisis freudiano (Adler y Jung) habían formado parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos psicológicos y

psicoterapéuticos. Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación, proponiendo un método terapéutico más directivo centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales y es el fundador de las primeras clínicas de trabajo psicológico con problemas infantiles. Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobre todo en las religiones.

Se suele definir el psicoanálisis desde cuatro niveles (Aplanche y Pontalis:

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.

2.4.4.2 Modelo conductual

En 1959, Eysenck introduce el término terapia de conducta para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje clásico y operante, en una metodología científica de tratamiento. En la década de 1960, se desarrolla por Bandera 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,

Los enfoques cognitivos de la depresión de Beck, los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum y la teoría de las expectativas de auto eficacia de Bandera 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.

La terapia o modificación de conducta tiene aplicación en un rango muy amplio de problemas (neurosis, depresión, trastornos de pareja, toxicomanias, trastornos psíquicos infantiles, medicina); y es reconocida como uno de los enfoques más influyentes y prestigiosos en el terreno de la salud mental. Algunos autores destacan como su último desarrollo las llamadas terapias cognitivas. Para otros autores (Beck) las terapias cognitivas se basan en un modelo del hombre y la terapia distinto al mantenido en la terapia de conducta más tradicional. Sin embargo en la terapia cognitiva se utiliza con profusión las técnicas conductuales como procedimiento de cambio de significados cognitivos. Nosotros trataremos estas terapias en otro punto por tener algunas características distintivas a estos modelos conductuales.

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

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

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

La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta; se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos; asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje.

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 al asociarse con un estímulo incondicionado. 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. Ha sido propuesto para explicar y tratar diversos fenómenos neuróticos.

La Teoría de los dos factores propone que la respuesta de ansiedad se condiciona a un estímulo neutro primer factor y que la respuesta de escape o evitación es reforzada por la reducción de la

ansiedad, como respuesta operante segundo factor. Eisenach desarrolla su teoría de incubación del miedo donde el estímulo condicionado de carácter fuerte puede adquirir las características del incondicionado, aunque este no termine presentándose, manteniéndose la respuesta ansiosa sin extinguirse.

Del condicionamiento operante se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular se hace más probable si es seguida de una consecuencia o contingencia reforzante. La conducta no está controlada por sus antecedentes sino por sus consecuencias. Si una conducta aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso reforzamiento positivo. Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un estímulo adversivo, se denomina a ese proceso como reforzamiento negativo.

La probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como castigo. Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes se denomina al proceso como extinción. Aspecto destacable son las teorías del autocontrol y el interaccionamiento recíproco. Aunque la persona está en gran parte controlada por sus contingencias ambientales y su historia de aprendizaje, su propio repertorio conductual le permite ejercer cierto autocontrol sobre su propia conducta y sobre el entorno, de modo que este y ella se modifican recíprocamente.

2.4.4.3 Modelo humanista

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones fenomenológicas, humanistas y existencialistas desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la Terapia gestáltica, el Análisis Transaccional y la Psicoterapia Centrada en el Cliente. A todas las orientaciones anteriores se les denomina tercera fuerza en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

Estas psicoterapias se desarrollan sobretodo en Norteamérica, en gran parte al margen de la tradición académica. Sus antecedentes filosóficos se encuentran en autores como F. Brentano que destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E. Husserl que destaca el análisis de la experiencia inmediata, de la conciencia pura, a través del método fenomenológico; K. Jaspers, filosofo y psicopatología que introduce en psiquiatría el método fenomenológico como forma de describir las vivencias anómalas del enfermo psíquico.

S. Kierkegaard, precursor del existencialismo y que describe los problemas del significado de la vida, la muerte, y la ansiedad existencial; L. Binswanger, psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado *dasein* análisis. J.P.Sartre, que destaca el como la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por sí mismo.

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

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

1. La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.
2. La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.

3. La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.
4. Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el punto de vista de la persona afectada este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales.
5. La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

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

De la manera anterior se da una interacción mutua entre la experiencia y el autoconcepto. Sin embargo el sujeto puede desarrollar una desconfianza hacia su propia experiencia emocional en base a las prácticas de educación y crianza en las que está inmerso. La presión del entorno puede

hacer que el niño enfoque su conducta a agradar, llevarse bien, alcanzar el éxito, según es definido por instancias externas al mismo. El niño aprende que para ganarse la aprobación de los otros debe de actuar según unos criterios externos.

2.4.4.4 Modelo sistemático

El concepto central de las terapias sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas. 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. En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambios.

El concepto básico es el concepto de sistema. Surgió en los 40 para abarcar fenómenos que los planteamientos reduccionistas no podían explicar. Este planteamiento tuvo gran repercusión en las ciencias naturales, pero también en las sociales: Bertalanffy fue nombrado en 1967 miembro de honor del APA.

Sistema: Conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado.

Se distingue entre:

- **Suprasistema:** medio en el que el sistema se desenvuelve.
- **Subsistemas:** Componentes del sistema.
- **Sistemas cerrados:** Sus componentes no intercambian información, materia, energía con el medio externo.
- **Sistemas abiertos:** Sus elementos intercambian información, materia, energía, con su medio externo y muestran la capacidad de adaptarse al medio.

Los sistemas tienen la propiedad de autoregularse a través de mecanismos de feedback y feedforward (antero-retroalimentación), que mantiene sus parámetros básicos en funcionamiento.

Conceptualización de la familia como un sistema abierto, con sus propiedades sistémicas:

- Totalidad: El cambio en un miembro afecta a los otros.
- Límites: Entre los subsistemas con permeabilidad variable (difusos, claros, rígidos).
- Jerarquía.
- Retroalimentación: La conducta de cada uno influye sobre los demás mediante feedback positivo (favorecedor) o negativo (corrector).
- Equifinalidad: Se puede llegar a una misma pauta de interacción a través de caminos diversos.
- Tendencia a estados constantes: La necesidad de economizar favorece la aparición de redundancias comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a reglas interaccionales que pueden llegar a convertirse en parámetros del sistema.

2.4.5 Formas de psicoterapia

2.4.5. 1 Psicoterapias Psicoanalíticas

2.4.5.1.1 Psicoterapia focal

La psicoterapia focal es una modalidad de tratamiento psicológico, derivada del psicoanálisis, que permite trabajar conflictos internos y/o relacionales, en un período limitado de duración. El formulario de entrevista inicial contiene datos para que los integrantes del equipo puedan discutir A) si se puede ayudar al paciente con una terapia breve, y b) qué aspecto de la enfermedad del paciente debía tratarse. Luego, durante el tratamiento, cada sesión debía ser sintetizada con los datos de relevancia en un 'informe de sesión'. Luego del alta, los informes de seguimiento tienen el mismo encabezamiento que los informes de sesión.

La psicoterapia focal presenta algunas semejanzas y diferencias con las otras psicoterapias breves. La terapia focal sigue la línea psicoanalítica, pues la actividad del terapeuta está restringida a intervenciones interpretativas. Su actividad consiste en a) encontrar el foco apropiado de los varios que ofrece el paciente, y b) aproximarse a él de modo constante y coherente con la sola actividad interpretativa. Lo que no se relaciona directamente con el foco queda sin interpretar. Pero si las circunstancias lo exigen, el terapeuta deberá cambiar el foco (las asociaciones del paciente pueden mostrar la irrelevancia del foco elegido originalmente). Dentro de las áreas que requieren más elaboración y estudio, están los procesos de sintonización (o desarrollo) y cristalización para elegir el foco, los procesos de congeniar entre paciente y analista como criterio de selección, las técnicas usadas en el desarrollo de la terapia, el estudio del conocimiento del pronóstico, y el uso de formularios y sus posibles modificaciones, incluyendo incluso grabaciones.

Foco: problema concreto sobre el que privilegiadamente se va a centrar la atención y esfuerzos del terapeuta y el paciente en las sesiones. Es responsabilidad del terapeuta identificar inicialmente un foco y proponerlo para su abordaje preferencial, pero es trabajo del paciente(s) el aceptar y elaborar tal plan y alcanzar la meta terapéutica. (Mitchell, 1993)

La atmosfera de la sesión debe facilitar:

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

La técnica "recoge aportaciones teóricas del psicoanálisis y las aplica a tratamientos mucho más focales y mucho más breves en el tiempo de aplicación, de tal manera que en un contexto de gran presión asistencial se beneficie al mayor número de enfermos posible". Este tratamiento responde al hecho de que la práctica psicoanalítica puede ser aplicada a un número muy limitado de pacientes: los objetivos son cambios profundos en la estructura de la personalidad y requieren mucho tiempo y esfuerzos económicos, que la sanidad pública no puede asumir. "El mismo Freud,

muy denostado por cierto, ya planteó que se debería de alejar el oro puro del psicoanálisis con el cobre, para buscar un término medio y extender el trabajo psicoanalítico a la sociedad". Desde entonces ha habido diferentes técnicas de aleación: terapias de apoyo, terapias directivas, etc.

La terapia focal aborda y busca resolver determinadas situaciones, por ejemplo, situaciones de crisis como duelos, divorcios, migraciones, enfermedades muy graves. Por eso mismo y cabe remarcar, no está indicada para por ejemplo la modificación de una neurosis obsesiva, un trastorno de personalidad o una adicción. Trata de acompañar, guiar y potenciar las oportunidades de elaboración y crecimiento para evitar un desenlace destructivo, trágico como puede ser un suicidio, un proceso de psicotización o un proceso sordo de cronificación que estropea todo el resto de la vida del sujeto.

2.4.5.1.2 Psicoterapia breve y de emergencia

El terapeuta se centra en el problema actual en lugar de examinar sus antecedentes. Las características de la psicoterapia breve surgieron debido a la necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes a los que, a causa de circunstancias económicas o de urgencia, era muy difícil proporcionarles un tratamiento prolongado.

La psicoterapia breve surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes que, por el contexto en que se encontraban, era muy difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas. Su autor brinda una actualización de los conceptos desarrollados por él acerca de la psicoterapia breve; además muestra su aplicación en nuevos campos como la terapia cognitivo-conductual y el trabajo con niños.

En la actualidad, la exigencia de ofrecer más servicios de salud mental ha llevado, a los profesionales de la psicología, a plantear nuevas formas de intervención, breves y rápidas, con el propósito de atender una demanda considerando la escasez de personal competente para responder de manera inmediata una emergencia psicológica, se ha trabajado en la formación de personas que intervengan en momentos de crisis emocional, pues en determinado momento de la vida, de casi

todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos y trastornos mentales

No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo y ha implicado un cambio radical en su vida; el individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan satisfactoriamente, el problema rebasa sus capacidades de resolución y, por lo mismo, se encuentra en desequilibrio, como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención que lleva a cabo un profesional de la Salud Mental puede ofrecer una ayuda inmediata, administrando la dosis de medicamentos correctos y/o iniciando un trabajo terapéutico de reajuste mental, con el propósito de restablecer el equilibrio emocional que prepare o evite tal tratamiento largo, es necesario una primera intervención, generalmente, de una terapia breve cuyo principal objetivo es dar apoyo psicológico, ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita.

El enfoque de la psicoterapia breve y de emergencia se deriva en gran medida de la orientación, adiestramiento y experiencias específicas de cada psicólogo y sus conceptos proceden en la mayoría de la teoría psicoanalítica.

La psicoterapia es básicamente un proceso muy simple que comprende desconocimiento, aprendizaje y reaprendizaje del pensar y sentir de cada persona” (Bellak, 2005); su proposición consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial, la psicoterapia se ocupa de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre el organismo humano, intenta comprender y modificar la masa perceptible acumulada que afecta los sentimientos, comportamientos actuales y las respuestas derivados de ellos; para lograr esto se tiene que pensar mucho, planificar y conceptuar, esta conceptualización es la que hace posible a la terapia breve, la técnicas psicoterapéutica plantea proposiciones necesarias

para producir óptimamente los cambios en la estructura y la dinámica para la menor adaptación y en contraste con la psicoterapia breve y de emergencia esta toma las reglas cuidadosamente planeadas, se basa en proposiciones claramente formuladas derivándose de la teoría psicoanalítica.

No se cree que sea necesario seleccionar en forma especial a los pacientes para esta terapia, en lugar de ello se debe determinar las metas en cada caso en particular” (Bellak, 2005), ya que cada persona introyecta los problemas de diferente manera, por ejemplo en los ataques de ansiedad o las depresiones y muchos otros estados agudos se prestan para tratarlos exitosamente con terapia breve, la cual se sugiere que se tome como el primer método de elección y solo cuando es necesario emplear psicoterapia de larga duración o psicoanálisis. El contar con un terapeuta humano y con una personalidad curativa no es un hecho sin importancia, pues si se tomar en cuenta que sea un terapeuta bien entrenado que proporcione las intervenciones específicas basándose en hipótesis acerca de la personalidad y la psicopatología el o los problemas con que el paciente se presente serán aun más fáciles de resolver en un a terapia breve.

2.4.5.2 Psicoterapias conductistas

2.4.5.2.1. 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 incapacitante como para impedir solucionar el problema, seguir adelante y aprender cómo hacerlo mejor la próxima vez.

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 las 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.

A. 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.

B. 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.

C. 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.

D. 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.

2.4.5.2.2. Terapia constructivista cognoscitiva

Psicoterapia que pretende ayudar a los individuos a comprender sus formas únicas de ver el mundo y a cambiar los aspectos irracionales de ese punto de vista

La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro; es relevante, importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan". En otras palabras, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

1. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".

2. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
3. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
4. La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo las terapias cognitivas enfatizan:

1. La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
2. Un enfoque orientado al problema y los objetivos.
3. El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

Las terapias conductuales son formas de psicoterapia que se centran en modificar los patrones inadecuados de conducta mediante el uso de los principios básicos de aprendizaje, como el clásico y el operante. Esta perspectiva de las terapias psicológicas postula que los desórdenes se deben a un aprendizaje fallido y, por tanto, pueden ser modificados usando los mismos métodos por los cuales fueron aprendidos. En ese contexto, la tarea principal del terapeuta conductual se basa en tres puntos:

- Modificar la conducta actual.
- Proporcionar al cliente las habilidades que necesita o eliminar los patrones aprendidos de conducta que le están causando malestar.
- Ofrecer al individuo la capacidad del autocuidado guiado, es decir, que la persona use estrategias que pueda aplicar para superar sus problemas cuando no se encuentra con el terapeuta

2.4.5.3 Psicoterapias Humanistas

2.4.5.3.1. Psicoterapia Transpersonal

Si nuestra ciencia de la salud mental ha de llegar a ser más efectiva, los psicoterapeutas tendrán que equilibrar su conocimiento de las técnicas y conceptos psicológicos con una disposición contemplativa.

La psicoterapia transpersonal, tal como la definen los psicoterapeutas cuya práctica clínica incluye este tipo de trabajo, es el aspecto de la terapia que trasciende los objetivos del ego y conecta lo psicológico con la práctica espiritual. Tradicionalmente, la terapia occidental se ha preocupado sobre todo por la psicodinámica, la modificación del comportamiento y el crecimiento personal. Se ha considerado que una personalidad bien adaptada es sana y se ha ignorado mayormente todo aspecto del ser que trascienda la personalidad.

Durante las últimas décadas han aparecido numerosas psicologías del yo cuya meta es ayudar a los individuos a que se adapten a la sociedad y alcancen sus objetivos personales en la vida. Además, las orientaciones existencialistas y humanísticas han asignado un lugar central a la búsqueda de significado y a la indagación de la identidad individual. El mundo interior de la psique ha sido explorado en profundidad por la psicología analítica de Carl Jung y otros. Sin embargo, sólo en la década de 1970 han empezado a interesarse los terapeutas occidentales por la investigación personal de la meditación y de otras técnicas orientadas a la alteración de la consciencia, y a incorporar las técnicas orientales a la práctica de la terapia.

En tanto que el ámbito de lo transpersonal era previamente dominio exclusivo del gurú o maestro espiritual, a los psicoterapeutas que trabajan con el tipo de problemas humanos que ponen en juego los valores, el significado y el propósito se les ha hecho cada vez más evidente que cuando el crecimiento psicológico trasciende la personalidad, plantea invariablemente cuestiones de naturaleza espiritual. Con frecuencia se considera que la psicoterapia orientada a la resolución de

conflictos psicodinámicos y al crecimiento personal es una buena preparación para las disciplinas espirituales que se ocupan exclusivamente de los dominios transpersonales del ser.

La terapia transpersonal, sin embargo, es un intento de facilitar el crecimiento de los clientes no sólo con vistas a lograr el fortalecimiento del yo y la identidad existencial, sino también, yendo más allá de la identidad del ego, a pasar a los territorios de la realización transpersonal y de la trascendencia.

El dominio de la psicoterapia transpersonal se extiende, pues, más allá de los objetivos y las formas de adaptación que son tradicionales del ego. Aunque se dirige a las necesidades y aspiraciones básicas de éste, como pueden ser la necesidad de auto estima y de consolidar relaciones interpersonales satisfactorias, no se detiene en esto; considera también los motivos, experiencias y potencialidades accesibles a los individuos que ya han alcanzado en su vida un nivel de desenvolvimiento práctico satisfactorio.

En su investigación de esas personas relativamente sanas, Abraham Maslow encontró una amplia variedad de lo que él llamaba «meta motivos», por ejemplo los impulsos hacia la verdad, la estética, la auto realización, etc. El prefijo “meta”, tal como se usa aquí significa algo superior o trascendente e indica que estos motivos están más allá de las necesidades de supervivencia básicas y se extienden a las vivencias de identidad y a modos del ser que no están limitados por las fronteras habituales del ego. Cuando se manifiestan, tales motivos y experiencias son análogos a los que se describen y buscan en las grandes disciplinas religiosas y espirituales, que ahora empiezan a ser comprensibles en términos psicológicos.

Maslow describió de la siguiente manera la correspondencia de los metamotivos con la experiencia transpersonal: “Los metamotivos ya no son, por consiguiente, sólo intrapsíquicos y orgánicos. Son igualmente internos y externos. Ello significa que la distinción entre el propio ser y lo que no lo es se ha deshecho (o ha sido trascendida). Ahora hay menos diferenciación entre el mundo y la persona. Esta se convierte en un ser ampliado. Identificar lo que hay de más elevado

en el propio ser con los valores supremos del mundo de afuera significa, hasta cierto punto por lo menos, una fusión con lo que no es el propio ser.”

Se puede decir, entonces, que la psicoterapia transpersonal abarca una gama de la experiencia humana más vasta que la que constituía en el pasado la preocupación predominante de la psicoterapia en Occidente. Las experiencias o vivencias transpersonales, entendiendo como tales las que extienden la percepción más allá de los límites del ego, forman parte integral del proceso terapéutico.

Se hizo así cada vez más obvia la necesidad de contar con terapeutas que tuvieran un conocimiento personal de estos campos; y los profesionales que comenzaron a investigar estas disciplinas encontraron en ellas instrumentos útiles para trabajar no sólo con sus clientes, sino consigo mismos. Algunos terapeutas empezaron a incorporar a su práctica regular algunas técnicas meditativas para la relajación y la concentración. Otros fueron más lejos y empezaron a sugerir la práctica de otras disciplinas, como el yoga, además de la terapia. La apreciación cada vez mayor de la importancia de tratar el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu como un todo coincidió con la aparición de la medicina holista, que a su vez insistía en tratar a la persona entera en vez de centrarse en síntomas específicos.

Aunque la palabra psicoterapia significó originariamente la atención o el cuidado del aliento o el espíritu (alma), ha llegado a estar asociada a la práctica médica. La psicoterapia transpersonal no excluye lo que tradicionalmente se considera «mejorar», pero además incluye una amplia variedad de técnicas para trabajar con el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu, tomadas tanto de la psicología oriental como de la occidental. Así pues, un terapeuta transpersonal, al mismo tiempo que trabaja con los sueños y la fantasía puede sugerir que en el curso del tratamiento se tengan en consideración la dieta y el ejercicio físico.

Aunque no es probable que haya profesionales expertos en todos los campos, la apreciación del valor del trabajo con el cuerpo, de la meditación y de la atención consciente en la práctica diaria da como frecuente resultado recomendaciones que pueden ser consideradas como adiciones a la

psicoterapia, siendo en realidad parte integral de la búsqueda de la salud y el bienestar. Un terapeuta transpersonal puede ser ecléctico en el empleo de diversas técnicas en la terapia, pero el matiz transpersonal de la orientación depende del contexto en que se emplean dichas técnicas. Un contexto transpersonal está condicionado por los valores, creencias, actitudes y puntos de vista sobre la naturaleza humana que adopta el terapeuta como elementos para la práctica de la psicoterapia. De un terapeuta transpersonal se puede esperar, pues, que examine las creencias que determinan la naturaleza de su trabajo.

Un contexto transpersonal ofrece una visión ampliada de la capacidad humana para el bienestar situándola en una perspectiva basada en su relación con los intentos previos de abordar las cuestiones perennes del bienestar psicológico. Tradiciones espirituales, como el sufismo, pueden enseñarnos sobre la salud mental, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de la persona entera, en vez de limitarse al ego o a la personalidad. Se trata de una postura, contexto o marco de referencia particular dentro del cual se pueden emplear diversos métodos. Su enfoque echa los cimientos para una mayor integración de las perspectivas oriental y occidental en lo que al estudio de la consciencia se refiere.

El alcanzar cierto grado de soberanía personal significa reconocer tanto los enormes problemas a que se enfrentan los seres humanos como los pasmosos éxitos obtenidos. Autores como Bugental insisten en el carácter central que asume el proceso en la terapia y llaman la atención sobre la importancia de la relación entre terapeuta y cliente. «Mientras hombres y mujeres no acepten su propia naturaleza y se den cuenta cabal de que son autores y no víctimas de su destino – escribe - todos sus esfuerzos están condenados al fracaso.».

En el intento de abarcar con mayor amplitud la experiencia humana, la psicoterapia transpersonal añade, a los conceptos psicológicos tradicionales de salud, los aspectos asociados a los niveles transpersonales del ser.

2.4.5.3.2. 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 May y todos los demás psicoterapeutas humanistas (Frick, 1973), y a la autorregulación organística 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, consciente 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 rogeriano 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 consciente 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).

2.4.5.3.3. 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.

a. 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 qué 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 síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento. Por tanto, se ubica en la categoría de las terapias humanistas.

b. Conceptos principales

Se basa en:

- El aquí y ahora: vivir y sentir el presente. Vivir y sentir la realidad.
- El darse cuenta ("*awareness*", en inglés): 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.
- Aceptar lo que uno es: no buscar ídolos, no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos.
- Enfatizar en el cómo o en el para qué más que en el porqué: ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?

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.

2.4.5.3.4. Logoterapia

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

a. Propuestas

Después del psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Alfred Adler, la logoterapia es la "tercera escuela vienesa de psicología" desarrollada por el neurólogo, y psiquiatra, Viktor Frankl. 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 "voluntad de poder" 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 (Psicologismo).

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 (Reduccionismo).

b. 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.

c. Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma.

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

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.

d. 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.

2.4.5.4 Psicoterapias Sistémicas

2.4.5.4.1. Terapia familiar sistémica

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, revaloriza 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 sí 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.

2.4.5.5. Psicoterapias 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.

2.4.5.5.1. 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.

a. La bioenergética como terapia

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. Una tesis fundamental de la bioenergética es que cuerpo y mente son funcionalmente

idénticos: es decir, lo que sucede en la mente refleja lo que está sucediendo en el cuerpo, y viceversa.

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. Para entender mejor las terapias bioenergéticas, la relación entre cuerpo, mente y procesos energéticos, es mejor expresarla en el siguiente ejemplo:

Como todos sabemos, mente y cuerpo pueden influenciarse uno al otro. El modo en que uno piensa puede afectar el modo en que uno siente. Lo contrario es igualmente cierto. Esta interacción, sin embargo, está limitada a los aspectos conscientes o superficiales de la personalidad. A un nivel más profundo, es decir, a nivel inconsciente, tanto pensamiento como sentimiento están condicionados por factores energéticos.

Así, es casi imposible para una persona deprimida sobreponerse de su depresión a base de tener pensamientos positivos, esto se debe que su nivel de energía está deprimido (su respiración estaba deprimida junto con las restantes funciones vitales). Cuando su nivel de energía es elevado a través de una respiración profunda y la descarga de sentimientos, la persona sale del estado de depresión.

2.4.5.5.2. 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 (tumoraes, 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.

a. ¿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 recalcado 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.

b. ¿En qué puede ayudar la musicoterapia?

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. Dentro del espectro de la sintergética y las terapias vibratorias, puede ser

fundamental el uso del sonido puro o de acordes armónicos o inarmónicos para la movilización de energías particulares con efectos orgánicos concretos.

2.4.5.5.3. 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 (CAM) que trata de lograr la sanación o equilibrio del paciente a través de la imposición de las manos del practicante, canalizando cierta supuesta "energía vital 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.

a. 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 zen japonés), fue quien afirmó haber redescubierto por casualidad esta técnica de sanación milenaria, tras alcanzar *satori* (estado máximo de iluminación y plenitud) durante un retiro espiritual en el monte Kurama de Kioto hacia 1922.

b. 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 seres vivos como animales, plantas o a determinadas situaciones.

El método *reiki* se basa en la creencia hinduista 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.

2.4.5.5.4. 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.

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

Resulta altamente interesante, la paradójica 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.

2.4.5.5 Hipnosis

El trance hipnótico es distinto al sueño, en este el sujeto se vuelve sumamente receptivo y sensible a ciertos estímulos internos y externos lo que provoca que centre su atención en un aspecto de la realidad e ignore el resto, de los estímulos. Para inducir el trance el hipnotista convence al paciente para que se relaje y se olvide de las distracciones externas. El hipnotista no puede obligar al o la paciente a hacer algo que él no desea, se pretende que juntos traten de resolver un problema o conoce más a fondo cómo funciona la mente del paciente. A través de la hipnosis se logra aliviar el dolor, aumenta la confianza, reduce algunos malos hábitos, y relajación general.

Imaginación guiada: En esta técnica se le pide al paciente que se siente en un sillón cómodo mientras el terapeuta le ayuda con diversas técnicas a alcanzar la relajación profunda que le permite imaginar con libertad. La imaginación guiada crea confianza, aumenta la concentración y disminuye hasta desaparecer el miedo, fobias y pánico. También enseña a visualizar problemas de salud e imagina formas para eliminarlos”.

La hipnosis se aplica para:

- Aliviar el dolor en especial si afecta los nervios
- Para vencer temores y/o fobias
- Acabar con malos hábitos como dejar de fumar, bajar de peso o dejar el alcohol o drogas.
- Aliviar problemas relacionados con el estrés, como migraña, eczema y ansiedad.

- En ocasiones se puede utilizar en niños que mojan la cama.
- Ayuda a las embarazadas a que tengan un alumbramiento más rápido y con menos dolor.

2.4.5.5.6 Aromaterapia

La aromaterapia, es el uso de aceites aromáticos de olor agradable que se extraen de plantas por medio de la destilación. Se utiliza para tratar problemas físicos y emocionales, con un ligero aroma se logra despertar un recuerdo vivido o una emoción muy fuerte. Se emplea en varias condiciones, entre las cuales incluyen:

- Problemas de estrés: insomnio, ansiedad.
- Dolores por tensión
- Problemas con la piel como acné
- Infecciones y dolencias severas
- Problemas médicos: como quemaduras y diabetes

La aromaterapia consiste en administrar mediante la inhalación o el contacto con la piel, distintos extractos vegetales concentrados, a través del olfato, sus aromas actúan sobre el ánimo, e induce a la relajación o euforia.

2.4.5.5.7 Hidroterapia

La hidroterapia utiliza el agua de distintas maneras para dar tratamiento a las molestias producidas por el estrés, para la relajación y para conservar la salud. Los baños a diferentes temperaturas ayudan a mejorar la circulación, los baños de vapor y sauna ayudan a relajarse, hacer sudar y esto desintoxica el cuerpo. Baños fríos y calientes: En ocasiones el efecto terapéutico del baño se puede conseguir mediante la temperatura del agua, a veces ayudada por flujos específicos como la ducha a presión o el hidromasaje. Los baños a temperatura corporal (37° C) son relajantes y sedantes, los fríos o calientes son estimulantes. Los baños pueden ser por inmersión o mediante paños húmedos.

La inmersión puede ser de todo el cuerpo o de algunas zonas. Los tratamientos con burbujas son utilizados para relajación y desintoxicación del cuerpo. Baños con agua caliente: son utilizados para aliviar el dolor muscular, mejorar la circulación estimula, controla las convulsiones, induce el sueño, acelera el pulso y la respiración.

- Los Baños templados: Son sedantes pueden prolongarse durante horas e incluso, se utilizan para algunas enfermedades nerviosas.
- Baños Neutros: son muy relajantes, ayudan a tratar la ansiedad, el insomnio, cambios de humor, se sumerge el cuerpo hasta el cuello en una bañera, debajo de la temperatura corporal. Se recomienda permanecer ahí de 15 a 20 minutos.
- El ejercicio acuático: se recomienda a mujeres embarazadas, personas con artritis, y discapacitados y lo ofrecen especialmente en clubes sociales.

2.4.5.5.8 Psicodrama

Procedimiento psicoterapéutico, que emplea técnicas dramáticas, además de verbales como medio de expresión, se trabajan situaciones que han sido importantes en la vida del paciente, a manera de teatro. Los argumentos son proporcionados por el o la paciente e interviene como actor, jugando su papel como si se tratase de un hecho real. Existen distintos tipos de psicodrama, de acuerdo al número de miembros, puede ser individual, grupal de parejas, familiar, público o privado, y puede aplicarse a pacientes de diferentes edades.

- Los grupos pueden ser abiertos o cerrados
- El tratamiento puede consistir en una sola sesión, ser de tiempo limitado o ilimitado.
- Las sesiones pueden ser breves (10 a 20 minutos)
- De tiempo medio (1/2 hora más o menos), o sesiones prolongadas (4 a 5 horas o más). Pueden realizarse una o más veces por semanas.
- En las sesiones de psicodrama se tratan los problemas individuales de los y las pacientes y los del grupo

- Para las dramatizaciones se utiliza un espacio de la habitación donde se realiza la sesión.
- Entre las técnicas más empleadas en dramatización esta: la representación de situaciones que ha vivido el o la paciente en la realidad.

Las vivencias expresadas en el psicodrama están relacionadas con el desarrollo inicial del niño:

- Fase de la identidad del Yo con el Tú: el paciente con su entorno, el terapeuta intenta imitar al paciente de manera que parezca ser él, y trata de sentir y actuar igual, lo imita en movimientos, gestos, etc.
- Fase de reconocimiento del yo: reconocerse como persona, método del espejo, aquí se utiliza un espejo imaginario, el paciente es espectador y observa cómo se comporta y actúa con otras personas.
- Fase del Reconocimiento del Tu: del conocimiento del os otros. Método de cambio de papeles: En este método el paciente debe ponerse en el lugar del otro y actuar como él lo haría.

2.4.5.5.9 Reflexología

Es terapia táctil que aplica presión en puntos específicos de los pies y de las manos para aliviar otras partes del cuerpo. Al dar masaje en esos puntos, libera los bloqueos de energía y estimula sus poderes de curación naturales. Los puntos de la reflexología son:

- Los dedos corresponden a la cabeza y el cuello
- El pulpejo del pie corresponde al área del pecho
- El arco del pie corresponde al área abdominal
- El talón corresponde donde al área pélvica y órganos reproductores.

Las técnicas utilizadas en reflexología son:

1. Presionar en un punto: presione con firmeza en el punto y soltar

2. Giro en un punto: en lugar de mover el pulgar en forma circular para aplicar presión en el punto, debe girar el pie para hacer lo mismo.
3. Presione y suelte en un punto: coloque el pulgar en el punto y presione con suavidad luego disminuir un poco la presión con el pulgar ligeramente hacia delante hasta el siguiente punto y aplique presión otra vez. Al aplicar presión en distintos puntos reflejos en los pies y las manos, afectará las partes del cuerpo relacionadas.

Conclusión

1. Para la elaboración del referente teórico se realizó una serie de investigaciones de la cual se obtuvo información que servirá para enriquecer el conocimiento del alumno practicante.
2. El practicante realizó investigaciones de acuerdo a los problemas o conflictos psicológicos que se le presentaron en su Práctica Profesional Dirigida.
3. El tema principal que se abordó en esta investigación fue el de Violencia Intrafamiliar, tema que fue investigado a fondo tanto teóricamente como en el trabajo de campo.
4. En las diversas investigaciones se ha podido comprobar que el campo de la psicología ha tenido avances y que han surgido nuevas metodologías, terapias que se van adecuando a la distinta manera de vivir.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En este capítulo se detalla a continuación el programa de curso de la práctica dirigida que fue utilizado, la cronología que se había preparado para la enseñanza de la practicante así como la planificación que la practicante desarrollo para la realización de la práctica, También una breve descripción de la atención de casos y programa de capacitaciones donde se incluye los objetivos, actividades y cronología de actividades. En este capítulo se incluye el programa de elaboración del proyecto de salud mental donde se da una breve descripción de los resultados del mismo.

3.1 Programa de estudio del curso práctica profesional dirigida

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.

V. Formas / Técnicas / Procedimientos de evaluación

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

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

El curso se aprueba con 70 puntos.

3.2 Calendarización o cronograma de actividades y valoración del curso

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
29 y 5-02	<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos 	Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos
12 y 19 26 y 5-03	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del Manual de Estilo • La entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 	Guía de lectura Valor 5 puntos

		12 de marzo	
		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 9-4	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 y 4- 06 11 y 18-06	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 de 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, 23-30-07	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	<p>Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores</p> <p>Elaboración de Proyecto de Salud Mental</p> <p>Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad.</p> <p>Clausura en centro de Práctica</p>	<p>Presentación de constancias firmadas y selladas</p> <p>Entrega de proyecto</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro</p>

III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
3 y 10-09 Mes de Sep.	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	<p>Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales</p> <p>Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)</p>	<p>Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto</p> <p>Entrega de evidencias electrónicas del proyecto</p> <p>Valor 5 puntos</p>
17 y 24-09	Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	<p>Elaboración de resultados</p> <p>Elaboración de gráficas y Tablas</p>	<p>Presentación de capítulo IV del informe final:</p> <p>Presentación de resultados Valor 5 puntos</p>
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 Final	Elaboración de Informe Final	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos

3.3 Planificación de Práctica Profesional Dirigida.

Planificación de Práctica Profesional Dirigida.

Nombre del Alumno: Lea Elizabeth Mes Güitz

Centro de Práctica: Centro de Salud de Tecpán Guatemala

Mes de marzo

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
Conocer las fortalezas y debilidades del centro de práctica, por medio de las entrevistas realizadas con los encargados y personas beneficiadas, identificando las principales necesidades que se presentan en la institución.	Entrevistas con los encargados de la institución. Entrevistas con personas que obtienen beneficios de parte de la institución. Diagnóstico Institucional. Investigación acerca de la problemática principal del centro de práctica. Detectar las necesidades del centro de práctica.	Humanos: Encargados de la Institución. Personas beneficiadas. Practicante. Materiales: Computadora Cuaderno Lapiceros Hojas	Describir las debilidades del centro de práctica. Enumerar cada una de las fortalezas que destacan a la institución. Conocer a qué población atiende la institución. Analizar la problemática principal y clasificar las necesidades observadas.

Mes de abril

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
Analizar los casos detectados en el centro de práctica, realizando las entrevistas a las debidas personas, tomando en cuenta los temas sobresalientes para las charlas a impartir.	+Detección de casos en el centro de práctica. +Entrevistas con las personas de los casos detectados. +Realización de hojas clínicas de los casos atendidos. +Charla y capacitaciones sobre la principal problemática detectada en los casos atendidos.	Humanos: Encargados de la institución. Personas beneficiadas. Practicante. Materiales: Computadora Cuaderno Lapiceros Hojas	Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. Conocer a las personas a las que atiende la institución. Analizar la problemática principal y clasificar los temas a tratar en las charlas y capacitaciones.

Mes de mayo

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.	Atención de casos detectados en el centro de práctica. Entrevistas con las personas de los casos detectados. Realización de hojas clínicas de los casos atendidos. Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos.	Humanos: Encargados de la Institución. Personas beneficiadas. Practicante. Materiales: Computadora Cuaderno Lapiceros Hojas	Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. Entrevistar a las personas de cada uno de los casos a tratar. Escribir las hojas clínicas de cada uno de los casos. Impartir las capacitaciones de los temas sobresalientes en el centro.

Mes de junio

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<p>Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p> <p>Impartir las charlas y capacitaciones sobre los temas de las problemáticas descubiertas dentro del centro.</p>	<p>Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p>Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos.</p> <p>Realización de hojas clínicas de los casos atendidos.</p> <p>Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos.</p>	<p>Humanos:</p> <p>Encargados de la Institución.</p> <p>Personas beneficiadas.</p> <p>Practicante.</p> <p>Materiales:</p> <p>Computadora</p> <p>Cuaderno</p> <p>Lapiceros</p> <p>Hojas</p>	<p>Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p>Utilizar las técnicas y estrategias en los casos atendidos.</p> <p>Escribir las hojas clínicas de cada uno de los casos.</p> <p>Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.</p>

Mes de julio

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<p>Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p> <p>Impartir las charlas y capacitaciones sobre los temas de las problemáticas descubiertas dentro del centro.</p>	<p>Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p>Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos.</p> <p>Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos.</p>	<p>Humanos:</p> <p>Encargados de la Institución.</p> <p>Personas beneficiadas.</p> <p>Practicante.</p> <p>Materiales:</p> <p>Computadora</p> <p>Cuaderno</p> <p>Lapiceros</p> <p>Hojas</p>	<p>Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p>Utilizar las técnicas y estrategias en los casos atendidos.</p> <p>Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.</p>

Mes de agosto

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
Dar a conocer al encargado de la institución los informes de los casos atendidos durante la práctica, como también los temas que fueron impartidos durante la misma.	Informe de los casos detectados en el centro de práctica. Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad. Clausura en el centro de práctica.	Humanos: Encargados de la Institución. Personas beneficiadas. Practicante. Materiales: Computadora Cuaderno Lapiceros Hojas	Describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. Explicar el avance y tratamiento que se brindo a cada caso. Platicar con los encargados agradeciéndoles por permitir realizar la práctica.

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos:

Introducción:

En el programa de atención de casos se describen las actividades que se estarán realizando en el centro de práctica, así como los objetivos, logros que se desean alcanzar a la demanda de asistencia psicológica a personas que la necesiten, las que se llevaron a cabo en las instalaciones del Centro de Atención Integral de la Secretaria de Bienestar Social, esperando contribuir a la buena salud mental de los vecinos Chimaltecos. En dicho programa se podrá recibir asesoramiento, atención psicológica individualizada, según los casos.

Objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares desde un punto de vista integral, donde se trata de coordinar la atención a las distintas necesidades de ambos, a nivel físico, psicológico y social.
- Permitirle al paciente que encuentre por sí mismo la solución que le conviene mediante el emprendimiento de un diálogo constructivo.
- Impulsar la auto aceptación
- Atender casos que necesiten de atención psicológica, para mejorar la calidad de vida de las personas.
- Aplicar técnicas adecuadas para los diferentes casos
- Detectar el principal causante del conflicto del paciente

3.4.2 Programa de capacitación de violencia familiar

Introducción

Se entiende por violencia doméstica a cualquier situación, dentro de una relación íntima, en la cual intencionalmente se intente causar daño o controlar la conducta de una persona .No significa, entonces, solamente agresión física sino agresión verbal, maltrato psicológico, contacto sexual no deseado, violación, destrucción de la propiedad, daño a mascotas, control del acceso al dinero, aislamiento social, amenazas o intimidación a otros miembros de la familia, etc.

Objetivos

- Reconocer la violencia doméstica como problema de salud prevalente, con importante impacto en nuestra comunidad.
- Diagnosticar situaciones de maltrato y violencia en todas sus formas de presentación.

- Abordaje interdisciplinario y papel del psicólogo en la prevención, diagnóstico y seguimiento de pacientes.

Actividades

- Bienvenida a los presentes - Dinámica rompe hielo
- Grupos de riesgo - Ciclo de la violencia
- Conductas sugestivas- Consecuencias a corto plazo a mediano y largo plazo
- Elaboración de un plan de seguridad – Dinámicas

No. De casos	Técnicas utilizadas	Problema principal	Logros esperados
6	Entrevistas Test de autoestima Ejercicios prácticos para mejorar la autoestima Hojas de trabajo Elaboración de proyecto de superación personal	Baja autoestima	Superación personal
10	Rapport Ejercicios prácticos para mejorar el aprendizaje Terapia de juego	Problemas de aprendizaje en niños	Identificar el problema del bajo rendimiento escolar Mejorar el aprendizaje
7	rapport Test de la figura humana Terapia de juego Test de la familia	Problemas de conducta	Mejorar la conducta de los pacientes
2	Test proyectivo T.A.T educación sexual Terapia de juego	Abuso sexual infantil	Alcanzar el Insight en el paciente

	Test de la figura humana		
5	Terapia conductual Test de autoestima Test de depresión.	depresión	Superación de la distorsión emocional de la depresión

3.4.3 Programas de capacitación

Introducción

Este programa presenta las capacitaciones que se estarán realizando en el centro de práctica, dirigido al personal del centro de práctica que tienen a su cargo atención a diferentes grupos de la población que atiende dicho centro.

Objetivos

1. Dar orientación a las personas de acuerdo a la necesidad psicológica.
2. Brindar apoyo a la institución con capacitaciones al personal
3. Aplicar técnicas especiales para detectar casos.

Actividades

- Charla de Violencia Intrafamiliar
- Charla de valores y principios
- Inteligencias múltiples
- Servicio y atención al cliente

Temas presentados	Pers. atendidas	Lugar	Fecha	Logros
Violencia intrafamiliar Conductas	50	C.A.I. Secretaria de Bienestar Social	De Abril a Agosto (el ultimo jueves del mes)	Reconocer la violencia intrafamiliar y denunciarla por medio de cambios de conducta, atravez de la crianza con cariño

Temas presentados	No. De personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Valores y principios	20	Centro de Salud Tecpán Guatemala	7 de mayo del 2010	Motivar a reflexionar acerca de los valores de vida

Temas presentados	No. De personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Valores y principios	20	Centro de Salud Tecpán Guatemala	7 de mayo del 2010	Motivar a reflexionar acerca de los valores de vida

Cronogramas de charlas

Charla N.1

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	3 minutos
Dinámica rompe hielo	El valor de un billete	5 minutos
Comentario de la dinámica	El valor de cada persona	5 minutos
Desarrollo del tema	Mujer concóctete a tí misma	15 minutos
Conclusiones	Comentarios de las mujeres	5 minutos

3.5 Proyecto de salud mental

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,

Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para niños y niñas

Objetivo

Brindar apoyo psicológico a los niños y a las niñas de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango.

Actividades	Tiempo	Recursos
1. Función de títeres	1 hora	Globos
2. Juegos	15 minutos	Grabadora
2.1. Ronda "El patio de mi casa"	1 hora	Discos compactos
2.2. Bailes infantiles	15 minutos	Lana
2.3. Competencia "La fila más larga"	1 hora	Galletas
2.4. Pinta caritas	1 hora	Bananos
2.5. Pelea de gallos	30 minutos	Pintura para el rostro
2.6. Competencia de comida		

Plan de acción para mujeres

Objetivo general

Lograr que las mujeres expresen las experiencias que les dejó la tormenta Ágata a fin de iniciar el proceso de superación.

Objetivo específico

Identificar a través de dinámicas grupales sus cualidades y reconocer sus debilidades, con la finalidad de mejorar su autoestima.

Agenda

- Bienvenida
- Presentación (dinámica la telaraña)
- Charla sobre autoestima
- Dinámicas para detección de casos
- Atención individual
- Información general de especialidades a brindar, referencias a especialidades.

Plan de acción, grupo de hombres

Dinámicas

- Presentarse diciendo tres virtudes que tenga
- La tela de araña (expresar ideas para salir adelante ante la situación)
- El puente humano (la unión hace la fuerza)

Charlas

- Charla informativa sobre planificación familiar
- La autoestima
- El valor de la vida y la familia
- La solidaridad en la comunidad
- Descubriendo el propósito de estar vivos
- La importancia de no ver el problema, sino la solución

Taller

- Expresar tres propósitos que tienen para el futuro próximo (siguiente mes)
- En tríos compartir ideas de cómo puede salir adelante la comunidad afectada

Presentación de videoclip acorde a la necesidad (Tony Meléndez, Ironman '86, Nick V.)

Plan terapéutico

- Terapia breve y de emergencia (grupal, e individual si se da la posibilidad)
- Apoyo en la terapia racional emotiva
- Modelo psicodinámico, enfocado al estrés postraumático

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción:

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante el periodo de práctica, en este se detallan los logros y limitaciones con las que se conto, así como a la conclusión y recomendaciones. Dentro de este capítulo también se presentan las historias familiares de los casos atendidos y una breve descripción de las metodologías utilizadas durante la práctica dirigida, también se incluyen graficas para una mejor interpretación de los resultados

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 escasez de pacientes
- Al final de la practica existió sobrepoblación de pacientes
- Suspensión de actividades por tormenta Aghatar

4.1.3 Conclusiones

- El proceso de práctica construye una experiencia en el estudiante en la que adquiere una formación que lo prepara para ejercer su profesión.
- El ejercicio en el centro permite que el estudiante ponga en práctica los conocimientos teóricos que ha adquirido durante cierto tiempo.
- Al realizar un buen trabajo como practicante deja en el estudiante una satisfacción que lo inspira a amar su carrera y ser mejor persona cada día, así mismo aumenta su visión como nuevo profesional.
- El estudiante continúa su aprendizaje al involucrarse en el área laboral en un centro o institución de práctica, puesto que se ve en la obligación de ampliar sus conocimientos realizando investigaciones según se presente el caso.
- El entablar una relación con el personal que labora en el centro de práctica y disponer una atención al público en general, permite que el estudiante crezca como persona y le da un nuevo panorama del ejercicio profesional universitario.

4.1.4 Recomendaciones

- Es importante que el estudiante que inicia un proceso de práctica sea consciente de las responsabilidades que conlleva.
- El estudiante debe cumplir con la planificación elaborada, a fin de dar obtener una buena imagen y representar dignamente a la Universidad.
- El practicante universitario debe ser creativo y poseer iniciativa propia para desarrollar de manera eficiente la labor que se le asigne.
- Al iniciar la práctica es importante que el estudiante se sienta seguro y preparado para ejercer el trabajo profesional, ya que de no ser así se pueden cometer errores irreparables que perjudiquen a la población atendida.

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

Historia Clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre:	G.F.X
Edad:	14 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	2da. Av. 3-28 Zona 3
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Tecpán Guatemala, 20 de junio de 1996
Escolaridad:	6to. Grado primaria
Religión:	Cristiana-evangélica
Evaluador:	Lea Elizabeth Mes Güitz
Fecha:	25 de abril de 2,009

2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, se muestra agresivo con su maestra y compañeros de estudio.

3. Enumeración de los síntomas

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

- Nivel físico: Dificultades de la vista.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

Recibe regaños y maltrato por parte de sus padres al observar su bajo rendimiento escolar y no toleran su mal comportamiento en la escuela.

4.2 Relaciones sociales

No tiene una buena relación con su familia, maestra y compañeros de estudio.

4.3 Atribución sobre los problemas

Se atribuye el problema a la desintegración de su hogar y diferencia en edades entre hermanos.

5. Historia del problema

La madre de G. desde muy pequeño fue abandonado por su madre, ella veía a su hijo 1 vez por semana. G. es el hijo más pequeño, sus hermanos mayores son casados. Manifiesta una profunda tristeza y deseos de morir, considerándose un niño tonto y sin deseos de estudiar.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Depresión de la madre, y padre mal tratador

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo)

El niño tiene un deseo grande de tener a su madre a su lado todo el día, y manifiesta que su padre es demasiado exigente.

G. es un niño de 14 años quien posee una alta dificultad para estudiar debido a un problema físico que se originó cuando él tenía 2 años de edad debido a una fiebre alta. Su madre se fue a la capital a trabajar y lo dejó con su padre y hermanos.

Actualmente sus padres viven en la misma casa, pero existe una separación conyugal, sus hermanos mayores están casados y eso permite que el pase el mayor tiempo solo en su casa. G. se dedica a ver televisión en el tiempo que no está en la escuela.

7. Diagnóstico multiaxial

- Eje I Ninguno
- Eje II Ninguno
- Eje III Ninguno
- Eje IV Ninguno

Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

- Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70
Presiones inapropiadas de los padres
- Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Pronóstico

Favorable, tiene disponibilidad a seguir un plan terapéutico el cual le ayudara a la paciente a mejor su estado de ánimo.

9. Tratamiento

- Terapia Racional emotiva.
- Terapia de apoyo.
- Terapia Familiar.

Historia clínica No. 2

1. Datos generales

Nombre:	B.R.H
Edad:	52 años
Sexo	Femenino
Dirección:	Tecpán Guatemala, barrio Patacabaj
Ocupación:	Ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Tecpán, 11 de septiembre de 1,958
Escolaridad:	Sexto primaria
Religión:	Cristiana-evangélica
Evaluador:	Lea Elizabeth Mes Güitz
Fecha:	3 de Mayo de 2,010

2. Motivo de consulta

Constantemente me siento culpable de lo que sucede con mi familia, quisiera tener el control de las cosas pero cuando veo que no puedo me dan deseos de irme de mi casa porque se que me enferma.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: Manifiesta tristeza y alteración de resentimiento
- Nivel conductual: Sentimientos de culpabilidad
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: cansancio, dolores permanentes de cabeza y cuerpo tembloroso

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

Informa la paciente que vive atormentada se le alteran los nervios por no tener el control sobre su familia, siente frustración por no poder atender a las personas que lo necesitan.

4.2 Relaciones sociales

Se relaciona adecuadamente con las personas.

5. Atribución sobre los problemas: Atribuye el nerviosismo que padece a la falta de comprensión de sus hijos.

5.1 Historia del problema

La paciente posee carácter fuerte desde que ella es consciente de su existencia, recuerda que sus padres eran altamente exigentes, sus padres constantemente discutían frente a ella y sus hermanas.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Manifestaciones estresante de los padres
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

La paciente manifiesta que sus hijos solo problemas y quejas le presentan a diario. Y no la apoyan cuando ella está enferma.

La paciente ha optado un papel paternal con sus hijos y una niña, por que no cuenta con el apoyo de ningún familiar.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Estrés situacional agudo o crónico Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1) Separación con el conyugue
Eje V	Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Pronóstico

Favorable, tiene disponibilidad a seguir un plan terapéutico el cual le ayudara a la paciente a mejor su estado de ánimo.

9. Tratamiento

Terapia racional Emotiva

Terapia Familiar

Terapia Conductivo conductual

Historia Clínica No. 3

1. Datos generales

Nombre:	H.L.G
Edad:	42 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	2da. Av. 3-28 Zona 3, Tecpán Guatemala

Ocupación: Ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento: Tecpán, 6 de abril de 1,967
Escolaridad: Sexto primaria
Religión: Católica
Evaluador: Lea Elizabeth Mes Güitz
Fecha: 7 junio de 2,010

2. Motivo de consulta

Me siento enferma a causa de los reproches constantes de mi esposo, quiero separarme pero no tengo el valor de hacerlo.

Informa la paciente que se ha sentido muy incómoda en su matrimonio porque su esposo no acepta que ella tuvo un hijo antes de casarse con él.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: Manifiesta rechazo y resentimiento
- Nivel conductual: Abandono de hogar
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: Aparición de enfermedades gastrointestinales

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

Su relación con sus hijos es buena, ellos la aceptan como es y valoran lo que ha hecho por ellos.

4.2 Relaciones sociales

Se relaciona adecuadamente con las personas.

5. Atribución sobre los problemas

Se atribuye el problema a la separación con su esposo.

5.2 Historia del problema:

La paciente ha sufrido problemas gastrointestinales hace ya varios años, le ha afectado que su esposo le recuerde constantemente que el hijo mayor no es del matrimonio. Él busca la forma de hacerla sentir mal mencionándole a las compañeras jóvenes de trabajo.

6. Historia familiar

- Antecedente psíquicos y físicos: ninguno.

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

La paciente manifiesta que tiene buena relación con sus hijos, aunque con su esposo no, pero ella sabe que sus hijos la aman y la aceptan como es.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Estrés postraumático

Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Pronóstico

Favorable, tiene disponibilidad a seguir un plan terapéutico el cual le ayudara a la paciente a mejor su estado de ánimo.

9. Tratamiento

Terapia de pareja

Terapia familiar

Terapia racional emotiva

Historia Clínica No. 4

1. Datos generales

Nombre:	S.M.M
Edad:	14 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Barrio la Asunción, Tecpán Guatemala
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 16 de enero de 1996
Escolaridad:	1ro. Básico
Religión:	Católico
Evalúador:	Lea Elizabeth Mes Guitz
Fecha:	18 de julio de 2,010

2. Motivo de consulta

Mi hijo no quiere ya no quiere seguir estudiando y se niega a explicarnos las causas.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de concentración y aprendizaje
- Nivel afectivo: Manifiesta tristeza
- Nivel conductual: desinterés, aislamiento
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: Aburrimiento y tensión

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

Es el hijo más pequeño y los padres como los abuelos buscan complacerlo, mientras que sus hermanos sienten celos por su hermano S.M.

4.2 Relaciones sociales

En este año ha cambiado y no tiene amigos en el colegio y cuando está en su casa prefiere encerrarse y no sale.

5. Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema al cambio de nivel educativo y cambio de establecimiento.

5.1 Historia del problema:

El paciente comenzó a comportarse de forma extraña a partir de los resultados de estudios. La madre comenta que su hijo S.M tuvo un cambio drástico en sus estudios, durante toda la primaria fue alumno distinguido, pero al iniciar el nivel básico se negó completamente a continuar

estudiando debido a que reprobó la mayoría de materias, la madre comenta que su hijo llora para evitar ir a clases.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: ninguno.

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

El paciente Manifiesta que sus padres y sus abuelos son muy buenos, pero que odia a sus hermanos porque lo tratan mal.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Ninguno

Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

9. Pronóstico

Favorable, el paciente cuenta con el apoyo de su madre. Se espera que con las técnicas su conducta mejore. Muestra una actitud colaboradora.

10. Tratamiento

Terapia Racional emotiva.

Terapia de apoyo.

Terapia Familiar.

Historia Clínica No. 5

1. Datos generales

Nombre:	N.L.S
Edad:	14 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	Barrio patacabaj, Tecpán
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 7 de febrero de 1,996
Escolaridad:	6to. Grado primaria
Religión:	Cristiana-evangélica
Evaluable:	Lea Elizabeth Mes Güitz
Fecha:	7 julio de 2,010

2. Motivo de consulta

“Tengo un carácter fuerte y no sé por qué soy así, no me gusta como soy porque eso no me hace feliz”

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención
- Nivel afectivo: afecto restringido, que manifiesta tristeza.
- Nivel conductual: inseguridad, desconfianza.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.

- Nivel físico: Cansancio, aburrimiento

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

Constantemente recibe castigos verbales y físicos por estar de mal humor, su padre la amenaza en que va a morir si sigue portándose mal.

4.2 Relaciones sociales

N.L. prefiere estar en su casa sin amigas ni amigos, no le gusta estudiar porque dice que le parece aburrido ir a la escuela.

5. Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema a un trauma que tuvo cuando estaba en segundo primaria.

5.1 Historia del problema:

La paciente cuando estaba en segundo primaria su maestra la ridiculizó y la golpeo ante sus compañeros tarándola de ser una niña tonta.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: El padre fue maltratado en su niñez

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

La paciente comenta que su padre no la quiere porque la golpea y la amenaza, mientras que si mamá si la quiere pero trabaja todo el día y por lo regular ella se está con sus hermanitos más pequeños. Ella expresa que le atormenta vivir en la casa de sus tíos porque siempre están gritando y maltratando.

Toda la familia vive en una sola casa y eso hace que la paciente se sienta atormentada y su estado ánimo sea cambiante.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Estrés situacional agudo o crónico Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1) Presiones inapropiadas de los padres
Eje V	Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

8. Pronóstico

Favorable, tiene disponibilidad a seguir un plan terapéutico el cual le ayudara a la paciente a mejor su estado de ánimo.

9. Tratamiento

Terapia conductivo conductual

Terapia Racional emotiva.

Terapia de apoyo.

Terapia Familiar

4.2 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

“Mujer concómete a ti misma”

Dirigida a mujeres en semana especial para la salud de la mujer. Esta charla se impartió al inicio de los exámenes de Papanicolaou que se les aplicaron a las mujeres del municipio de Tecpán G. y a las aldeas.

Fecha: 1 al 5 de agosto

1. Objetivos

Que las mujeres se dieran cuenta del valor y las capacidades que posee cada una, a fin de aumentar la confianza en la mujer.

- Identificar una cualidad o característica femenina
- Fortalecerse en reconocer lo que es capaz de hacer como persona.
- Eliminar ideas erróneas o negativas que tenga sobre su propia imagen.
- Valorar su vida como un regalo especial que les pertenece y el cual deben proteger.
- Respetar, darse a respetar y cuidar su propia vida.
- Establecer límites apropiados en los conflictos que conlleven maltrato.
- Identificar un posible maltrato, a fin de evitar daños en su vida.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo “El valor de un billete”
- Introducción del tema por medio de exposición

- Explicación del tema por medio ayudas visuales

3. Contenido (Breve resumen)

El contenido de esta charla fue centrado en que el valor que tiene una mujer comienza por ella misma, no por los demás. Antes de esperar que los demás las aprecien deben empezar por amarse ellas mismas. Sólo a si sabrán valorar y amarse a ellas mismas y podrán dar amor a los demás. Apreciarse a ellas mismas y reconocer la valía debiera ser lo más natural del mundo, pero las mujeres tienen tendencia a tener pensamientos destructivos acerca de ellas mismas, con lo cual no logran hacerse valer. Ser una mujer de valía, que sabe lo que vale y se tiene buen aprecio por ello no implica que se sea ni prepotente ni insoportable, más bien al contrario. Amarse a ellas mismas, simplemente por quienes son, debiera provocar en comprensión por las demás, así como la capacidad de entregar y recibir amor.

- Las mujeres negativas, como dice la palabra, son personas que siempre tienen muy baja estima sobre ellas mismas, se sienten incapaces de resolver cualquier situación que la vida les depara. Se sienten incapaces de poder emprender nuevas etapas en su vida, y tienen muy mala imagen sobre si mismas. No salen adelante porque son mujeres con miedos.
- La mujer positiva, siempre piensa que las cosas podrán salir adelante por muy mal que estén en un momento dado. Ellas ponen amor y bondad en todo cuanto emprenden, confían en sus recursos y capacidades, sintiéndose aptas y competentes para emprender nuevas tareas, desarrollar sus potenciales y alcanzar las metas que se proponen.

3. Recursos

- Carteles, un billete
- Sillas
- Equipo de sonido
- Maskin tape

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- Diferentes instituciones que brindaron su apoyo al proyecto
- Coordinación adecuada en la elaboración del proyecto de salud mental.
- Interés por el servicio Psicológico brindado así como a las diferentes aéreas
- Asistencia y participación de las personas de la comunidad

4.3.2 Limitaciones

- Falta de tiempo para poder elaborar otro proyecto de salud mental o poder darle seguimiento a las personas atendidas.
- Falta de apoyo dentro por parte de instituciones
- Falta de apoyo al momento de solicitar ayuda de víveres por parte de los diferentes alumnos de distintos años

4.3.3 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.

Esto se logrará a través de la intervención terapéutica adecuada, que irá restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis. Igualmente, esta ayuda será de gran beneficio para el correcto manejo del duelo resultante de la pérdida de seres queridos, víctimas de la catástrofe experimentada en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, de Santa Apolonia en Chimaltenango.

4.3.4 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.

4.3.5 Presentación de proyecto 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.

4.3.5.1 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 cotidianeidad normal y equilibrada, lo cual queda de manifiesto en la actitud de desolación que se palpa en una gran mayoría de los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del citado municipio.

4.3.5.2 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.

4.3.5.3 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.

4.3.5.4 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.

4.3.5.5 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.

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

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.

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:

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

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

Plan de acción de cada grupo

Véanse anexos.

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

Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

Psicología Clínica

Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (papanicolau)

Planificación familiar (colocación de Jodelle y T de cobre)

Medicina general (AMES, estudiantes de EPS del Puesto de Salud)

Medicamentos gratuitos

Sorteo de víveres como estímulo

Cronograma de trabajo

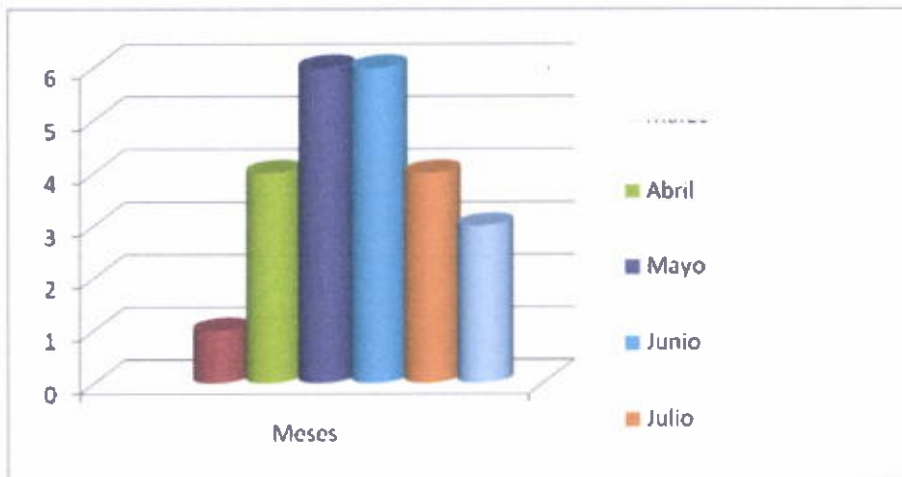
ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación (énfasis en la intervención psicológica que se brindará)	Mirian Castro (español) Aisha Tepaz (Kaqchiquel)	10 min
Información general sobre las	Sara Bala	10 min

actividades a desarrollarse (especialidades médicas, atención psicológica a grupos específicos, entrega de medicamentos, etc.)		
Intervención psicológica a los grupos específicos, de acuerdo a cada plan de acción elaborado	Cada grupo responsable, de acuerdo al plan de intervención elaborado para la población específica que será atendida	El tiempo que sea necesario
Conducción de personas a las especialidades médicas (aclaración de dudas, persuasión de la necesidad de exámenes para mujeres, etc.)	Cada grupo responsable	15 min
REFACCIÓN PARA LOS COLABORADORES		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea necesario
ALMUERZO PARA COLABORADORES Y ESTUDIANTES (30 min)		
Continuación de la intervención psicológica y atención médica		
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	5 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de Fuentes	Toda la actividad

4.4.1 Presentación de resultados

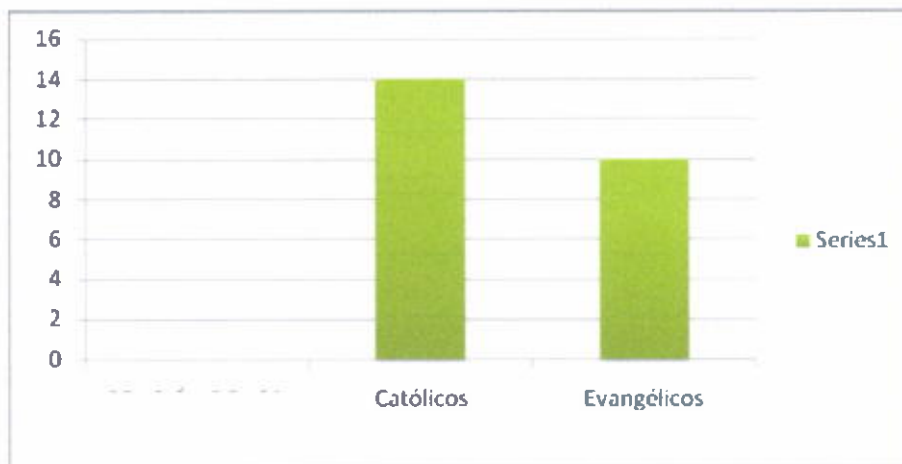
4.4.2 Programa de atención de casos

Gráfica 1 Casos atendidos por mes



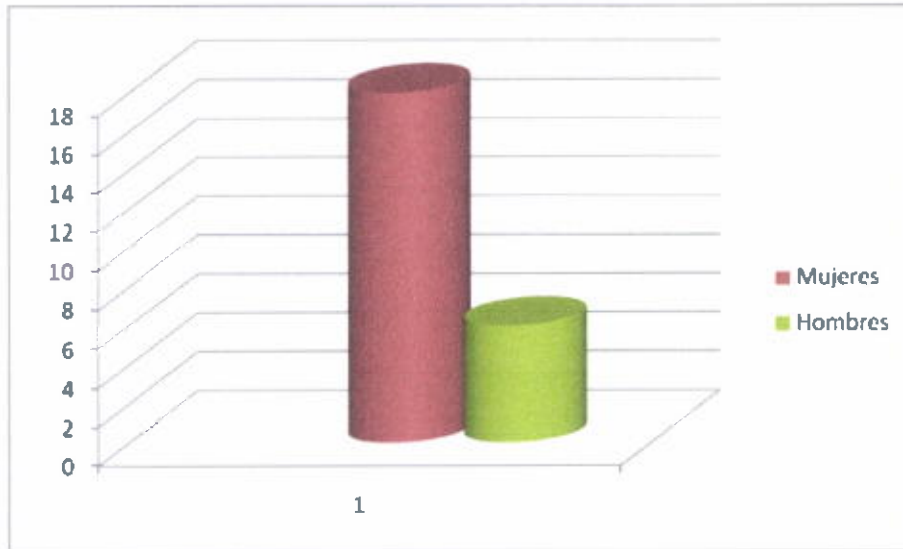
Fuente: Pacientes atendidos durante el período de práctica que acudieron al Centro de Salud de Tecpán, Guatemala.

Gráfica 2 Religión de los pacientes



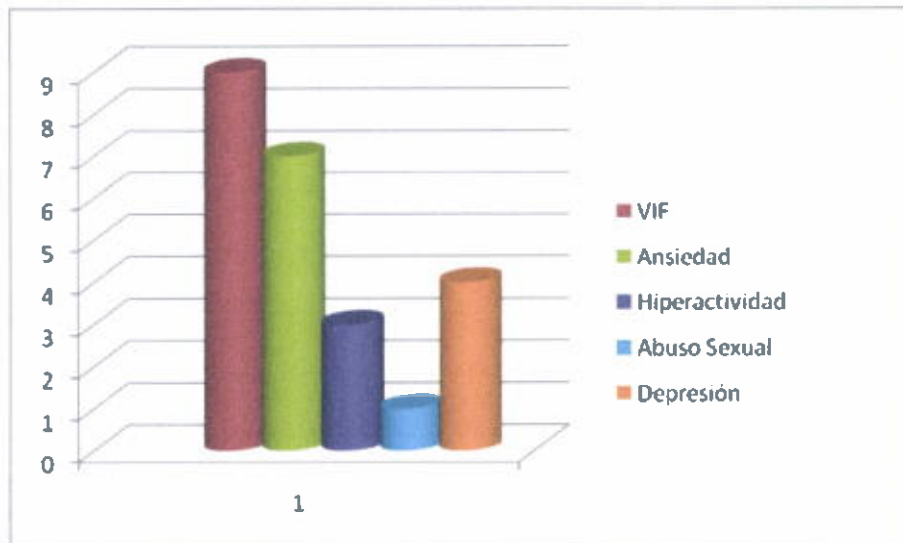
Fuente: Las 2 religiones de los pacientes que acudieron al centro de práctica

Gráfica 3 Sexo



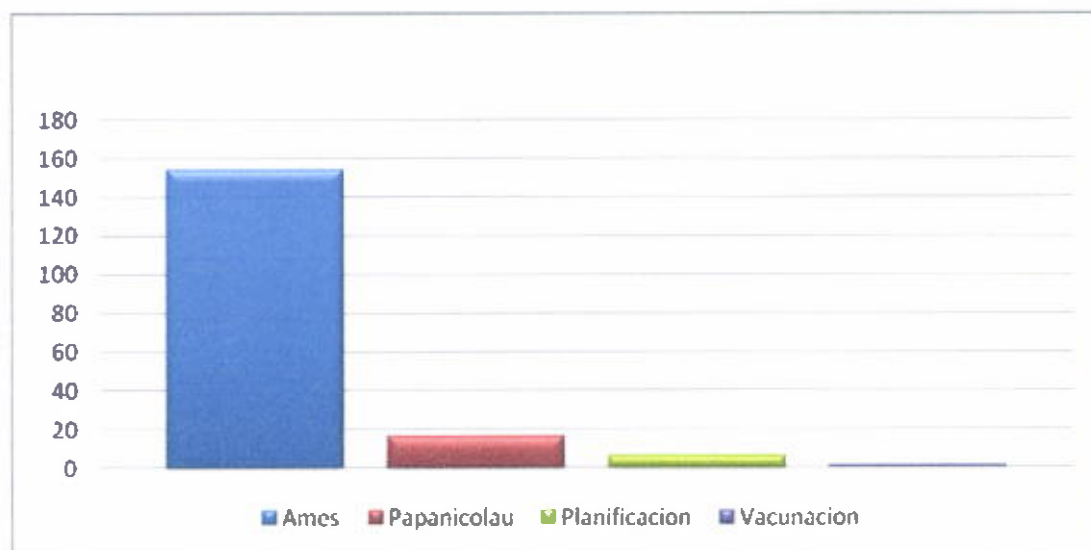
Fuente: Estos datos son obtenidos de pacientes que acudieron a terapia en el centro de práctica

Gráfica 4 Problemas atendidos



Fuente: Los diferentes 5 tipos de problemas por lo que acudieron a terapia los pacientes en el centro de práctica.

Gráfica 5 Personas atendidas por especialidades médicas



Fuente: Datos obtenidos de las 4 especialidades presentes en la realización del proyecto de salud mental.

Tabla 1. Cuadros patológicos detectados en niños, jóvenes, mujeres y hombres.

Patología	Cuadro patológico				Totales
	Niños	Jóvenes	Mujeres	Hombres	
Baja autoestima	25	5	20	15	65
Depresión	0	2	4	4	10
Estrés Postraumático	0	5	10	5	20
Otros (V.I.F)	1	1	3	0	5
Totales	26	13	37	24	100

Fuente: Los datos se obtuvieron de la población que acudió al proyecto de salud mental.

4.4.4 Análisis de datos

1. En la gráfica 1 se puede observar la asistencia de personas al servicio psicológico en el centro de salud durante los 6 meses que duró el proceso de la Práctica Profesional Dirigida.
2. En la gráfica 2 se observa las diferentes religiones que practican los pacientes que acudieron al proceso psicológico, en la que se deja ver que las religiones que predominan son la católica y la evangélica.
3. La gráfica 3 nos indica que durante el proceso de Práctica Profesional Dirigida las personas que acudieron a pedir ayuda psicológica era del género femenino.
4. En la gráfica 4 presenta los tipos de caso que fueron atendidos y la cantidad de personas que asistieron por ese problema, presentando su mayor puntaje en violencia intrafamiliar y como consecuencia baja autoestima.
5. En la gráfica 5 se aprecia la cantidad de personas atendidas en intervención médica, siendo los números más altos que atendió Ames (154); mujeres que se aplicaron el papanicolau (16); mujeres que se aplicaron algún método de planificación (6) y el número menor es el de vacunación (1). Esto indica que los niños requieren y/o demandan mayor atención en vacunación.
6. En la tabla 1 se muestran los cuadros patológicos detectados entre niños, jóvenes, mujeres y hombres, como se deja notar la autoestima fue el principal foco de atención, lo cual hace constar con el trabajo realizado.

Conclusiones

1. La Práctica Profesional Dirigida es de vital importancia para el alumno practicante de la universidad Panamericana pues por medio de ésta se logra vivencia y a su vez experimentar el proceso de la intervención psicológica en las personas adultas y niños. Por medio de la supervisión en la práctica se logra la seguridad de realizar una buena intervención psicológica.
2. La comunidad del Centro de Salud se toman en cuenta como centros de práctica, estos centros se verán beneficiados por la intervención psicológica, ya que se dejaron herramientas para poder enfrentar de una mejor manera las diferentes circunstancias que se presenten en ocasiones futuras. Y las pautas a tomar en cuenta para la detección de problemas en la población que atienden.
3. Al haber concluido el presente informe se pudo observar las actividades que fueron realizadas para la exitosa realización de la Practica Profesional Dirigida fueron de beneficio a las personas que prestan el servicio del Centro de Salud, puesto que se les ayudo a mejorar su calidad de vida emocional.

Referente bibliográfico

Bibliografía

Carranza E. (1995), *El Maltrato y la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño*. Córdoba: Pub. Victimología 12.

Clinard M. (1967), *Anomia y conducta desviada*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Fattah E. y Víctimas y Victimología. (1997). *Los hechos y la retórica*. Córdoba: Publ. Victimología n 14.

Glaser D. (1994). *Abuso emocional*. Córdoba: Pub. Victimología n11.

Marchiori H. (1990). *La víctima del delito*. Córdoba: Ed. Lerner.

Marchiori H. (1998). *Violencia Escolar, consideraciones criminológicas y preventivas*. Córdoba: Pub. Victimología n 16.

Marchiori H. (1999). *Programa de Derechos Humanos para los niños*. Córdoba: Editorial Lener.

Martínez Paz F. (1998). *Política Educacional, fundamentos y dimensiones*. Buenos Aires: Academia Nacional de Educación.

Mattausch Ma. Y López P. (1999). *Implementación del Programa de Derechos Humanos para los niños*. Córdoba: Editorial Lener.

Montoya de L. (1998). *Violencia escolar. Hacia una revalorización de los límites*. Córdoba: Pub. Victimología 17.

Méndez P. (1996). *Los Fundamentos Lógicos de la Semiótica y su Práctica*. Buenos Aires: Editorial Lener.

Valverde C. (1998). *Manual operativo para la elaboración de 'Definiciones contextuales' y Redes Contrastantes*. En Signa. Revista de la Asociación Española de Semiótica, N° 7, 233-253.

Faraone S, et al: (1995). "Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder". *Curr Psychiatry Rep*. Abr 2000;2(2):143-6. PMID 11122947

First, Michael; Frances, Allen; Pincus, Harold; Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *DSM-IV-TR, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (ed.); Florez i Formenti, Tomàs de (trad.):

Green, Christopher y Chee, Kit (1994): *Understanding ADD*. Doubleday. Madrid: Editorial: Mason.

Kelly, Kate y Ramundo, Peggy (1993): *You mean I'm not lazy, stupid, or crazy?! A self-help book for adults with attention deficit disorder*. Madrid: Editorial Mason.

Organización Mundial de la Salud. *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor,

Organización Mundial de la Salud; Secretaría General de Asuntos Sociales de España; Organización Panamericana de la Salud (eds.): *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.

Wilens, Timothy E. (2004). *Straight talk about psychiatric medications for kids*. Edición revisada.

Olivares, J. (1994), *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Rosa. A, I. y Olivares, P.J. (2006). *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo*. Madrid: Pirámide.

Centro Internacional para el Desarrollo del Niño, UNICEF, *Niños y violencia* Florencia: Italia.

Machado Rodríguez H. Maltrato. (2007). *Abuso sexual a niñas y adolescentes*. En: Peláez J y otros, editores. *Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia*.

Capítulo XXII. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Emans SJ. Abuso Sexual. En: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP, (2000). *Ginecología en Pediatría y la Adolescente. Capítulo 20. 4ta ed*. México DF: McGaw-Hill Interamericana.

Barclay L. (2005). *Consequences of Childhood Sexual Abuse Similar for Both Sexes*. New York: Am J Prevent Med.

Berkowitz CD. (1992). *Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse*. New York: IPPF/AMA.

Armstrong T. (1999). *Las inteligencias múltiples en el aula*. Ediciones Manantial SRL, Página nº 27

Levy N. *La sabiduría de las emociones*, Editorial plaza & janes.

Claude Steiner. *La educación emocional*. Editorial: Javier Vergara.

Brockert S. y Braun B. *Los tests de la inteligencia emocional*. Editorial: Robin Book

Steve S y John C. *Cómo medir la inteligencia emocional*. Edit. edaf.

Gardner, Howard. (1993). *Inteligencias múltiples: La teoría en la práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.

Goleman, Daniel. (1983) *Inteligencia Emocional*. México: Editorial Kairós.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind*. New York: Basic Books.

Revista Punto y seguido en Abril 16, 2008.

Presentaciones Power Point, Practica IV, Licda. Sonia Pappa.

<http://www.galeon.com/aprenderaaprender/general/indice.html#multiples>

<http://www.psicopedagogia.com>

<http://go.to/centro-investigaciones-semiotic>

<http://www.conceptopsi.com.ar>

