

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



**Problemas emocionales que afectan a los niños de 6 a 11 años en la Institución
Children International, Sede Chimaltenango**
(Sistematización de Práctica)

Yessica Karina Archila Rabanales

Chimaltenango, julio de 2013

**Problemas emocionales que afectan a los niños de 6 a 11 años en la Institución
Children International, Sede Chimaltenango**
(Sistematización de Práctica)

Yessica Karina Archila Rabanales (Estudiante)
Licenciada Sonia Pappa Sosa (Asesora)
Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín (Revisor)

Chimaltenango, juliode 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica y Secretaria General	M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M. A. César Augusto Custodio Cóbar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana	Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Asesora	Licda. Sonia Pappa
Revisor	Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

**SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: Yessica Karina Archila Rabanales
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Practica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decana

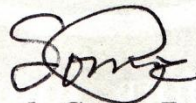


UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, treinta y uno de octubre de dos mil doce. –

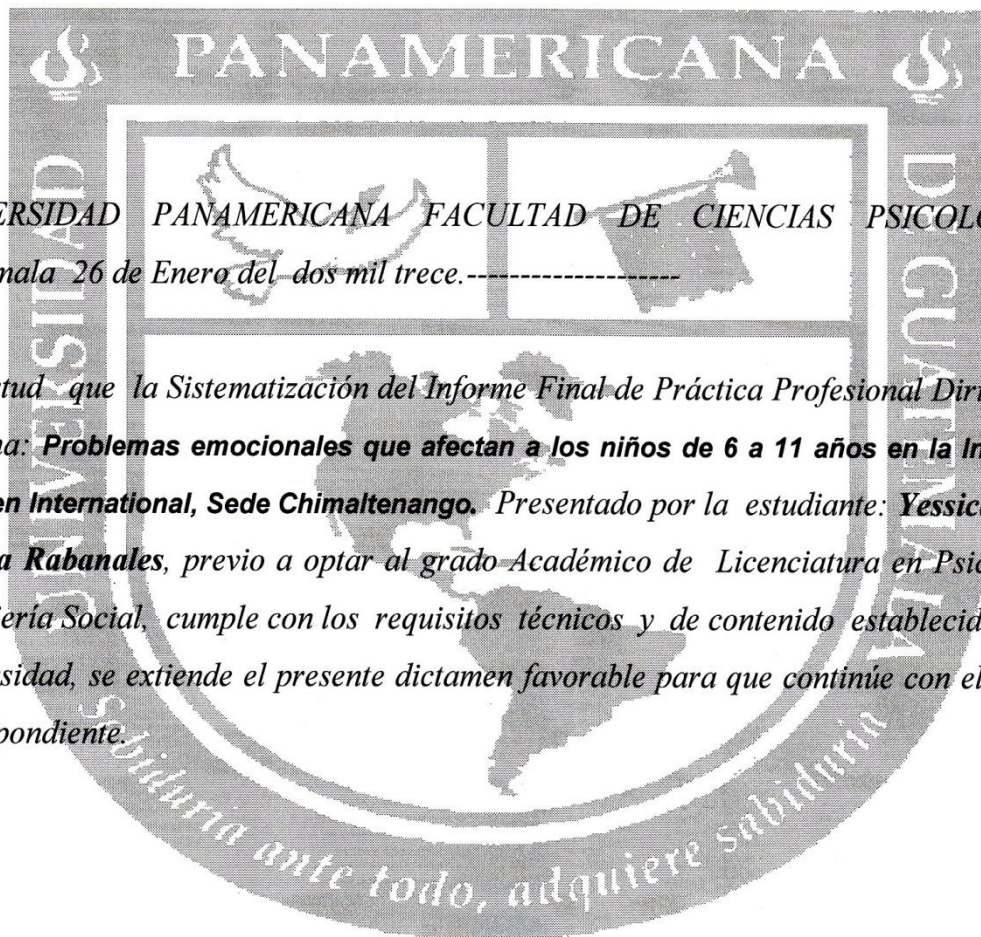
En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en la Institución Children International con sede en Chimaltenango, presentado por la estudiante

Yessica Karina Archila Rabanales

*Quien se identifica con número de carné 0702868 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.*

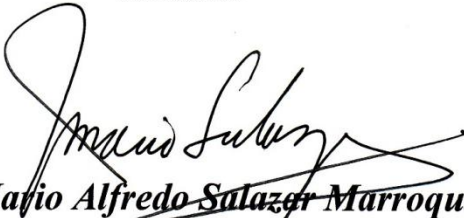


**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala 26 de Enero del dos mil trece.-----

En virtud que la Sistematización del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Problemas emocionales que afectan a los niños de 6 a 11 años en la Institución Children International, Sede Chimaltenango.** Presentado por la estudiante: **Yessica Karina Archila Rabanales**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA**

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema "**Problemas emocionales que afectan a los niños de 6 a 11 años en la Institución Children International, Sede Chimaltenango**", presentado por: **Yessica Karina Archila Rabanales** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Practica**.



Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	1
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Valores	2
1.5 Logros de la institución	3
1.6 Organigrama de la organización “Children International de Chimaltenango”	4
1.7 Población a la que atiende	5
1.8 Planteamiento del problema	5
Capítulo 2	
Marco Teórico	7
2.1 Los problemas emocionales	7
2.2 Psicopatología	12
2.3 Psicodiagnóstico	26
2.4 Psicoterapia	38

Capítulo 3	
Referente metodológico	83
3.1 Programa de estudio del curso: Práctica Profesional Dirigida	83
3.2 Cronograma de actividades	87
3.3 Planificación de actividades por mes del centro de práctica	90
3.4 Subprogramas	98
Capítulo 4	
Presentación de resultados	101
4.1 Programa de atención de casos	101
4.2 Programa de capacitación	111
4.3 Programa de elaboración del proyecto de salud mental	117
Conclusiones	129
Recomendaciones	131
Referencias	133
Anexos	135

Resumen

A continuación, se presenta el Informe Final de la Práctica Profesional Dirigida, realizada en la organización Children International con sede en Chimaltenango, en donde se brindó atención psicológica a todo tipo de personas. Cabe mencionar que entre los problemas más destacados de la población atendida se encuentran: problemas emocionales, problemas de desintegración familiar, problemas de aprendizaje en niños del nivel primario, depresión, estrés y problemas de autoestima. Estos problemas se describen en el segundo capítulo.

El informe de la práctica profesional dirigida está conformado por cuatro marcos o sesiones. El primero o Marco de Referencia habla sobre la descripción de la institución en el cual se incluye la misión, visión, organigrama, objetivos, la población que atiende y el planteamiento del problema. El segundo o Referente Teórico, resume la investigación bibliográfica realizada. El tercero o Referente Metodológico, presenta el objetivo general, objetivos específicos y cronograma de cada subprograma. Por último, la presentación de los resultados obtenidos mediante las actividades realizadas.

Además de estos marcos, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

Introducción

Al desempeñarse en el ámbito profesional psicológico, se ve de manifiesto que cada persona posee ciertas situaciones amenazantes que afectan su vida en las diferentes áreas, tanto física como emocionalmente. Es por ello que la práctica profesional dirigida tiene como propósito presentar la problemática que incide y prevalece en los niños atendidos en el centro de práctica de la organización Children International con sede en Chimaltenango, para apoyarlos e integrarlos a sus roles normales de vida.

Cabe mencionar que la práctica profesional dirigida es indispensable para la carrera de psicología, ya que a través de la investigación y la experimentación, el estudiante llega a ser un agente innovador y creativo, como también un buen comunicador y facilitador.

Los conocimientos, la orientación y las herramientas indispensables permiten al estudiante implementar de forma teórica-práctica los conocimientos humanísticos y científicos necesarios para ampliar el desarrollo de las estructuras mentales como la observación, el análisis, la síntesis y la comparación. Los cuales permiten la organización del pensamiento en forma lógica.

La capacidad de elegir, decidir y aceptar compromisos con responsabilidad en el estudiante hace que se desarrolle el autoconcepto, la autoestima y la seguridad en sí mismos, fomentando de esta manera el respeto hacia las ideas de los demás y motivándolo a participar en la gran labor que desarrollara en el medio en que se desenvuelva.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En el presente capítulo se dará a conocer la información necesaria de la institución en donde se realizó la práctica profesional dirigida. Para ello se describirá los datos de la organización, como también su misión, visión, objetivos, organización y población a la que atiende.

1.1 Descripción de la institución

La práctica se realizó en la organización denominada Children International Guatemala, con sede en Chimaltenango, ubicado en 8ª. Calle 2-98 zona 04 de Chimaltenango, con número de teléfono 7839-3675, cuenta con su representante legal la Trabajadora Social Martha Lidia Cumez Salazar quien nos informó que esta es una organización humanitaria sin fines de lucro dedicada a mejorar la vida de los niños especialmente, sus familias y sus comunidades que luchan contra la pobreza extrema. Para beneficio de los apadrinados la institución da asistencia familiar con los servicios médicos como también servicios dentales, Intervención Antiparasitaria, Rehabilitación Nutricional, Formación en valores y programas para jóvenes.

Children International es una organización humanitaria sin ánimo de lucro dedicada a aliviar el peso de la pobreza entre los niños pobres. El apadrinamiento de niños es una solución que proporciona asistencia educacional, de salud, material y emocional para los niños pobres alrededor del mundo. El apadrinamiento personal da a estos niños la oportunidad de romper el círculo de la pobreza y realizar su pleno potencial.

Esta institución está construida en un 100 % de ladrillo, block y repellado, cuenta con un patio pequeño de cemento, ocho cuartos y una bodega, cuenta con un patio grande con torta de

cemento. Las instalaciones poseen energía eléctrica, agua potable y línea telefónica, su extensión territorial es de mil ciento cuarenta y cuatro metros cuadrados (1,144 mts.2).

1.2 Misión

La institución tiene como misión "producir un cambio real y duradero en la vida de los niños que viven en la pobreza. En colaboración de sus proveedores, reducen la lucha diaria, invierten en su potencial y les proveen la oportunidad de crecer sanos, educados y preparados para salir adelante y contribuir a sus sociedades.

1.3 Visión

La visión es que cada niño se gradúe de nuestro programa como un adulto sano, educado y autosuficiente, con la habilidad y la motivación de liberarse de la pobreza y al mismo tiempo mejorar su comunidad.

1.4 Valores

Los valores que fundamentan el trabajo de la institución Children International son los siguientes:

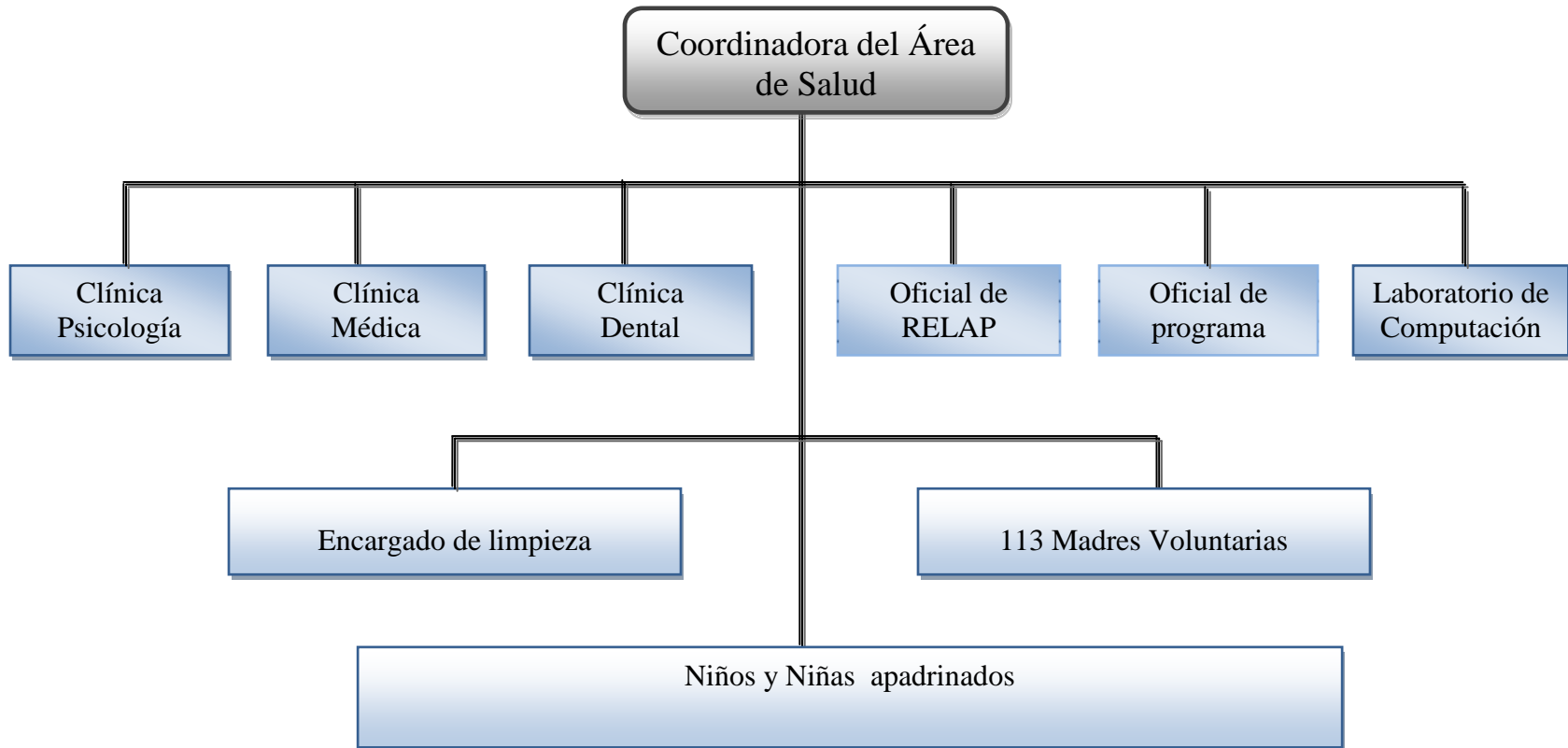
- La honestidad: la describen como una cualidad de calidad humana, que consiste en comportarse con coherencia y sinceridad, de acuerdo con los valores de verdad y justicia. La honestidad es el respeto de la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas y es la característica de quien es justo, recto e íntegro.
- El Altruismo: preocupación por hacer el bien desinteresadamente.
- Responsabilidad: obligación que asume un individuo y que garantiza cumplir las funciones delegadas.
- Respeto: consideración y atención hacia los compañeros y hacia la población a la que servimos.

- Lealtad: Guardar la debida fidelidad a la institución. Creer que la labor que se realiza dará sus frutos esperados.
- Equidad: Cualidad que consiste en no favorecer en el trato a uno perjudicando a otro.

1.5 Logros de la institución

- Apadrinar a 4,600 niños de escasos recursos en la sede de Chimaltenango.
- Ayudar a una gran cantidad de adolescentes y niños que proceden de familias desintegradas, pobreza extrema y alto riesgo.
- Contribuir con los apadrinados proveyéndoles educación para su desarrollo personal y por consiguiente de la comunidad.
- Entrega de recursos en hogares necesitados tales como roperos, trastos de cocina, comedores, ropa de cama y alimentos
- La construcción de viviendas en hogares de niños apadrinados.
- Apoyar a familias de escasos recursos, proveyéndoles una bolsa de víveres.
- Brindar servicios de salud a niños apadrinados.
- Utilizar adecuadamente los recursos de donantes y padrinos en las necesidades básicas de los niños.
- Hacer de los niños y niñas apadrinados un ente profesional íntegro que ayude a su comunidad.

1.6 Organigrama de la organización “Children International sede Chimaltenango”



RELAP: Relaciones de apadrinamiento.

OFICIAL DE PROGRAMA: Depto encargado de planificación de actividades generales de la institución.

MADRES VOLUNTARIAS: Ellas colaboran con los oficiales para llevar a cabo todo el proceso .

1.7 Población a la que atiende

El 50% de la población es ladina no indígena de clase media, con el idioma oficial el castellano. Los niños y jóvenes que son apadrinados se encuentran comprendidos entre las edades de 2 ½ años a 19 años. Uno de los requisitos de apadrinamiento y sostén es que deben estudiar los niveles de preprimaria, primaria, básico y carrera de nivel medio, pues la institución tiene como fin el mejorar la vida de los niños de escasos recursos y de sus comunidades.

En su mayoría son familias desintegradas debido a la separación de los padres, por muerte de alguno y en muy pocas ocasiones violaciones u otros. Son personas de escasos recursos, por lo que les es difícil mantenerse en un estatus adecuado en su calidad de vida, lo que hace que tengan limitaciones para que sus hijos estudien. Las familias en este caso tienen un promedio de 3 a 6 niños, la situación en la que viven es una condición inestable, tanto económicamente como el lugar donde conviven. Entre los municipios que tienen la oportunidad de recibir esta ayuda se encuentran El Tejar, San Andrés Itzapa, Zaragoza y la cabecera departamental de Chimaltenango, lugares donde reside un aproximado de 4,600 apadrinados.

1.8 Planteamiento del problema

Esta institución generalmente atiende personas que vienen de hogares desintegrados, hogares donde existe violencia intrafamiliar, abuso sexual de padres y padrastros a hijas, padres alcohólicos, por se ha llegado el planteamiento del problema: La violencia intrafamiliar.

Capítulo 2

Marco teórico

Introducción

Este capítulo abarca una serie de temas que se investigaron con el propósito de ser aplicados en la atención de casos que se han presentado en la práctica profesional dirigida en el último año de la carrera de Psicología y consejería Social. Se presenta al inicio una temática, que es objeto de estudio debido a que es un problema atendido y que afecta a la población infantil de la Institución Children International.

Se hace énfasis en tres áreas que son sumamente importantes para el profesional de psicología los cuales son: psicopatología, en donde se describen los trastornos más comunes, con sus respectivas definiciones, características, causas, efectos, signos y síntomas y el tratamiento. En cuanto a métodos de psicodiagnóstico cabe mencionar los instrumentos que se utilizan para hacer un diagnóstico. Y por último se describen cada uno de los diferentes modelos de psicoterapia y sus tratamientos.

2.1 Los problemas emocionales

Al hablar de los problemas emocionales se tiene una expresión amplia y vaga que engloba fenómenos de intensidad y profundidad diversa y cuyo significado se precisa e integra a medida que se estudia cada vez más sobre el comportamiento humano.

En la actualidad, los problemas emocionales se definen como "una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un largo período de tiempo y hasta cierto grado, lo cual afecta desfavorablemente el rendimiento educacional del niño:

- a) Una incapacidad de aprender, que no puede explicarse mediante factores intelectuales, sensoriales, o de la salud;
- b) Una incapacidad de formar o mantener relaciones interpersonales con los compañeros y profesores;
- c) Comportamiento o sentimientos inapropiados, bajo circunstancias normales;
- d) Un estado general de descontento o depresión; o
- e) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con los problemas personales o colegiales.

Es bastante difícil definir el término de "trastornos emocionales" o afectivos, ya que es un fenómeno que está interrelacionado con muchos otros trastornos; del carácter, de conducta y dificultades de aprendizaje. En este sentido, existe cierta confusión entre sus causas, sus efectos y los efectos asociados a él. Tomando en cuenta lo anterior, se ha usado este término para referirse indistintamente a otros trastornos, como desadaptación emocional y desorden mental entre otros.

Intentando una delimitación de *perturbación emocional*, se entenderá, centrándose en los estudios de Newcomer, como: "Un estado del ser, caracterizado por aberraciones en los sentimientos que tiene un individuo con respecto a sí mismo y al medio ambiente. La existencia de la perturbación emocional se deduce del comportamiento. Por lo general si una persona actúa de una manera que le es perjudicial a ella y/o a los demás, puede considerarse en un estado de perturbación emocional."

2.1.1 Tipos de problemas emocionales

Los trastornos emocionales estarían estrechamente relacionados con problemas de conducta, anomalías de carácter y dificultades de aprendizaje, lo que muchas veces no permite hacer un análisis más específico del problema.

Los trastornos emocionales pueden dividirse en:

- a) Trastornos afectivos derivados del ambiente (en base a las actitudes del medio frente a él)
- b) Trastornos conflictivos sintomáticos (Con causa ambiental, pero los síntomas se mantienen pese a desaparecer la causa).
- c) Trastornos estructurales de la personalidad debido a fallas en las funciones toicas.

Además, es interesante agregar en este tema, las distintas maneras en que cada teoría psicológica entiende dicho trastorno y sus posibilidades de intervención

El trastorno emocional se caracteriza por los síntomas y efectos: excesiva sensibilidad, baja en el rendimiento escolar, ensoñación, esfuerzo por complacer, egoísmo, dificultades de separación de la madre, rechazo escolar, dificultades de expresión de los propios sentimientos, sentimiento de culpa. Esto puede traducirse en conductas agresivas o retraídas.

2.1.2 Causas y efectos emocionales en los niños

Cuando se habla de un problema emocional en los niños se hace referencia a cambios de estado de ánimo de manera repentina, los cuales dificultan su adaptación con su entorno social.

Estos problemas emocionales pueden manifestarse por miedo o temor al fracaso, el rechazo de sus emociones, angustia por alguna pérdida, un enojo mal canalizado o incluso pueden ser el resultado de una poca tolerancia a la frustración de reglas y límites externos.

Sin embargo, se cree que las causas se centralizan en factores tales como: desórdenes mentales, dieta, presiones, herencia o realidad familiar. Es muy importante que los docentes puedan distinguir a estos niños para que puedan recibir una educación apropiada. Los niños con problemas emocionales deben recibir mucho apoyo para que puedan tener un aprendizaje óptimo.

2.1.3 Características comunes en los niños afectados emocionalmente

Lo primero que se debe saber es que los denominados “problemas emocionales” se caracterizan por presentar alguna de las siguientes características:

- a) Incapacidad en el desarrollo del aprendizaje, que no se relaciona a factores intelectuales, sensoriales o de la salud.
- b) Incapacidad de relacionarse con otras personas dentro del ámbito escolar. Es decir: compañeros y profesores.
- c) Comportamiento inadecuado en circunstancias normales. Por ejemplo: llanto en ocasiones inapropiadas.
- d) Estado constante de descontento o depresión.
- e) Tendencia a demostrar temores asociados con los problemas personales o escolares.
- f) Hiperactividad, déficit de atención e impulsividad
- g) Agresiones que hasta pueden significar autoagresiones.
- h) El desempeño académico sufre un cambio drástico, sobre todo, si esto ocasiona tensiones entre los miembros de la familia (problemas de aprendizaje).
- i) Que presente conductas de evitación, es decir, desinterés por hacer lo que le gusta o por cumplir con sus responsabilidades o que se aíse de los demás y deje de mostrar interés por tener contacto con la gente.
- j) Que tenga malos hábitos alimenticios, ya sea comer en exceso y/o dejar de hacerlo.
- k) Que presente ira, ansiedad o angustia extrema en situaciones que previamente ha podido manejar sin presentar estos síntomas.
- l) Que le cueste trabajo expresar sus sentimientos.
- m) Que demande mucha atención o, por el contrario, que no se observe motivación para conseguir sus logros.
- n) Que su manera de relacionarse sea agresiva, por ejemplo: el niño que molesta a sus demás compañeros.
- o) Que presente malestares físicos sin ninguna justificación médica, por ejemplo: dolor de estómago o de cabeza.

Cabe aclarar que para que alguno de esos síntomas sea considerado como problemas emocionales, tendrán que perdurar por un tiempo considerable, lo suficiente para que el maestro considere que el déficit en el aprendizaje se debe a determinado síntoma.

2.1.4 Diagnóstico y tratamientos específicos de los problemas emocionales

Diagnóstico

Los trastornos emocionales pueden ser de diversa índole. En líneas generales se manifiestan en algunos de los siguientes apartados:

- a) Quejas subjetivas: El paciente puede experimentar malestar en relación a determinadas situaciones de que forma objetiva nos resultan problemáticas.
- b) Rasgos patológicos de la personalidad
- c) Alteraciones en la comprobación de la realidad, en la capacidad de diferenciar lo interno y lo externo y de evaluar las propias emociones y sentimientos, en conexión con la normativa social.
- d) Conducta alterada o problemática
- e) Afectividad, emociones y estado de ánimo
- f) Memoria y pensamiento: El pensamiento puede presentar alteraciones en su forma, en su estructura, velocidad, contenido del mismo, entre otros.
- g) Percepción, conciencia, orientación y atención
- h) Conducta motora
- i) Inteligencia
- j) Otros como lenguaje y juicio.

Tratamiento y prevención

Es muy importante para los padres, maestros y encargados tomar en cuenta la prevención de está problema y para ello se debe trabajar la estimulación temprana en los niños y niñas. Como también el problema de la integración inclusión y exclusión en la atención, a las que están expuestos los infantes. Los mecanismos de exclusión escolar y familiar. La prevención de la exclusión de las personas y la estrategia para revertir la exclusión de las personas

2.2 Psicopatología

La definición de psicopatología, etimológicamente viene del griego *phatos* que significa enfermedad y *logos* tratado o estudio. Es el trastorno de las enfermedades psicopatológicas. Con el término enfermedad, se tiene que fijar en el modelo biológico al no saber el origen, o la causa primera, se prefiere llamarlo trastorno (psicológico, psiquiátrico, psicopatológico).

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

2.2.1 Antecedentes de la psicopatología

Es en los mundos griego y romano en los que surge por primera vez el concepto de enfermedad mental. En los primeros tiempos de la cultura griega la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura (la locura era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses en estado de cólera).

Esta visión fue modificada por los pitagóricos y los *cos*, entre ellos Hipócrates, quien aseguró que los trastornos mentales se debían a causas y procesos naturales, al igual que en las enfermedades

físicas. Para él los dioses de la enfermedad estaban sujetos a leyes naturales y era misión del médico descubrirlas. La formulación de Hipócrates serviría de base a Galeno para plantear sus concepciones acerca de los temperamentos.

La psicopatología, también conocida como psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas, es quizá la especialidad más conocida y la que el público en general asocia cuando escuchan la palabra “psicología”, dado que los casos, historias y síntomas de pacientes que muestran comportamientos inadaptados afectan a la sensibilidad del público y provocan la curiosidad. Por ejemplo, sentir miedo por algo es absolutamente normal, pero estar todo el tiempo atemorizado sin que exista una causa real no lo es, aunque las barreras entre ambos estados, difíciles de delimitar incluso para los especialistas del tema, causen un alto grado de indeterminación. Por lo general, y debido a la fuerte orientación clínica de este enfoque, se hace más hincapié en la dinámica, causas y resultados de la enfermedad, pero los aspectos cognitivos de la misma pueden ser también estudiados.

Ya a fines del siglo VII la locura se clasificaba perversa en tanto era una acción contra Dios provocada por el demonio. La causa no era atribuible al individuo, sino que era causa de una transgresión a la voluntad del individuo por arte de un ser superior. Por lo tanto, estos individuos debían ser puestos bajo el control de las autoridades religiosas porque sólo ellos estaban legitimados a luchar contra el mal. Estas ideas demonológicas prevalecieron en los albores del Renacimiento salvo notables excepciones como Vives y Weyes, quien escribió un libro importante titulado *The Deception of Demons (1,563)*, en el que trataba de desacreditar el mito de que las personas con perturbaciones psicológicas estaban poseídas por el demonio. Aunque Weyer no abandonó la noción de la posesión demoniaca, su libro representó el primer avance importante desde la época de Galeno en la descripción y clasificación de formas de comportamiento anormal.

El enfoque de Weyer también formó la base para lo que más tarde se volvería una renovación del enfoque humanitario de las personas con perturbaciones psicológicas.

En el siglo XVIII, fue una época de reforma política y social masiva en toda Europa. Para este punto, las instituciones públicas que albergaban individuos con trastornos psicológicos se habían convertido en calabozos, donde a las personas ni siquiera se les daba la atención que hubieran concedido a un animal. El tratamiento dado a estas personas implicaba sangrías, vómito forzado y purgas.

Philippe Pinel y Jean- Baptiste Pussin hicieron cambios para mejorar las condiciones de vida de los pacientes, Pussin hizo el gesto audaz de liberar a los pacientes de sus cadenas, un acto por el que se le da crédito a Pinel en forma errónea. Dorothea Dix trabajó a finales del siglo XIX para cambiar a las personas con perturbaciones psicológicas de las cárceles y hospicios a hospitales financiados por el estado, en donde podían recibir un tratamiento más humano. En 1,844, un grupo de 13 administradores de sanatorios formaron la *Association of Medical Superintendents of American Instituciones for the Insane*. El nombre de esta organización fue cambiado con el tiempo al de *American Psychiatric Association*. La fundación de esta organización dio surgimiento al modelo médico, la perspectiva de que los comportamientos anormales se derivan de problemas físicos y deberían tratarse en forma médica.

Al mismo tiempo que evolucionaba el modelo médico, también estaba echando raíces un enfoque muy diferente para entender los problemas psicológicos. El modelo psicoanalítico, el cual busca explicaciones del comportamiento anormal en el funcionamiento de procesos psicológicos inconscientes, tuvo sus orígenes en las técnicas controvertidas desarrolladas por Anton Mesmer (1734-1815), un médico vienés. Mesmer obtuvo notoriedad por sus impresionantes que implicaban técnicas hipnóticas. Expulsado de Viena por lo que fueron consideradas afirmaciones falsas de cura, Mesmer viajó a París, donde ocurrió el mismo infortunio. Adondequiera que iba, el sistema médico lo consideraba un fraude debido a sus afirmaciones increíbles y prácticas cuestionables.

A lo largo del siglo XX surgieron modelos alternativos del comportamiento anormal basados en varios enfoques experimentales. Los más prominentes entre éstos fueron la teoría del aprendizaje

social de Albert Bandura (1925), en modelo cognitivo de Aaron Beck (1921) y el enfoque de la terapia racional emotiva desarrollado por Albert Ellis (1913-2007).

En particular, se están desarrollando métodos de colaboración entre el sistema de salud mental y los consumidores de servicios según los cuales éstos son alentados a adoptar un papel activo en la elección de su tratamiento. En las próximas décadas, los expertos y legos continuarán luchando por hallar el equilibrio apropiado entre proporcionar asilo para aquellos que lo necesitan y encarcelar a las personas en instituciones, al sobrepasar el tiempo en el que son ayudadas. Simultáneamente, los investigadores científicos continuarán buscando las causas del comportamiento anormal y las formas más eficaces de tratamiento.

2.2.2 Normalidad y anormalidad

La anormalidad es una característica definida en forma subjetiva, se asigna a aquellas personas que poseen condiciones raras o disfuncionales.

Se consideran comportamientos individuales anormales a aquellos que son estadísticamente raros y además indeseables. La ocurrencia de algún tipo de comportamiento anormal no es inusual. Un criterio más refinado es la existencia de ansiedad. Una persona que manifiesta niveles elevados de depresión, ansiedad, infelicidad, etc. se considera que posee un comportamiento anormal porque su propio comportamiento la perturba.

Normalidad viene de norma, y norma es la regla general sobre la manera como se debe actuar o hacer una cosa, es lo que debido al uso o frecuencia no produce extrañeza. Un hombre normal es aquel que se encuentra adaptado a su medio. También se puede decir que es aquel capaz de convivir con sus congéneres y adaptarse a su entorno, aún a pesar de sus problemas profundos.

Para determinar la relativa normalidad de una conducta o comportamiento la psicopatología se vale de una serie de criterios evaluativos. Hay dos series de criterios, los generales y los específicos y estos deben reunir tres condiciones las cuales son:

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

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

A continuación se presentan algunos trastornos psicopatológicos vistos durante la práctica dirigida en la Institución Children International.

2.2.3.1 Trastornos del estado de ánimo

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

Durante la década de los ochenta, los profesionales de la salud mental comenzaron a reconocer los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, así como en adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes no necesariamente experimentan o exhiben los mismos síntomas que los adultos. Es más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños, especialmente porque ellos no siempre son capaces de expresar cómo se sienten.

2.2.3.2 Causas

La causa de los trastornos del estado de ánimo no se conoce con precisión. Existen unas sustancias químicas en el cerebro, llamadas endorfinas, que son responsables de los estados de ánimo positivos. Otras sustancias químicas del cerebro, llamadas neurotransmisores, regulan las endorfinas. Probablemente, la depresión (y otros trastornos de los estados de ánimo) sea causada por un desequilibrio químico en el cerebro. Los acontecimientos de la vida (como los cambios no deseados) también pueden contribuir a un estado de ánimo deprimido.

Los trastornos afectivos suelen presentarse dentro del mismo grupo familiar y se considera que son de herencia multifactorial. "Herencia multifactorial" significa que depende de "muchos factores". Los factores que producen el rasgo o condición generalmente son tanto genéticos y ambientales, con la participación de una combinación de genes de ambos padres. A menudo un sexo (el masculino o el femenino) suele estar afectado más frecuentemente que el otro en cuanto a los rasgos multifactoriales. Parece haber un umbral de expresión diferente, lo que significa que un sexo tiene mayor probabilidad de mostrar el problema que el otro.

Cualquiera puede sentirse triste o deprimido a veces. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo son más intensos y más difíciles de controlar que los sentimientos de tristeza normales. Los niños, los adolescentes o los adultos que tienen el padre o la madre que sufre un trastorno del estado de ánimo tienen mayores posibilidades de sufrir un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, los acontecimientos de la vida y el estrés pueden exponer o exagerar los sentimientos de tristeza o depresión, haciendo más difícil el control de los sentimientos.

A veces, los problemas cotidianos pueden desencadenar una depresión. El despido del trabajo, un divorcio, la pérdida de un ser querido, la muerte de un familiar y los problemas financieros, entre otras cosas, son situaciones difíciles que pueden generar una presión difícil de sobrellevar. Estos acontecimientos de la vida y el estrés pueden acarrear sentimientos de tristeza o depresión o dificultar el control de un trastorno del estado de ánimo.

La posibilidad de padecer depresión en las mujeres en la población general es casi el doble (12 por ciento) que en los hombres (6.6 por ciento). Una vez que una persona de la familia recibe el diagnóstico, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos reciban un diagnóstico similar. Además, los parientes de las personas que tienen depresión también corren un riesgo más alto de sufrir el trastorno bipolar (síndrome maníaco depresivo).

La probabilidad de sufrir el síndrome maníaco depresivo (o trastorno bipolar) en los hombres y mujeres de la población general es de alrededor del 2,6 por ciento. Una vez que una persona de la familia recibe el diagnóstico, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos reciban un diagnóstico similar. Además, los parientes de las personas que tienen depresión maníaca también corren un riesgo más alto de sufrir depresión.

2.2.3.3 Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

A. Depresión

La depresión viene del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado" es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento paterno educativo.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos (abanderados por la fluoxetina, la "*píldora de la felicidad*" del siglo XX), la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer.

En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo, de la depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de prevalencia, pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara.

En recientes estudios se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por diferentes causas, principalmente por accidentes vasculares cerebrales).

A.1 Evaluación diagnóstica de la depresión

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.

A.2 Tratamiento

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, y otros.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos.

La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la gravedad de los síntomas.

B. Estrés

La palabra Estrés se deriva del griego Stringere, que significa provocar tensión. Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como stress, stresse, strest y straisse. En forma simplista, el estrés es a veces definido como una condición meramente muscular: "es una rigidez o endurecimiento de los músculos y

del tejido conjuntivo que excede del tono necesario para su funcionamiento normal”. Sin embargo es mucho más que eso. El estrés es una respuesta importante.

B.1 Causas del estrés

- * Fisiológicas: Estas causas están relacionadas con las enfermedades y lesiones del cuerpo que aumentan la tensión interior de la persona produciendo un nivel de estrés que se vuelve contraproducente hacia uno mismo.
- * Psicológicas: Se relaciona con la vulnerabilidad emocional y cognitiva. Crisis vitales por determinados cambios: infancia, adolescencia, madurez, vejez. Relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes. Condiciones frustrantes de trabajo o estudio: excesiva exigencia o competitividad, monotonía, normas incongruentes, insatisfacción vocacional.
- * Sociales: Cambios sociales en los que cada época trae nuevos retos a afrontar. Cambios tecnológicos acelerados que la persona no puede integrar, entre otros.
- * Ambientales: Polución ambiental, alimentación desnaturalizada con tóxicos industriales, lugares de trabajo con poca seguridad o con carga electrostática, microorganismos patógenos, catástrofes, entre otros.

B.2 Signos y síntomas del estrés

Estudios de psicología moderna nos advierten que el estrés continuo puede generar estados de ansiedad que terminan bloqueando el funcionamiento de los procesos cognitivos, es decir, nuestra claridad mental.

Las preocupaciones recurrentes, por ejemplo, pueden llegar a invadir nuestro sueño y mantenernos despiertos la mayor parte de la noche, y los miedos que se imponen sobre el resto de los pensamientos son capaces de distraernos de lo que estamos haciendo. La característica central de la reacción que nos produce el estrés es la incertidumbre, una incertidumbre que dispara un estado de alerta para corroborar la eventualidad de una amenaza.

B.2.1 Signos emocionales

- Apatía e indiferencia, ansiedad, miedo, sensación de inutilidad.
- Depresión, irritabilidad y estado defensivo.
- Fatiga mental: problemas de concentración, pensamiento poco fluido, esfuerzo continuo, dificultad para emprender nuevas acciones.
- Negación: Ignorar síntomas, negar problemas, continuar trabajando a pesar de estar demasiado cansado para continuar.
- Arrebatos de emoción: sentimientos que afloran y desaparecen súbitamente en lugar de perdurar como un estado de ánimo predominante.
- Preocupaciones y pensamientos obsesivos: una conciencia continúa del evento estresante que irrumpe de manera recurrente, más allá de los límites del pensamiento necesario para resolver un problema.
- Ideas intrusivas: sorpresivas y súbitas, pensamientos que no tienen nada que ver con la tarea mental en curso.
- Pensamientos, sensaciones y emociones persistentes o ideas que la persona es incapaz de detener.
- Hipervigilancia: un estado de alerta, indagación y búsqueda desproporcionada, que se caracteriza por una tensa expectativa.
- Insomnio: imágenes e ideas persistentes que dificultan la conciliación del sueño.
- Malos sueños: pesadillas y despertares angustiosos.

B.2.2 Signos de comportamiento

- Evasión: del trabajo, de las amistades, de la responsabilidad.
- Drogadicción: Alcoholismo, drogas, juego, derroche.
- Abandono: Atraso del trabajo, desaseo, vestir descuidado.
- Problemas legales: Deudas, infracciones, accidentes, robos, violencia.

B.2.3 Signos físicos

- Enfermedades frecuentes de todo tipo, contracturas musculares y dolores de columna vertebral como lumbalgia, ciática o dolor cervical.
- Dolencias menores: Náuseas, insomnio, dolor de cabeza, problemas digestivos, cambios de peso, cambios de apetito, problemas sexuales.
- Agotamiento físico: Fatiga continua, cansancio sin causa

2.5.2.1 Tipos de estrés

2.5.3.1 Estrés y distrés

El estrés actúa como factor de motivación para vencer y superar obstáculos. Puede decirse que es un elemento que nos ayuda a alcanzar el éxito, es el combustible para el logro de nuestras ambiciones. Este nivel normal y deseable podría denominarse simplemente como estrés. No obstante ese nivel puede ser superado llegando a ser potencialmente perjudicial; pudiéndose diferenciar tal estado con el nombre de distrés. La diferenciación entre estrés y distrés que se ha hecho en este acápite, destaca la diferencia entre una condición necesaria y normal vs. otra que excede estos límites. Sin embargo a lo largo del trabajo, salvo en pocas excepciones, se utilizará la palabra estrés para designar lo que aquí hemos definido como distrés.

a). Estrés físico y estrés mental

Algunos autores diferencian entre el estrés físico y el estrés mental, mientras que otros combinan ambas definiciones cuando hablan del estrés. Según un artículo en el Biomonitor, esta diferenciación depende del origen o causa del estrés, definiendo al estrés físico principalmente como fatiga o cansancio físico.

Puede expandirse esta definición para incluir exposición al calor o al frío, al peligro, o a sustancias irritantes. Por otro lado, el origen del estrés mental está en las relaciones interpersonales, frustraciones y apegos, conflictos con nuestra cultura o religión o por la preocupación por alguna enfermedad.

b). Estrés agudo

El estrés agudo es el producto de una agresión intensa (aún violenta) ya sea física o emocional, limitada en el tiempo pero que supere el umbral del sujeto, da lugar a una respuesta también intensa, rápida y muchas veces violenta. Cuando el estrés agudo se presenta se llega a una respuesta en la que se pueden producir úlceras hemorrágicas de estómago como así también trastornos cardiovasculares. En personas con factores de riesgo altos, pueden tener un infarto ante situaciones de este tipo.

c). Estrés crónico

Cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, continuo, no necesariamente intenso, pero exigiendo adaptación permanente, se llega a sobrepasar el umbral de resistencia del sujeto para provocar las llamadas enfermedades de adaptación. Es decir que cuando el organismo se encuentra sobreestimulado, agotando las normas fisiológicas del individuo, el estrés se convierte en distrés.

El estrés crónico puede darse ya sea por una exposición prolongada y continua a factores estresantes externos (como en profesiones como periodistas, ejecutivos, pilotos o médicos) o por condiciones crónicas o prolongadas de la respuesta al estrés (como en sujetos deprimidos y en el estrés postraumático). Aquí el sujeto se ve expuesto prolongadamente a las llamadas hormonas del estrés (catecolaminas, adrenalina y noradrenalina liberadas por el sistema nervioso simpático; y los glucocorticoides).

2.3 Psicodiagnóstico

Es el proceso que tiene por objeto el estudio de los factores que determinan la conducta a través de una variedad de instrumentos. En otras palabras, trata del estudio de la personalidad mediante la observación de la conducta combinado con otras pruebas desarrolladas para tal fin. La palabra psicodiagnóstico proviene del griego *psyche*, que significa mente, y de *dia* + *gnosis*, conocimiento, y fue acuñada por el psiquiatra Hermann Rorschach,

Los métodos psicodiagnósticos se utilizan también en el estudio de los problemas de la Psicología del Desarrollo. En esta rama la aplicación de estos métodos tiene una importancia especial, porque precisamente con ayuda de ellos es posible registrar los cambios generales de los rasgos de personalidad y de esta forma poder describir las características del proceso de desarrollo normal. Surgen muchas veces problemas metodológicos complejos, pero la solución de ellos la posibilita al psicodiagnóstico estrechar las relaciones con la psicología del desarrollo del hombre.

Psique: mente, alma, espíritu. Diagnóstico: Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos (indicio o señal de algo). “Es el proceso por el que, utilizando distintos medios, alcanzamos un conocimiento de un sujeto que nos permite descubrir su personalidad”. “Psicodiagnóstico es aquella disciplina psicológica que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de

un sujeto o un grupo de sujetos determinados, en su interacción recíproca con el ambiente y con el fin de descubrir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar su comportamiento”.

2.3.1 Antecedentes

La evaluación psicológica es la disciplina que analiza y explora el comportamiento de un sujeto a través de un proceso en el que se emplean una serie de dispositivos (test, encuestas y otros.). Comúnmente se sitúa el inicio del psicodiagnóstico en la antigua china, donde se evaluaba el nivel de aprendizaje de los niños, así como también evaluaban a los miembros del ejército para verificar las aptitudes que éstos tenían para desempeñar ciertos cargos.

Pero no fue hasta 1575, cuando Juan Huarte de San Juan especifica bien lo que es una evaluación psicológica. Su definición partía de que las personas nos diferenciamos en el talento y era muy importante estudiarlo para luego poder predecir la evaluación y profesión del futuro.

A). Antecedentes científicos:

Galton 1822 - 1911, es el padre de la psicología diferencial. Sus estudios se centraron en la inteligencia (que era innata), creía que por su carácter hereditario se podía conseguir una mejora, a través de la eugenesia. Llevó a la vida cotidiana los conocimientos del laboratorio. Elaboró la primera tabla para comparar a una persona con la mayoría. Pero hasta 1883 no publica su obra más importante, donde aparecen los primeros bocetos del test. Galton mostró interés en cuantificar las características humanas, recopilar empíricamente y sistemáticamente información y aplicar en ésta la estadística. Estudió las diferencias individuales.

Cattell 1861 – 1934. Su centro fue el estudio diferencial de los tiempos de reacción. Trabajo con Wundt y Galton. En 1980 se utiliza por primera vez la palabra “test” en evaluación psicológica. Tenía un gran interés en que las pruebas fuesen objetivas, sin sesgos del investigador. Comenzó una aplicación masiva de los test.

Binet (1857 – 1911) habla de una nueva evaluación psicológica y de la inteligencia y de las facultades psicológicas superiores (memoria, atención, imaginación.) Desde los textos de la antigüedad aparecen citas en que se diferenciaban unos hombres de otros, pero es en 1978 con el surgimiento de la Psicología experimental, creada por Wilhem Wundt en Alemania, que se le da un mayor impulso al uso de los test psicológicos. En 1921 aparece por primera vez el término psicodiagnóstico, en una monografía publicada por Hermann Rorschach, acerca del test de las Manchas, que ha trascendido con creces hasta nuestros días.

2.3.2 Tipos de Psicodiagnóstico

A). Diagnósticos diferenciales

El diagnóstico diferencial, es el conocimiento al que se llega después de la evaluación comparativa de las manifestaciones más comunes que posee el paciente con las manifestaciones de otras enfermedades. Es un procedimiento que se hace para evaluar las enfermedades que tienen un cuadro clínico similar. Es decir, hay ciertas enfermedades que poseen síntomas muy parecidos. Al tener un diagnóstico diferencial se debe descartar una a una según la hipótesis planteada y las exploraciones complementarias utilizadas, hasta encontrar el padecimiento que ocasiona los síntomas del paciente.

Es muy necesario distinguir la sintomatología que produce cada una de ellas con el fin de evitar exploraciones y tratamientos excesivos. Existe una serie de factores necesarios previos a la emisión de un diagnóstico diferencial. En primer lugar, el proceso que se inicia no es específico, y requiere sensibilidad y responsabilidades de ambas partes entre el profesional y paciente. El profesional deberá aportar la máxima habilidad clínica posible, la cual es la conjunción de la experiencia profesional, fruto al que se llega después de una práctica activa que consume tiempo y esfuerzo, con las capacidades cognitivas, aptitudinales y actitudinales apropiadas a la misión a desempeñar: definir la problemática, buscar y establecer las posibles soluciones.

B. Diagnóstico principal/motivo de consulta

Cuando en una hospitalización se establece más de un diagnóstico a un individuo, el diagnóstico principal corresponderá a aquel trastorno que, tras estudiar el caso, se considere responsable principal de ingreso. En la asistencia ambulatoria, cuando a un sujeto se le aplica más de un diagnóstico, el motivo de la consulta es el trastorno que justifica en primer lugar la asistencia médica ambulatoria recibida durante la visita.

En la mayor parte de los casos el diagnóstico principal o el motivo de la consulta también constituyen el principal objeto de atención o tratamiento. Con frecuencia es difícil (y algo arbitrario) determinar que diagnóstico es el principal o el motivo de la consulta, especialmente en situaciones de “doble diagnóstico” (un diagnóstico relacionado con sustancias, como dependencia de anfetaminas, acompañado por otro diagnóstico no relacionado con sustancias como esquizofrenia).

Por ejemplo, puede no quedar claro qué diagnóstico debe considerarse “principal” en el caso de una persona hospitalizada por esquizofrenia e intoxicación por anfetaminas, puesto que cada uno de estos trastornos podría haber contribuido igualmente a la necesidad de ingreso y tratamiento.

Cuando el diagnóstico principal corresponde a un trastorno del Eje I, esto se indica situándolo en primer lugar. Los restantes trastornos se ordenan según el objetivo asistencial y terapéutico.

Cuando una persona cuenta con diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de la visita radicarán en el Eje I a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la expresión “(diagnóstico principal)” o “(motivo de la consulta)”.

C). Diagnóstico provisional

Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en última instancia, pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnóstico

firme, en tal caso puede utilizarse la especificación provisional. El clínico puede indicar la incertidumbre diagnóstica anotada (provisional) después del diagnóstico, por ejemplo si el paciente parece sufrir un trastorno depresivo mayor, pero no es posible tener una historia adecuada que permita establecer que se cumplen todos los criterios.

El término provisional también se utiliza en aquellas situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de la duración de la enfermedad. Por ejemplo un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración inferior a 6 meses y solo puede formularse provisionalmente si se asigna antes de haber sobrevenido la remisión.

2.3.3 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico

2.3.3.1 Entrevista psicológica

La entrevista es el instrumento o técnica fundamental del método clínico y es por lo tanto un procedimiento de investigación científica de la psicología. En cuanto a la técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales no solo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica. La entrevista porque -entre otras razones - identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador y de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. Y todo esto en un proceso ininterrumpido de interacción.

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol y el otro -o los otros- necesitan de su intervención técnica. Pero es un punto fundamental que el técnico no sólo utiliza en la entrevista sus conocimientos psicológicos para aplicarlos al entrevistado, sino que esta aplicación se produce precisamente a través de su propio comportamiento en el curso de la

entrevista.

La entrevista psicológica es entonces una relación entre dos o más personas en las que estas intervienen como tales. Para subrayar el aspecto fundamental de la entrevista se podría decir, de otra manera, que ella consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento. De ese saber y de esa actuación según ese saber, depende que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista (investigación, diagnóstico, orientación, entre otros.).

De esta teoría de la entrevista derivan algunas orientaciones para su ejecución. La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino obtener datos completos del comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos aplicando nuestra función de escuchar, pero también nuestra función de vivenciar y observar, de tal manera que queden incluidas las tres áreas del comportamiento del entrevistado.

La teoría de la entrevista ha sido enormemente influida por conocimientos derivados del psicoanálisis, la gestalt, la topología y el conductismo. Aunque no vamos a reseñar específicamente el aporte de cada uno de ellos, conviene señalar someramente que el psicoanálisis ha influido con el conocimiento de la dimensión inconsciente de la conducta, de la transferencia y la contratransferencia, de la resistencia y la represión, de la proyección y la introducción etc. La gestalt ha aportado la comprensión de la entrevista como un todo en el cual el entrevistador es uno de sus integrantes y considera el comportamiento de éste como uno de los elementos de la totalidad.

La topología ha conducido a plantear y reconocer el campo psicológico y sus leyes, tanto como el enfoque situacional. El conductismo ha influido con la importancia de la observación del comportamiento total. Todo ello ha conducido a la posibilidad de realizar la entrevista en condiciones metodológicas más estrictas, convirtiéndola en instrumento científico en el cual el "arte de la entrevista" se ha visto reducido en función de una sistematización de las variables

2.3.3.3 Tests

Los tests psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. La justificación teórica de la evaluación mediante el uso de tests psicológicos, es que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provocan es valorado en mayor o menor medida 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, a la vez que este comportamiento específico ante determinado reactivo debe representar lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde la capacidad que se está evaluando se pone en ejecución real.

Los tests psicológicos suponen poder provocar una situación *cuasi* experimental en la que un sujeto o grupo de personas son estimulados a realizar determinado tipo de actividades, (leer, relatar, repetir, dibujar, resolver, completar, comparar, escribir, armar, ordenar), siguiendo ciertas consignas pautadas y uniformes, con la finalidad de poder comparar esas actividades con las realizadas por personas homogéneas según sexo, edad, y realidad sociocultural, en base a los cuales se han elaborado valores promedio y de dispersión (baremos).

Las técnicas que se basan en normas estadísticas, parten del supuesto de que la variable que se pretende medir se operacionalizan en dimensiones que se distribuyen en la población general según el modelo matemático de la curva normal. Una técnica basada en datos normativos elabora los mismos a partir de su administración a una muestra representativa de sujetos que va a usarse como una medida estándar, en relación al cual se compararán las ejecuciones o logros individuales. Interesa determinar el grado en que un sujeto se diferencia de otros homogéneos a él en relación a la característica o variable que se está midiendo.

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

- a) Tests psicométricos: Básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, daño cerebral, comprensión verbal, entre otros.), 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 objetiva.
- b) 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.

Áreas de aplicación de los tests

El uso de tests para la evaluación puede ser de diversos tipos, existen tests 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 tests 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 tests 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 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.

2.3.3.4 Manuales de diagnóstico

A. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado, (DSMVI-TR)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la American Psychiatric Association Psiquiátrica de Estados Unidos contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV). Ya ha salido un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV provoca controversia dentro de los profesionales en su uso diagnóstico. La OMS recomienda

el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

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

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

A.1 Diagnóstico a través del DSM-IV

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

- Eje I: Donde se describe el o los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobias social, fobias específicas, hipocondrías, entre otros.)
- Eje II: Donde 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, entre otros).
- Eje III: Donde se especifican afecciones médicas que presente el paciente (si es que existen).

- Eje IV: Donde se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo y otros.)
- Eje V: Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

B. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, (CIE-10)

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares.

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *Family of International Classifications* .

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

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

C. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, (GLADP)

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), más allá de optimizar el uso instrumental y la utilización de un modelo de psicodiagnóstico, ajustado a estándares internacionales, implica el ajuste de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas. Es el éxito y el logro de los fines del uso del modelo multiaxial alcanzado en la práctica del diagnóstico psiquiátrico, que lo lleva a su perfección, al punto de estimular el surgimiento de nuevas propuestas al respecto, como en el caso de la Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL), que respetando el modelo y el sistema de base propuesto por la OMS sobre el tema, proponen el sistema GLADP.

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

Este sistema propuesto por la APAL establece el manejo del diagnóstico multiaxial, en cuatro ejes, ubicando los trastornos clínicos con todas las categorías y sub-categorías de la CIE 10, así como las condiciones no patológicas que demanda atención del clínico, incorporando, lo que se

constituye como aporte, los síndromes culturales latinoamericanos, en el primer eje. Las discapacidades para el segundo eje; factores contextuales para el tercer eje. Cerrando como cuarto eje los indicadores de la calidad de vida del paciente.

A manera de conclusión señalo, que la tradición del diagnóstico del modelo médico, semiológico y descriptivo, ha marcado el trabajo diagnóstico de la clínica psicológica lo que implica un problema teórico conceptual que ha quedado invisibilizado por la tradición y por la práctica social; una segunda conclusión a la que podemos arribar desde el presente trabajo, radica en la postura organicista - funcionalista que comparten tanto el modelo biógeno como el modelo sindrómico. Una tercera conclusión va por necesidad de incorporar los aspectos de la subjetividad humana y sus grados de complejidad con la que se eleva en su comportamiento su personalidad, ha obligado a la psiquiatría moderna y postmoderna a un ajuste cosmovisión del paciente a fin de lograr la integralidad en sus sistemas diagnósticos; intento que no ha sido conseguido.

2.4 Psicoterapia

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta entrenado para evaluar y generar cambios, y una persona que acude a consulta («paciente» o «cliente»), con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Antes de entrar de lleno a definir la palabra psicoterapia se hace necesario el proceder a establecer el origen etimológico de la misma. Este se halla en el griego y más concretamente en la unión de dos términos: por un lado, está psico (psyche) que podría traducirse como “alma” y por otro lado está terapia (terapia) que vendría a significar “tratamiento”.

Partiendo de dicha significación se podría decir de una manera sencilla que la psicoterapia es el tratamiento que lleva a cabo un profesional de la salud (psicoterapeuta) para conseguir que un paciente en cuestión pueda lograr una serie de mejoras y cambios positivos en lo que respecta a

su comportamiento, a su salud psíquica y física, a la adaptación al entorno o a su identidad psicológica.

En este sentido, es frecuente que muchas veces las personas acudan a recibir psicoterapia debido a que tienen problemas de comportamiento, tristeza crónica, pautas de alimentación inadecuadas, conflictos de pareja, problemas con el consumo de drogas, fracaso escolar o insatisfacción de tipo sexual.

2.4.1 Antecedentes

Las raíces de la psicoterapia se remontan hasta diferentes tipos de saberes desarrollados en la cultura occidental y procedente de la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Todas estas actividades se refirieren al hecho de que la vida humana es inherentemente problemática. El hombre se ve enfrentado a vivir consigo mismo y con los demás. Esta convivencia subjetiva y relacional genera problemas que suele ser clasificados como conducta anormal o desviada socialmente. Este elemento convivencia junto con el de la anormalidad ha sido abordado de diferente manera a lo largo de la historia.

A. Sociedades primitivas:

En las sociedades tribales primitivas las explicaciones sobre las causas de la anormalidad están conectadas a las metáforas sobrenaturales y místicas. Las explicaciones son de tipo animista. La enfermedad se debe a un fenómeno de posesión, un alma extraña ocupa el lugar del alma del paciente. La ceremonia terapéutica consiste en un ritual, ejercido por el hechicero o chaman, por lo general en presencia de la tribu, que tiene por objetivo el retorno del alma del paciente y la expulsión del alma posesiva. La practica exorcista (Ellenberger,1970) como ejecución de este ritual puede adoptar tres formas: La primera consiste en expulsar al espíritu maligno mediante procedimientos "mecánicos" como los ruidos, los malos olores, o incluso golpeando al poseidilla segunda consiste en transferir el espíritu maligno a otro ser, en general un animal, y la tercera

consiste en intentar extraer el espíritu maligno por medio de conjuros o procedimientos psíquicos (práctica que luego retomó y normalizó la Iglesia católica).

Las religiones organizadas también desarrollaron sus propias concepciones sobre la anormalidad y su tratamiento, y sirvieron de base a un pensamiento más racional que aparece después en Grecia y el mundo antiguo. Las obras de Lao-tse en China, Buda en la India, Tales de Mileto y Prototoras en Grecia, aunque aparecen alejadas y divergentes tienen en común el distinguir entre un mundo "aparente" y otro mundo más "real o verdadero".

B. Grecia y el mundo antiguo:

Es en Grecia donde surge el origen de la psicoterapia actual, sus orígenes derivados de su tradición filosófica y médica. Se produce una transición desde el animismo hasta la mentalidad racional (Lain, 1958). Aristóteles se refiere a los distintos usos de la palabra, que se usaba en Grecia para fines curativos. Se refiere a la palabra persuasiva como ensalmo. Platón habla de cómo el discurso bello produce un estado de armonía en todas las partes del alma (sophrosyne), que facilita la acción de los productos químicos. Incluso algunos historiadores han visto en la obra de Platón observaciones sobre las pasiones, sueños e inconscientes que anteceden al pensamiento de Freud.

Otro aspecto destacable de la sociedad griega era la existencia de las escuelas filosóficas (pie Academia platónica, Liceo aristotélico, Casa Jardín de Epicuro, entre otros) donde se cultivaban formas o estilos de vida con su propio entrenamiento psicológico, como las técnicas de autocontrol, recitación, memorización y control de la dieta. Estas escuelas no solo eran contextos bien estructurados alrededor de una doctrina filosófica sino también, como se ha apuntado, formas o estilos de vida. De estas concepciones destacamos las de Aristóteles que proponía la doctrina de la virtud como forma de llevar a cabo los fines racionales de la naturaleza humana. La virtud era el medio de establecer el justo término medio entre dos extremos viciosos. La alternativa estoica (Zenón de Cítio, Epicteto,..) consistía en el control de las pasiones que generaban excesos irracionales. Para ello se trataba de modificar las falsas opiniones que la

generaban (representaciones engañosas de las cosas) mediante ejercicios escritos o verbales de meditación y concentración (un claro antecedente de las terapias cognitivas).

Grecia es también una de las principales cunas de la medicina occidental. El pensamiento racional produjo cambios relevantes en la concepción y clasificación de las enfermedades y la conducta anormal. Hipócrates (s. IV a. de C.) se contrapone a las concepciones animistas y atribuye causas naturales a las enfermedades. Son los estados internos del organismo los que producen las enfermedades. En concreto postula la existencia de cuatro "humores" (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) que se localizan en determinados órganos (corazón, cerebro hígado y bazo) y que a su vez se asocian a temperamentos específicos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico). La salud resultaría del equilibrio de tales humores y la enfermedad de su desequilibrio. El tratamiento de tales desequilibrios era de tipo somático, y aunque se intentaba ganar la confianza del paciente se obviaba las motivaciones psicológicas. La importancia de este olvido de lo psicológico, según López Morales (1970), ha limitado la historia posterior de la medicina, que ha relegado en gran medida los aspectos psicológicos del ser humano.

Galeno (128-200) desarrolló la medicina hipocrática. Dividió las causas de las enfermedades en orgánicas y mentales. Entre las causas mentales se encontraban las lesiones de la cabeza, los excesos de alcohol, los temores, cambios en la adolescencia y en la menstruación y adversidades económicas o amorosas. Ante estos trastornos proponía la guía de un tutor o pedagogo que aconsejaba como llevar una vida serena, aunque en la mayoría de los casos era necesario un tratamiento somático.

C. Edad media y renacimiento:

Aunque el modelo galénico de la medicina sobrevivió durante la edad media, fue la Iglesia la que jugó un papel central al considerar los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural, del diablo. El pecado se constituye en la raíz de todo mal y la confesión en el procedimiento terapéutico para evitarlo. En este contexto general predominaron dos tendencias sobre el pecado y su resolución: por un lado estaba la postura inquisitorial, que alcanzó su auge

durante el papado de Inocencio VIII con su "Sumís desodorantes afectivas"(1484) y la obra de J.Sprenger y K.Kraemer "Malleus Malleficarum"(1488) que animaban a descubrir y capturar los herejes y brujas y su "tratamiento", que podía llegar a la tortura y quema; por otro lado estaban los que animaban a alejarse del pecado de un modo más personal y humanitario como Melchor Cano e Ignacio de Loyola.

La obra de Melchor Cano "Tratado de la victoria de sí mismo" propone una guía para evitar la vida viciosa, centrada en los ejercicios espirituales periódicos que debían durar prácticamente toda la vida (concebía a la naturaleza humana como débil). Ignacio de Loyola en sus "Ejercicios Espirituales" mantenía una visión más optimista del cambio personal. Proponía una guía no solo para los ejercicios espirituales sino también para la vida diaria. Desde el punto de vista psicoterapéutico actual, Ignacio de Loyola anticipó métodos como el manejo de imágenes, jerarquías de acercamiento a problemas y especificidad de tareas (métodos parecidos a los conductuales actuales).

Otro autor destacable, y contra la corriente dominante de la quema de brujas inquisitorial, fue el padre Gilberto Gofré que en el siglo XV creó el primer hospital psiquiátrico de occidente, en concreto en Valencia (1410). En esta institución se potenciaba una terapia similar a la actual terapia ocupacional.

D. Siglos XVI al XVIII

Durante el siglo XVI y XVII aparecieron una serie de intelectuales brillantes que se opusieron a la visión demonológica dominante, y ofreció un enfoque más humanista de los enfermos mentales. Jaláis Vives (1492?1540) defiende la causa de los pobres y marginados, incluso cuando su marginación deriva de la demencia o rareza de su conducta, y resalta el papel de la expresión de las emociones y sentimientos de los marginados. Páraselos (1493-1541) rechazó la idea deontológica y enfatizó que las enfermedades mentales era de naturaleza no divina. En concreto la influencia de los astros era la que producía el trastorno mental (de ahí el término lunático usado posteriormente). El médico Robert Burton (1576-1640) era partidario de las causas psicológicas y

sociales de la enfermedad mental, y realzo las causas emocionales de estos trastornos. Thomas Sydenham (1624-1689) fue de los primeros en describir las neurosis y de afirmar que la histeria no estaba ligada a las mujeres exclusivamente.

Paralelamente a los desarrollos anteriores se va humanizando la asistencia de los enfermos mentales. En el periodo de la revolución francesa Pinel introduce el tratamiento moral que básicamente consistía en suponer que los problemas mentales derivaban de conflictos morales; y animaba al personal de los hospitales a contactar con los problemas de los enfermos a través de actividades ocupacionales, respetando los intereses particulares...

E. Siglo XVIII y comienzo del XIX

Desde la óptica de la psicoterapia y la psicopatología, dos son los nombres destacables de este siglo: F.J.Gall (1758-1826) y A. Mesmer (1758-1826).

Gal estaba convencido que determinadas funciones corporales y emocionales estaban controladas por determinadas aéreas del cerebro. Incluso los rasgos del carácter derivaban de aéreas específicas del cerebro. Además afirmaba que la forma del cráneo se relacionaba con el grado de extensión y preponderancia de las zonas cerebrales, y que en base a ello se podía estudiar el carácter. A este método de diagnóstico le llamó "frenología".

Mesmer, un médico vienés, proporciona un empuje clave a lo que después será la psicoterapia. Su aportación básica consistió en explicar la enfermedad mental como derivada de una causa natural y no del diablo. Defendió, apoyado por la ciencia de su tiempo en boga de la electricidad, el magnetismo y la astronomía, que las personas tenían un fluido en el cuerpo (reminiscencia de la tradición de los cuatro humores hipocráticos) de carácter magnético que cuando se desequilibraba hacia enfermar a la persona. En un principio propuso restaurar tal desequilibrio con él, uso de imanes (magnetismo), para después evolucionar hasta la interacción del magnetismo del terapeuta (Mesmer) y el del paciente. El método de Mesmer básicamente consistía en la colocación de imanes cerca del paciente, la ingesta de un fluido de hierro y pases

de mano de imanes por determinadas zonas corporales. Con este método Mesmer obtuvo cortos éxitos, especialmente ante síntomas y males de tipo histérico.

El médico británico James Braid (1795-1860) retomó las prácticas magnetistas, pero las reformuló como producto de un estado neurofisiológico, como un estado de "sueño nervioso". Para explicar estos fenómenos acuñó el término "hipnosis".

F. De la hipnosis al psicoanálisis

A principios del siglo XIX, Francia era el centro de los avances médicos en Europa, en concreto de la neurología. Liébeault practicaba la hipnosis sugiriendo a sus pacientes que le miraran fijamente a los ojos le decía que se iban adormeciendo gradualmente. Una vez conseguido el estado de somnolencia le indicaba la desaparición de los síntomas. Con este procedimiento llegó a tratar todo tipo de enfermedades. Berheim, aprendió este método de Liébeault y lo explicó como producto de la sugestión.

La sugestionabilidad era para él una característica común a las personas y era su "aptitud para transformar una idea en acto". Posteriormente Veréis prescindió de la hipnosis y se basó en la sugestión directa del enfermo, llamando a esta práctica psicoterapia.

La actitud de Charco era marcadamente opuesta a la escuela de Nancy. Aunque practicaba la hipnosis, la explicaba como un proceso neurológico (Charco era el neurólogo más famoso de su época). En concreto, investigó la relación entre la histeria y la hipnosis. La parálisis histérica podía reproducirse y eliminarse bajo hipnosis, según su concepción porque activaba una lesión neurológica específica; incluso la sugestionabilidad era un signo de debilidad neurológica.

En esta época, P. Janet había estudiado con Charco (como Freud), y se había interesado en la hipnosis como vía de estudio de la "mente subconsciente". En 1886, aplicó la hipnosis a un caso de histeria (Lucila), a la que pedía liberar determinadas emociones y recuerdos (en esto se anticipó unos años a Breuer y Freud en el método catártico).

El método catártico fue descrito por J. Breuer (aunque Janet ya lo practicaba). Este médico comenzó un trabajo conjunto con Freud de la que fue producto su obra conjunta "Estudios sobre la histeria (1895) donde aparece el famoso caso de la paciente Ana O. que desarrolló un cuadro histérico a partir del periodo en que cuidaba a su padre moribundo. Breuer había comenzado a tratar a esta paciente con hipnosis repetidamente, hasta que la paciente comenzó a hablar de sus experiencias específicas del pasado en las que había aparecido el síntoma, desapareciendo este al hacer esto. El procedimiento terapéutico se fue centrando así en las sesiones hipnóticas donde se animaba a la paciente a hablar sobre los incidentes relacionados con sus síntomas (método catártico).

Signando Freud(1856-1939),que tenía una solida formación neurológica, y que había aportado destacables contribuciones a este campo como varios trabajos sobre las parálisis cerebrales en niños y la neurobiología de la afasia y la agnosia, comenzó su práctica abordando numerosos casos de histeria. En un principio practicaba el método catártico que desarrolló con Breuer.

Su experiencia le confirmó que el método catártico hacia desaparecer los síntomas pero no que volvieran a aparecer, pues según su concepción, no modificaba la estructura inconsciente subyacente. Progresivamente fue descubriendo los procesos defensivos del Yo que rechazaban los recuerdos y emociones insoportables y la importancia de la relación terapéutica para vencer y trabajar contra tales resistencias inconscientes, lo que le llevó a abandonar el método catártico y a desarrollar la asociación libre.

Básicamente la asociación libre consistía en sugerir al paciente recostado en un diván (parte derivada del método hipnótico) que a partir de un tema de su biografía debía hablar sin ninguna inhibición. Cuando el paciente se bloqueaba, Freud le ponía la mano en la frente y le indicaba, por su gestión, recordar un hecho. Posteriormente abandono esta presión y la proposición de un tema específico y la asociación libre se realizaba sobre el material que el paciente traía a consulta, indicando el terapeuta solo la regla de la asociación libre. Este método constituyo la base del psicoanálisis.

G. El desarrollo de la psicoterapia hasta la actualidad

La psicología clínica se constituye en los Estados Unidos a principios del siglo XX. En Europa la concepción dominante del tratamiento era médica o bien derivada de la orientación psicoanalítica freudiana o de sus "desviaciones" (Adler, Jung, entre otros), que tuvo una buena acogida en Estados Unidos en los medios psiquiátricos (no tanto en los psicológicos).

En el campo de la psicología a partir de las dos guerras mundiales la intervención de los psicólogos en los asuntos sociales y públicos fue creciendo. En un primer momento en la selección de personal para el reclutamiento y selección de puestos, y progresivamente se fue reivindicando una labor más allá de la puramente psicodiagnóstica. La psicoterapia paso a ser un campo de trabajo de los psicólogos, que adoptaron inicialmente en su mayoría la orientación psicoanalítica.

A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana defiende que la psicoterapia solo debe de ser practicada por médicos psiquiatras. En este contexto se genera el inicio de las polémicas entre ambas profesiones.

Los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como alternativas más críticas a este. Carl Roger sobre 1943 crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, entre otros). Desde el ámbito académico se acentúa el conductismo y la terapia de conducta. Desde este último punto de vista se propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de re

aprendizaje.

Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe van a desarrollar esta nueva concepción de la psicoterapia. Eysenck(1952) cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su paradigma de condicionamiento operante, y en su obra "Ciencia y conducta humana"(1953) llega a re explicar la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje. Wolpe a partir de su obra "Psicoterapia por inhibición recíproca"(1958) demuestra como la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la terapia psicoanalítica. Todo ello sirve a los psicólogos para alimentar sus deseos de autonomía en esta época de reivindicaciones teóricas y laborales.

El enfoque conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte de los clínicos (mas entre los psicólogos). En esta época sin embargo, comienza a ser cuestionado por parte de los propios psicólogos que le atribuyen, reconociendo su efectividad potencial en muchos casos, una imagen del hombre demasiado mecanizada y olvidada de los aspectos más subjetivos.

Ante este clima de insatisfacción se produce un doble rechazo, por un lado del modelo psicoanalítico que se considera excesivamente especulativo (aunque rico en aportaciones) y del conductista (potencialmente efectivo) que se considera demasiado reduccionista y mecanicista. Las nuevas alternativas son la psicología humanista, entre las que destaca C.Rogers, que llega a expandirse en EEUU, aunque poco en Europa; el modelo sistémico de terapia familiar (Bate son, Jackson, Halley, Minucia, y otros.) y el modelo cognitivo (Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney, entre otros...), a los que nos referiremos en otro apartado de este capítulo.

En los últimos años las tendencias más actuales en el campo de la psicoterapia son: (Seixas y Miró, 1993):

- * La tendencia a la investigación de resultados. La constatación de que la psicoterapia es más efectiva que el placebo y el no tratamiento, pero que prácticamente todos los enfoques o modelos son igualmente efectivos.
- * La tendencia, impulsada sobre todo por el hecho anterior, hacia la búsqueda de modelos eclécticos e interactivos que den cuenta del hecho anterior o seleccionen el tipo de terapia en función del cliente? problema? terapeuta específico. En este contexto se proponen diferentes concepciones de cómo debe de ser estos nuevos modelos, supuestamente más abarcadores de la diversidad y especificidad.
- * La tendencia creciente hacia la terapia breve en base a criterios de economía terapéutica y social bajo criterios de efectividad y eficiencia

Los orígenes de la Psicoterapia se remontan al siglo XIX. El período que se conoce como Modernidad, se caracterizó por un predominio de doctrinas filosóficas como: Materialismo, Mecanicismo y Funcionalismo. Todas ellas planteaban un concepto del Hombre como resultado de mecanismos estrictamente fisiológicos y mecánicos. Esta línea de pensamiento es opuesta a lo que se conoce como Vitalismo, es decir, el predominio de los aspectos humanistas y espirituales para explicar lo humano. La Modernidad no quiere saber nada de teorías sin base empírica y ojalá que sean posibles de demostrar de manera experimental. Este paradigma colapsó con el correr del tiempo, ya que las evidencias de fenómenos sin explicación clara, crearon las condiciones para la emergencia de una nueva visión.

Al decir fenómenos sin explicación, no me refiero a cosas de Parapsicología o Esoterismo, para nada. Estoy hablando de problemas que se generaron al interior de la Modernidad como resultado de la práctica habitual y que no tuvieron una respuesta satisfactoria. La búsqueda de una respuesta a ese "enigma" debió desmarcarse de los límites impuestos por aquel paradigma. Esto condujo a nuevas prácticas y a un concepto del ser humano no conocido hasta ese momento. Estamos hablando del Hombre como un ser integral, dotado de cuerpo y alma. Esta nueva visión es integrativa y menos excluyente que la anterior. El primer paso ya lo había dado Descartes

doscientos años antes, pero desde un punto de vista metafísico, al proponer su tesis del hombre como un ser compuesto por una res cogitans (alma) y una res extensa (cuerpo). De esta manera, la Filosofía ya se había pronunciado acerca de una revolución del conocimiento que se llevaría a cabo en los albores del siglo XIX. Este es un giro notable en todas las ciencias del hombre y en especial en la Psicología.

2.4.2 Principios de la Psicoterapia

Intercambio de pago por servicio Arnold Lazarus (1985) explica el servicio proporcionado por los terapeutas como una suma de recursos entre el terapeuta y el cliente para buscar solución a los problemas del cliente. Es por lo tanto adecuado que este servicio sea negociado y que el cliente sepa lo que puede y no puede esperar. Ofrecer consejo ¿Por qué los terapeutas evitan ofrecer consejo?

1. La ética es que el clínico no presuma de saber qué es lo mejor para sus clientes.
2. Ello animaría a los clientes a depender de la sabiduría del terapeuta en lugar de pensar por sí mismos.
3. Habitualmente no funciona que el clínico de consejos. Olinsky y Howard (1986) concluyeron que “ofrecer consejo no parece ser una ayuda en psicoterapia”. Los clientes pueden conseguir todo el consejo que quieran de sus conocidos, amigos y familiares. No necesitan pagar a un terapeuta para que les digan lo que tienen que hacer.

Cuándo pueden dar consejo los terapeutas

1. Cuando cliente y terapeuta han acordado un curso de acción y el cliente está dispuesto a aceptar las sugerencias del terapeuta. Sullivan denomina esto como la prescripción de una acción, para distinguirlo del hecho cotidiano de dar consejos.

2. Cuando el cliente está dispuesto a hacer alguna cosa que inevitablemente va a ser dañina. El terapeuta puede habitualmente ayudar a los clientes en estas situaciones animándolos a anticipar las consecuencias de sus actos.

2.4.3 Competencias de la psicoterapia

La terapia es ante todo una relación entre dos personas que comparten e intercambian información, sentimientos y actitudes. Entre esas personas debe establecerse una alianza, o sea, trabajan juntos para un objetivo en común: el cambio terapéutico. Puesto que la psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, el resultado terapéutico satisfactorio dependerá tanto de las competencias o habilidades interpersonales del terapeuta, como de su dominio de la técnica. (Kleinke) trata también la psicoterapia como profesión, que da satisfacciones pero que también conlleva riesgos, y describe cinco áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad. Entre las principales competencias están:

- a) Instaurar un nuevo lenguaje no moralista ni crítico, lenguaje frecuente en los pacientes con depresión, que puede incluir comentarios de desvalorización personal tales como "si estoy deprimida ya no valgo para nada" o "para qué voy a seguir viviendo". Con este nuevo lenguaje se definen los problemas del paciente de modo consensuado con él y en términos cognitivo-conductuales.
- b) Eliminar la justificación para los fracasos ("ya no puedo andar tan deprisa como antes podía, porque estoy hecho un torpe y un inútil"), que genera sentimientos depresivos; en otros casos la causa se atribuye al exterior ("mis nietos ya no me hacen tanto caso porque no son buenos nietos"), y este estilo genera sentimientos y respuestas agresivas hacia los otros (la familia fundamentalmente) y conductas de queja depresivas.

- c) Definir y justificar los objetivos de la intervención: si se plantean como objetivos los pensamientos negativos, las conductas pasivas o de aislamiento social, o las de delegación de responsabilidades en los otros, o las de queja o llanto, hay que poner en relación estos objetivos con la persistencia del problema del paciente, puesto que debe quedar claro para él por qué está deprimido, por qué piensa y/o actúa de esa forma, qué relación tienen estas variables con su problema.
- d) Ajustar las expectativas con respecto al tipo de terapia, duración de la misma y rol que el paciente va a representar, explicitándole claramente qué se espera de él y qué tiene que cambiar y por qué. No controlar estos temas puede ser un riesgo de abandono voluntario del tratamiento, ya que puede existir una gran discrepancia entre lo que el paciente esperaba y lo que se le va a ofrecer en el tratamiento. Todos estos aspectos se justifican con la explicación adecuada de la hipótesis.
- e) Crear expectativas de cambio y aliviar el estado de ánimo negativo y la desesperanza, haciéndole ver que su problema puede ser entendido de modo distinto a como lo había visto hasta entonces, implicando la solución de sus sentimientos negativos y un abordaje más práctico y constructivo a sus problemas.
- f) Generar empatía. Con las personas mayores la generación de empatía, comprensión y apoyo incondicional al paciente son básicos para poder conseguir los objetivos terapéuticos, ya que sin ellos los pacientes corren un mayor riesgo de abandonar la terapia o terminarla sin éxito.
- g) Informar a la familia. Especialmente en esta población la familia debe ser informada de los motivos que mantienen el problema del paciente. Se trata de eliminar valoraciones morales ("es un egoísta", "sólo piensa en él"), comportamientos críticos, agresivos ("lo hace para fastidiarnos o llamar la atención", "tiene muy mala idea"), o protectores ("pobrecito, está tan torpe que hay que hacerlo todo por él") que pueden actuar como

mantenedores de las respuestas de depresión (conductas pasivas, sentimientos de inutilidad, conductas agresivas o de irritabilidad de los pacientes.

Las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que su orientación teórica o técnicas de tratamiento (Lambert). La personalidad y habilidad técnica están entrelazadas.

Características deseables en el terapeuta

Según Luborsky: interés por ayudar a los clientes y la salud y competencia psicológica (ni autoritarios ni rígidos). Cómo alcanzar una sólida alianza de trabajo terapeuta cliente:

1. Revelar con palabras y gestos de apoyo hacia el deseo del cliente de conseguir sus metas.
2. Transmitir una sensación de comprensión y aceptación del cliente.
3. Desarrollar aprecio hacia el cliente.
4. Ayudarla a mantener defensas y actividades que refuercen su nivel de funcionamiento.
5. Actitud de esperanza realista.
6. Ayudar a los clientes a reconocer cuándo realizan progresos.

Kaiser (1965) propone estas características útiles del terapeuta:

1. Interés por las personas.
2. Visión teórica que no interfiere con el interés de ayudarles a comunicarse libremente.
3. Ausencia de patrones neuróticos que interfieran la comunicación fluida con el cliente.
4. Receptividad a los elementos no comunicativos del comportamiento del cliente.

Kottler (1991) establece las cualidades que resultan de mayor ayuda:

1. Inversión intensa de energía del cliente y del terapeuta.
2. Vínculos expresivos del cliente hacia el terapeuta y la colaboración activa de este.

3. Buen contacto personal (mutua comodidad, confianza, ausencia de defensas, espontaneidad y comprensión recíproca).
4. Apoyo y buena voluntad para permitir desafíos sin peligrar la estabilidad de la relación.

Albert Ellis (1985), características de un buen terapeuta:

1. Interesado en ayuda y enérgicamente dispuesto a satisfacer ese interés.
2. Acepta a los clientes como personas e intenta enfrentar sus sentimientos autoderrotistas.
3. Creer firmemente que sus técnicas principales van a funcionar.
4. Amplio conocimiento de teorías y prácticas terapéuticas. Flexibles, no dogmáticos y científicos: abiertos a nuevas competencias.
5. Eficaces comunicando nuevas formas de pensar, expresar emociones y comportarse.
6. No está ansioso, deprimido, hostil, autodisminuido, autocompasivo o indisciplinado.
7. Paciente, persistente y trabajador en su práctica terapéutica.
8. Ético y responsable. Utiliza la terapia casi entera en beneficio del cliente (no indulgencia personal).
9. Profesional pero con cierto grado de humanidad, espontaneidad y disfrute personal.
10. Animoso y optimista y muestra a los clientes que pueden cambiar considerablemente.
11. No ayuda a sus clientes solo a sentirse mejor, sino también a hacer un cambio actitudinal para mantener sus logros, seguir mejorando y evitar trastornos futuros.
12. Deseoso de ayudar prácticamente a todos los clientes. Cuando no, remiten a otros terapeutas. Procura no implicarse excesivamente ni demasiado poco. Intenta superar los sesgos a favor o en contra de sus clientes que pueden interferir en su eficacia terapéutica.
13. Sensibilidad y juicio para evitar que sus clientes tomen decisiones absurdas, temerarios o que dañen a otros.

Proximidad transmite a sus clientes que está comprometido con ellos, interesado en lo que dicen y dispuesto a escucharles. Es capaz de responder activamente al cliente (verbal y no verbal) y congruente con lo que le está comunicando, con precisión y revelar un interés sincero.

Mantiene una interacción terapéutica fluida y se centra en los aspectos importantes para el cliente:

- Da a los clientes la sensación de que sus problemas son reales y comprensibles.
- Afianza la relación: el terapeuta y el cliente conectan y se acercan emocionalmente.
- El terapeuta gana credibilidad a los ojos del cliente. Ser próximo requiere las siguientes competencias.
- Habilidad para atender a lo que el cliente está intentando comunicar.
- Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente.
- Energía para responder al ritmo “demandado” por el cliente.
- Habilidad para identificarse con el marco de referencia del cliente.

Estar entrenado en competencias básicas de entrevista. La “Opener Scale” indica cómo las personas que saben escuchar son capaces de generar apertura personal en otros individuos (cuya apertura personal es baja). Exhiben mayor disfrute, bienestar y atención. Son más próximos tanto verbal como no verbalmente. Algunas expresiones no verbales del terapeuta a considerar son mirar fijamente, expresiones faciales y postura corporal.

Los terapeutas son más apreciados (más conocimiento, empatía y confianza) cuando mantienen mucho contacto visual, sonrisa, postura corporal abierta e inclinación postural hacia sus clientes. Pero lo importante no es la cantidad de comportamiento no verbal próximo del terapeuta, sino la congruencia con la emoción presenten en la sesión. El terapeuta puede decidir que el cliente necesita “espacio” y reducir la intimidad no verbal. Es pertinente que aprecien las incongruencias entre la comunicación verbal y no verbal del cliente y señalárselas. La voluntad y habilidad del cliente de implicarse activamente en la terapia es muy importante.

La proximidad del cliente también es importante; las personas solitarias o insatisfechas con sus relaciones están carentes de habilidades sociales. El terapeuta debe modelar y enseñar la proximidad y otras habilidades sociales. Otra forma de transmitir proximidad es ser verbalmente inmediato: intentar centrar la atención sobre la relación terapéutica en el presente. Sentido de

dirección, intimidad y voluntad de experimentar con el cliente lo que está ocurriendo. Categorías espacio-temporales: La no inmediatez se caracteriza por los demostrativos eso y aquello (en lugar de esto) o frases que hacen referencia al pasado (en lugar del presente).

2.4.4 Metas de la psicoterapia

La meta de la psicoterapia como una relación de trabajo entre terapeutas y clientes tienen tres implicaciones importantes que son: la patología no es necesariamente un constructo explicativo, la meta del cambio en lugar de la curación y los clientes son responsables de establecer cambios en sus vidas.

Metas terapéuticas fundamentales

Existen algunas metas que son relevantes a casi todas las relaciones psicoterapéuticas entre ellas están:

- Ayudar a los clientes a superar y ganar esperanza.
- Potenciar la sensación de dominio y autoeficiencia del cliente.
- Animar a los clientes a enfrentarse a sus ansiedades en lugar de evitarlas.
- Ayudar a los clientes a ser más conscientes de sus concepciones erróneas.
- Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida.
- Ayudar a los clientes a adquirir *insight*.
- Superar la desmoralización y ganar esperanza.

2.4.5 Formas de la psicoterapia

Son los diferentes modelos que centran en ayudar al paciente a cambiar sus conductas no deseadas. Esta fuerza terapéutica es compleja, huidiza, no se deja ver con facilidad, se diría que es tan cambiante como el mismo ser humano y no se deja aprehender. Seguramente es por eso

que las formas sistematizadas que se emplean actualmente bajo el nombre genérico de psicoterapias constituyen un grupo tan amplio y variado.

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

Los principales modelos de la psicoterapia actual pueden ser agrupados en cinco orientaciones, que se detallaran a continuación:

1. Los modelos psicodinámicos están basados en los trabajos de Freud. Se les llama psicodinámico por que la teoría que lo fundamenta sostiene que la conducta es el resultado de una serie de movimientos e interacciones que se produce en la mente de las personas. La mente estimula la conducta, pues tanto la mente como la conducta influyen y son influidas por el medio ambiente del sujeto.
2. Los modelos humanísticos-existenciales abarcan a las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Este modelo considera que el hombre es psicológicamente distinto de los animales (su concepción psíquica). El Hombre por naturaleza es bueno, además cada hombre, posee una naturaleza específica que le permite elegir mientras adquiere conciencia sobre la bifurcación entre lo "bueno y lo malo"; además de la naturaleza como raza o sea como a otros hombres, posee una naturaleza individual, que es única e irrepetible. Por ser cada hombre distinto a los demás, como tal debe ser tratado y estudiado de forma particular.

Para Maslow la persona progresa al ir superando una serie de necesidades ordenadas jerárquicamente de mayor a menor importancia biológica y de menor a mayor importancia psicológica (la pirámide de Maslow). El hombre se realiza cuando sus necesidades prioritarias llegan a ser las de autorrealización (como son la contemplación de la belleza, la búsqueda de la verdad y el encuentro religioso).

3. Los modelos conductuales están centrados, en primer lugar, en el estudio de la conducta externa o manifiesta y en las relaciones funcionales de ésta con los estímulos del medio

(tanto antecedente como consecuente de la misma). La Conducta, tanto normal como anormal, es principalmente una consecuencia del aprendizaje en las condiciones sociales del medio. El modelo concede una especial importancia a las influencias del medio como causa o determinante de la conducta y un menor protagonismo a los factores innatos o hereditarios, su énfasis es el método científico experimental.

4. Los modelos sistémicos son un enfoque psicoterapéutico que se aplican a trastornos y enfermedades de tipo psíquico debidos a una alteración en la interacción, estilos relacionales y patrones comunicacionales de la familia vista como un todo. Este modelo comprende al individuo en su contexto y expresa que la relación entre las personas y su entorno está sujeta a una dinámica circular de influencias recíprocas.

El contexto más significativo es la familia, la cual se entiende como un sistema. Así, las disfunciones de los individuos se consideran en conexión con los comportamientos y las expectativas de otros miembros del sistema en el cual evolucionan y se mantienen.

5. Los modelos cognitivos se basan en el pensamiento y exploran la capacidad de las mentes humanas para modificar y controlar la forma en que los estímulos afectan la conducta. Entendemos por cognición el acto de conocimiento que obtenemos por la capacidad de pensar, recibir, recordar, comprender, organizar y dar uso de la información recogida.

2.4.6.1 Psicoterapias psicodinámicas

A. Psicoanálisis

El psicoanálisis fue creado por Freud (1856-1939). Su obra fue influenciada por Herbert (176 - 1841) que mantenía una idea asociacionista de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro preconscious.

Los principales disidentes del psicoanálisis freudiano (Adler y Jung) habían formado parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos psicológicos y psicoterapéuticos. Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación, proponiendo un método terapéutico más directivo centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales y es el fundador de las primeras clínicas de trabajo psicológico con problemas infantiles. Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobre todo en las religiones.

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes: Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objétales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destaca las aportaciones de la llamada Psicología del Yo y de las relaciones objétales (Sullivan, Hartan, Rapador, Ana Freud, entre otros). Otra línea destaca el papel de los aspectos psicosociales en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (Sullivan, Fromm, Erikson y otros).

Método terapéutico

El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: La Asociación Libre, El Análisis de los fenómenos de Transferencia y Contratransferencia y el Análisis de la Resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (Regla básica de la Asociación Libre) y el terapeuta (Regla de Abstinencia Regla de la Atención Flotante).

La asociación libre consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas. A veces el analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente ha generado en su propio discurso. El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado

por el propio paciente (regla de la abstinencia). Además el analista no debe de dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todos los elementos del discurso del paciente (regla de atención flotante).

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

B. Psicoterapia breve y de emergencia

La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia consiste, básicamente, en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje, y reaprendizaje, este aprendizaje y reaprendizaje que provee, usualmente se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de ‘permiso’ para verter el super yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos, una actuación (*acting-out*). Estas ‘terapias’ proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración. Es entendible, en todo caso, que por un largo período de tiempo la psicoterapia breve, en general, tenía una baja estima, especialmente por parte de psicoanalistas y otros terapeutas entrenados dinámicamente. Los teóricos la acusaban de reduccionista, y planteaban que quienes la ejercían daban un mero apoyo, o que proveía de bandas de ayuda emocional.

La psicoterapia breve considerada desde la perspectiva psicoanalítica, en todo caso, tiene un mérito genuino. Puede, de hecho, brindar algunos cambios dinámicos y estructurales, por lo general en unas pocas cinco a seis sesiones. Para hacer esto, debe ser conceptualizada de un modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben ser cuidadosamente planificadas para obtener resultados óptimos.

La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional de larga-duración, del modo que una corta historia relata una novela. El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de hipótesis, lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia o el rol que juega cada factor, por ejemplo, en la depresión. Esto determina el orden de jerarquía con el que se prestará atención terapéutica a cada variable.

De un modo similar, es de esperar que un psicoterapeuta frente a una depresión, sepa que hay seis u ocho factores que pueden jugar un rol dominante: 1) problemas de auto-estima; 2) agresión frente a la presencia de 3) un súper yo severo; 4) un sentimiento de pérdida –de amor, del amor de un objeto, o de parte de si mismo; 5) un sentimiento de desilusión, que Edith Jacobson también refiere como un sentimiento de haber sido engañado; 6) en relación al concepto de oralidad, (hambre de estímulos), y del hecho que las personalidades depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos que otras personas; 7) la personalidad depresiva, es más dependiente, específicamente, de nutrientes narcisistas; 8) el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación.

En la terapia breve de la depresión, es importante poner atención a la presencia y rol de estos factores en el paciente individual, y notar los denominadores comunes históricos entre la situación precipitante y las circunstancias históricas. A través de un trabajo vigoroso a través de los factores relevantes con apropiados métodos de intervención y una secuencia de métodos de intervención, la depresión, en mi experiencia, se da bastante bien ante una psicoterapia breve, en la mayoría de los casos.

Una historia pasada que contenga violencia será crucial, así como también lo será la estructura de personalidad específica. Un nuevo evento será interpretado en términos de la experiencia preexistente y de la estructura de la personalidad. Aquellos que ya tienen un gran miedo por la pasividad van a responder de modo diferente a aquellos que tienen poco.

La experiencia particular que el paciente nos trae debe aparecer en la relación como insultos tempranos a su integridad, así como violencia inflingida por hermanos mayores, un padre, u otros. Las características específicas del ataque, debe ser puestas en la relación como problemas de personalidad específicos preexistentes, que pueden ser miedos de castración, una pobre definición de los atributos personales, u otros factores. Presumiblemente, el impacto de la crisis actual tiene un efecto particular en términos de aquellos problemas preexistentes y produce, en el paciente, un sentimiento de despersonalización, culpa o pánico, dependiendo de las circunstancias.

Incluso, en todas las circunstancias, el tratamiento consiste en ayudar al paciente a entender su sintomatología como un intento de adaptarse a su problema actual en términos del pasado. Por lo general, este es un anacronismo mal adaptativo, y se ofrece al paciente un mejor método de solución de problemas. Es, de hecho, posible que el paciente requiera de nuevas fuerzas, y reconstituya una mejor capacidad para tolerar determinados tipos de estrés del que tenía antes de esta emergencia en particular.

En un sentido amplio, se podría decir que la psicoterapia breve permite un seguir-adelante-en-el-trabajo de un antiguo problema y da paso potencial a una mejor forma de lidiar con él, que el que existía anterior a la enfermedad. En ese sentido, la psicoterapia breve no sólo resulta efectiva para un problema existente, sino puede dar paso también a una mejor integridad general. En otro lugar, hemos descrito un gran número de problemas y condiciones que pueden ser claramente conceptualizadas y el tratamiento de estas se presenta a continuación. Esto no debe dar paso a que uno se adhiera a un programa rígido como si fuera un horario de entrenamiento. Debe ser considerado como una perspectiva a partir de la cual se logra un acercamiento al paciente y a sus problemas de modo heurístico.

C. Psicoterapia Junguiana

El psicoanálisis jungiano sostiene que todas las instancias psíquicas se hallan en estrecha relación unas con otras. La descripción aislada de un concepto (planeta, signo, casa) sólo ofrece de éste

una visión forzosamente parcial, debido a que no tiene en cuenta las relaciones dinámicas con otras instancias, ni tampoco con la totalidad del sistema psíquico en su conjunto (carta natal). Todo está ligado, y todo se halla en movimiento (progresiones, tránsitos, revoluciones, etc.): la interpretación de la carta natal solo adquirirá sentido cuando se haya analizado por entero. Además, Jung no cesa de afirmar que el encuentro con la *psique* (interpretación de la carta) supone una experiencia que se produce tanto en la mente como en el corazón, es decir, en el intelecto a la vez que en lo emocional. Esto hecho exige una lectura circular, a modo de espiral: la comprensión intelectual (de la carta) resulta enriquecida por la resonancia emocional: de aquí una confrontación interior que, a su vez, conduce a la profundización de la comprensión.

Dentro de los muchos quehaceres con los que cuenta el psicólogo, uno de los mas importantes y de mayor atención en nuestros tiempos es la intervención en crisis, ya que por las actuales condiciones con las que se cuenta a nivel mundial y nacional, donde el desplazamiento, el secuestro, y la violencia, entre otros; obligan a que cada vez mas, la población se vea inscrita en situaciones para las que no ha sido enseñada a manejar y es aquí donde el psicólogo entra a formar parte fundamental de todo el arsenal con el que cuenta una población para afrontar dichas situaciones de emergencia.

Actualmente ha ido proliferando en todo el mundo la preocupación por los efectos psicosociales de las emergencias y desastres, así como los grupos de psicólogos que se interesan por intervenir en estas circunstancias, conformando los equipos de primera respuesta, organizando sociedades o grupos de intervención locales creando redes nacionales de ayuda psicológica. Pero para efectos de este escrito, lo primero que hay que hacer es delimitar lo que se entiende por crisis o por situaciones de crisis; "peligro y oportunidad" es el doble significado que los chinos dan a la palabra crisis, ya que se puede ver como un estado de desequilibrio, pero también un tiempo cuando el individuo o la familia tienen la oportunidad de crecer, madurar y capacitarse para manejar problemas en su vida. La intervención en crisis es una estrategia diseñada para aprovechar esta potencialidad de crecimiento, por medio de intervenciones planeadas durante el período de crisis.

Visto de esta forma, las crisis también pueden ser tomadas desde perspectivas positivas, cuando se logra captar y empoderar a la persona o personas que pasan por ellas para sacarle el mejor provecho. Aun así, pese a esta definición de intervención en crisis, se conocen otras como: "Proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un evento traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza". Y es aquí donde el papel que cumplan las personas que intervengan en este tipo de situaciones, depende el hecho de que para la/s personas implicadas la situación de crisis deje secuelas negativas o positivas.

Es aquí donde los tipos de intervención en crisis toman lugar; se conocen varios como el tratamiento escalonado, donde el terapeuta (o consejero) empieza el trabajo con la víctima directa implicada en la situación de crisis, y luego va ascendiendo de forma que pueda abarcar a las víctimas secundarias que son la familia, cónyuge, amigos, entre otros.

Se conoce también el modelo trabajado de Jacobson y otros (1968) donde se distinguen cuatro niveles en la intervención en crisis: manipulación del ambiente (enlazar la persona con un recurso de ayuda como un ministro religioso, amigo u órgano de asistencia), apoyo general (el escuchar con empatía que realizan los vecinos, cantineros y otros semejantes), enfoque genérico (trabajo breve por personas entrenadas en intervención en crisis), y adaptación individual de la intervención en crisis a cargo de personas con un amplio entrenamiento en psicología anormal, teoría de la personalidad, teoría de la crisis y áreas relacionadas.

D. Psicoterapia de apoyo

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

para una buena relación médico-enfermo, donde este último se sienta con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes.

Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intentan reforzar las defensas del "ego" del paciente (los mecanismos psicológicos para defenderse de la ansiedad y adaptarse). Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los estilos de vida más desadaptados. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.

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

2.4.6.2 Terapias conductistas

El conductismo más que una teoría es una nueva postura en el campo de la ciencia y la investigación. Se considera que sólo a través de él podrá conseguirse que la psicología sea una rama de las ciencias naturales, pura y objetiva, desligándolo definitivamente de los contenidos filosóficos y del método introspectivo.

Esta postura considera que la conducta humana es aprendida bajo la asociación estímulo-reacción y los supuestos refuerzos, dando lugar a la formulación de teorías donde se destaca la importancia del aprendizaje. Estas teorías, basadas en el rigor científico del conductismo y postuladas a partir de la experimentación animal, se sustentan en conceptos como el condicionamiento clásico de

Pavlov, en el refuerzo del condicionamiento operante de Skinner, la contigüedad de Gathrie, el aprendizaje latente de Tolman y otros, cuyas contribuciones han sido relevantes para la aplicación en el campo de la psicoterapia conductual.

En tal sentido, las terapias de la conducta son definidas como técnicas que, basadas en las teorías del aprendizaje, se aplican al tratamiento de conductas inadaptadas, a fin de modificarlas o extinguirlas. Eysenck (1987) las define como el intento de alterar la emoción y el comportamiento humano de una manera beneficiosa de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje. Estas terapias en su conjunto comprenden, según Kazdin (1978),

- a. un área de contenidos sustentados en teorías y hallazgos procedentes del aprendizaje
- b. un objetivo terapéutico en tanto trata de modificar la conducta.
- c. un específico enfoque metodológico de tratamiento que pretende fomentar conductas socialmente deseables.

Estas técnicas fueron introducidas y empleadas de manera independiente por tres investigadores: B. F. Skinner (Harvard), con su libro: *Science and Human Behavior* (1963), en el que sustenta que gran parte de la conducta humana se puede comprender en términos de los principios del condicionamiento operante; Wolpe (Johannesburgo), con su libro: *Psychoterapy by Reciprocal Inhibition* (1958), en el que define la neurosis humana basado en principios del aprendizaje pavloviano y hulliano, delineando a partir de ellos las técnicas específicas de terapia como la desensibilización sistemática, el entrenemiento asertivo y contribuyendo a la validación de la técnica de inhibición recíproca.

Existen muchas técnicas de terapia conductual que pueden clasificarse de acuerdo con el modelo de condicionamiento clásico y el operante. Esta separación es más didáctica que real, dado que las diversas técnicas en su aplicación comparten ambos principios, con predominancia de uno u otro, no existiendo un modelo integral que conjugue desde un punto de vista teórico ambos condicionamientos, lo cual obviamente dificulta la evaluación y tratamiento integral del paciente.

A continuación se presenta una clasificación de estas terapias, de las que se destacarán las más conocidas y utilizadas, al margen de los principios específicos que las sustentan, dando una visión general y aproximada sobre la forma de aplicación que asumen frente a la conducta desadaptada.

A. Terapia Racional Emotiva T.R.E

Para Ellis (1962), los modos inadaptados de construir el mundo y las creencias irracionales que los mantienen son la causa del sufrimiento de las personas. Como tal, la TRE tiene como objetivo inducir al paciente a reconocer lo absurdo de sus pensamientos y creencias, haciendo que abandone y adopte nuevos patrones cognitivos realistas y adaptados.

El esquema básico sobre el que trabaja esta terapia es el modelo A-B-C-D-E, donde A es el suceso real y extenso al que el individuo se expone (hecho activador), B es la cadena de pensamientos que utiliza el individuo como respuesta a A (autoverbalizaciones). La C simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B (consecuencias emocionales). La D se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en B; y E para las consecuencias emocionales y conductuales presumiblemente benéficas. En términos gráficos, el evento A (un acontecer objetivo) lastima al individuo dando origen a autoverbalizaciones en B, algunas de las cuales son irracionales y autoderrotantes que inducen a emociones negativas y conductas relacionadas en C. El terapeuta racional en el punto D ayuda al cliente a encaminar las relaciones lógicas entre sus autoverbalizaciones en B, lo que conduce a la eliminación del pensamiento irracional y una consecuente mejoría del sufrimiento en el punto E. Así pues, el terapeuta enseña al sujeto a discutir y cuestionar enérgicamente su irracional sistema de creencias (B) hasta adquirir uno nuevo, adaptado cognitivamente a la realidad y con el que debe enfrentarse a su entorno.

Albert Ellis recibió su título de graduado de psicología en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de "*Master*" y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Ya en 1943 había comenzado su labor clínica en

consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuró instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando 3 años de análisis personal. En esta época ocupó varios cargos y dedicaciones como psicólogo clínico en un centro de salud mental anejo a un hospital estatal, fue además psicólogo jefe del centro de diagnóstico del departamento de Nueva York de Instituciones y Agencias, también fue profesor de las Universidades de Rutgers y Nueva York, pero podemos decir que la mayor parte de su vida la dedicó a la práctica privada de la psicoterapia. Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica, con énfasis en la teoría de Karen Horney.

Revisando los resultados de su trabajo, estimó que el 50% de sus pacientes mejoraban y el 70% de los pacientes neuróticos (cifras similares al resto de los psicoanalistas). Pero Ellis no estaba satisfecho con estas cifras ni con la teoría psicoanalítica que fundamentaba su trabajo. Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque "neofreudiano", obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Todo esto se había conseguido con menos tiempo y menos entrevistas. Pero aún así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("*Inshigts*") sin que la modificasen necesariamente.

En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba todavía satisfecho del todo. Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodocctrinamiento" en exigencias irracionales.

La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este autodocctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

A.1 Los seis principios de la terapia racional emotiva

- a) 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 hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.
- b) El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional. Es decir, si al ir una mañana al trabajo, te encuentras con que tu coche tiene una rueda pinchada, depende de ti sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tienes.) o ansioso (pensando que vas a llegar tarde, tu jefe se enfadará, pensará en despedirte...) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendré que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda"). De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, entre otros, se analiza lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, se verá cómo lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.
- c) Debido a que se siente en función de lo que se piensa, para acabar con un problema emocional, hay que empezar haciendo un análisis de 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 así se desea.
- d) Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, social y otros.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecemos tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.

- e) 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 es posible trabajar directamente en el momento presente.

- f) 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.

B. Modificación de la conducta

Watson ejerció un papel destacado en los inicios de la modificación de conducta (psicología experimental). El “caso Albert” es una de las primeras aplicaciones de descondicionamiento basado en el condicionamiento clásico para la eliminación de los miedos infantiles. Mary Cover Jones 1924: el condicionamiento directo y la imitación social eran los métodos de mayor eficacia para reducir el miedo. Mowrer 1938: tratamiento de la enuresis, tics, tartamudez y onicofagia. También se daba el condicionamiento de respuestas escape y evitación para conductas inapropiadas. Las pruebas de descondicionamiento humano se restringen al laboratorio y no tienen repercusiones en el campo clínico. Dollard y Miller (1950) intentaron interpretar el psicoanálisis en términos de la teoría del aprendizaje. Esperaban que facilitase la investigación de hipótesis, basada en la teoría psicoanalítica, desde la ciencia conductual.

La influencia de estos trabajos fue nula para la investigación del psicoanálisis pero sirvió para que la teoría del aprendizaje se convirtiese en una base respetable para la intervención clínica. En

1952 Eysenck concluía que el psicoanálisis y su terapia no habían demostrado ser más eficaces que la remisión espontánea. Era necesario un refinamiento metodológico de las investigaciones sobre la eficacia de la psicoterapia. Tras la Segunda Guerra Mundial seguía la insatisfacción. La labor de los psicólogos clínicos seguía siendo psicodiagnóstica, como ayudantes del psiquiatra.

La perspectiva psicoanalítica se mantenía ajena al enfoque experimentalista. Esta situación serviría para que el conductismo se presentara como una alternativa al psicoanálisis, capaz de inspirar una práctica terapéutica distinta: modificación de conducta aplicación de los principios del aprendizaje establecidos experimentalmente para “interrumpir hábitos” de conducta no adaptativa. Eysenck impulsó técnicas derivadas de la psicología experimental del aprendizaje: “teoría moderna del aprendizaje” para trastornos neuróticos y utiliza por primera vez el término “terapia de conducta” refiriéndose a la aplicación de Skinner de los principios operantes sobre psicóticos.

Shapiro formula cuál ha de ser la labor del psicólogo clínico ante el caso individual: adelantar hipótesis que expliquen los problemas; preguntarse cómo pueden derivarse de ellas estrategias de tratamiento; la forma en que va a someter a prueba las hipótesis del investigador experimental. Esperaba que condujeran a estrategias válidas de intervención, basadas en la teoría del aprendizaje. Desde entonces, el avance de la modificación de conducta ha dependido del desarrollo de la psicología. La modificación de conducta consiguió una reconceptualización de los problemas psicológicos, como “conductas desviadas” que sirvió para darle a la psicología una identidad independiente de la psiquiatría.

C. Terapia cognitiva

Como reacción frente a las deficiencias de los procedimientos de la terapia conductual en la resolución de los problemas desadaptativos, surge un nuevo modelo alternativo: la psicoterapia cognitiva. Esta centra su interés en el estudio en una serie de variables o procesos mediadores que intervienen en el proceso de condicionamiento clásico. Estas variables mediadoras o intermedias son las que determinan el proceso individual de atención, percepción y reacciones afectivas o

emocionales singulares, respecto de las situaciones o acontecimientos medio-ambientales, de tal modo que no es tan importante la conducta que el sujeto manifiesta sino las cogniciones que acompañan a dicha conducta.

El término cognición procede de la palabra cognitivo, que significa obtener conocimiento, acción y efecto de conocer. Así entendida, la cognición es el acto por el cual la persona logra saber y conocer acerca de sí y del mundo que le rodea a través de la experiencia. En este sentido, los filósofos griegos de la escuela estoica solían ya decir que "los hombres no se trastornan por los acontecimientos, sino por las opiniones que de ellos tienen". En la actualidad son múltiples las expresiones empleadas para señalar el papel que los factores cognitivos desempeñan en los trastornos emocionales (distorsión cognitiva, creencias irracionales, construcciones alteradas). Bajo esta perspectiva el hombre vuelve a situarse como un ser activo, capaz de influir decididamente en la realidad que le ha tocado vivir, asumiendo una función y una acción constructivista basada en el aporte de prominentes psicólogos como Vigotski, Piaget y otros.

En los años sesenta, este modelo de terapia comienza a sobresalir, al que se considera como "el tratamiento que intenta modificar la conducta manifiesta, influyendo sobre las cogniciones del paciente» (Beck, 1970). El objetivo en esta terapia sigue siendo la conducta observada en el sujeto, pero en este caso abordando y focalizando la atención en la complejidad del proceso cognitivo. Este proceso hace que el sujeto perciba, piense, evalúe y actúe bajo patrones de comportamientos específicos, desarrollados a partir de experiencias aprendidas y nacidas de la interrelación entre el individuo y el medio ambiente. Cualquier déficit, alteración o error en el proceso cognitivo es considerado como responsable de la aparición del trastorno o conducta desadaptada.

Por tanto, en la terapia cognitiva tiene una importancia determinante el tipo de pensamiento expresado por el paciente y el componente emocional que lo acompaña. La alteración de los procesos cognitivos son meras conductas manifiestas y, por ello, son modificables. El objetivo de esta terapia es modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del paciente. Aquí el terapeuta adopta una actitud y una comprensión

activa, tanto en la investigación de la distorsión cognitiva como en la programación técnica, promoviendo así el cambio en el sistema cognitivo y la consecuente adecuación comportamental.

Esta terapia se diferencia de los métodos tradicionales en varios aspectos significativos: a) la entrevista terapéutica es más estructurada, b) el tratamiento tiende a enfocar síntomas abiertos a un grado mucho más amplio, c) dedica poca atención a las experiencias infantiles del paciente, d) hay poca atención a los constructos tradicionales como a sexualidad infantil, inconsciente, entre otros y e) no se supone que la introspección en los orígenes de un problema sea necesariamente para su alivio. Estas características lo apartan de las otras terapias, aunque existen ciertas afinidades con la terapia conductual.

Existen distintas técnicas cognitivas, siendo difícil establecer entre ellas claros puentes de unión; esto se debe a la variedad de teorías que las sustentan, plasmándose en diferentes esquemas de clasificación, tal como se observa a continuación, de las que describiremos las técnicas más utilizadas y conocidas.

D. Psicoterapia grupal

Espacio de reflexión grupal acerca de los problemas vitales comunes que provoca vivir con una enfermedad crónica. La tarea está centrada en el ajuste y cambio de las conductas que no se adaptan a las nuevas circunstancias que plantea la enfermedad, logrando un mejor manejo social de la misma. El grupo psicoterapéutico proporciona una experiencia grupal de cohesión y apoyo, brindando una oportunidad de intercambio entre iguales. La experiencia de la enfermedad exige revisar viejas creencias y adquirir nuevas habilidades sociales.

El grupo taller persigue una doble función:

- Psicoterapéutica, con el objetivo de elaborar el conflicto personal y social que la situación de enfermedad plantea.

- Educativa didáctica, transmitiendo información sobre la naturaleza de la enfermedad, e instruyendo en el desarrollo de mecanismos de afrontamiento activo que permitan integrar como parte de la vida la experiencia de enfermedad.

El modelo de psicoterapia grupal que se propone es al mismo tiempo una experiencia emocional y correctiva. Está orientado por la sintomatología y centrado en el comportamiento, con el fin de recuperar y mantener un rendimiento psicosocial apropiado. Preferentemente los grupos serán heterogéneos, formados por pacientes diagnosticados con diferentes enfermedades crónicas. La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada sujeto que participe en dicha dinámica pueda pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

No resulta casual el auge que a partir de la primera década del presente siglo comenzó a cobrar el empleo de los grupos, con finalidades terapéuticas y otros que si bien no tenían como objetivo principal el tratamiento de trastornos emocionales de sus participantes, si incluían el desarrollo de ciertas habilidades, ya sea para el trabajo en grupo, las relaciones interpersonales o la adquisición de determinados conocimientos o el análisis y solución de determinada problemática. Tareas investigativas y otros.

Algunas de las características de los grupos que le ha ganado esta aceptabilidad a los fines antes mencionados son los siguientes:

- a) La economía de recursos que se logra mediante el trabajo con grupos, resulta incomparable si la atención prestada se realiza a los sujetos individualmente.
- b) La información que el sujeto recibe en el grupo, es mucho mas que la que puede obtener a partir de la sola fuente del terapeuta, en el grupo, las fuentes de experiencias e informaciones se multiplicarán y estos no solo provienen del terapeuta sino también de los restantes miembros, lo que abre un amplio margen para el intercambio de ideas, sentimientos y otras experiencias.

- c) El grupo no sólo posibilita el intercambio de experiencias sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe. Probablemente uno de los aspectos más importantes de las experiencias grupales se vincula a esta experiencia de ayudar y ser ayudado.
- d) El grupo posibilita nuevas posibilidades de aprendizaje interpersonal, donde sus integrantes pasan por un proceso en el cual, los comportamientos formales que inicialmente los mismos manifiestan unos en relación con los otros, se van tornando en comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos, no formales, los sujetos llegan a sentirse auténticos en su trato con los otros. Los individuos tienen la posibilidad de ensayar nuevos comportamientos.
- e) El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en si mismos y dejen de verse como “víctimas de su destino”.
- f) En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.
- g) El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes.

2.4.6.3 Psicoterapias humanísticas

Este enfoque de psicoterapia se adapta a un enfoque tanto de terapia breve como de terapia larga. En el caso de terapia breve, el enfoque es más activo y pone énfasis en una serie de intervenciones con tareas apropiadas al cliente. En el caso de tratamiento a largo plazo (50 o más sesiones) de problemas crónicos de la personalidad o de dificultades interpersonales se pone más énfasis en la relación interpersonal, aunque las tareas de intervención se siguen usando en los momentos más apropiados.

Los referentes del enfoque procesal y vivencial son la terapia centrada en el cliente de Rogers, en cuanto a los aspectos relacionales, y la terapia gestáltica de Perls en cuanto a las tareas de intervención. Sin embargo, el presente enfoque no se limita solo a conjugar ambas terapias humanistas, va aún más allá proponiendo un nuevo modelo de la psicopatología y la psicoterapia

que una también elementos de la psicología cognitiva y la teoría de las emociones, todo ello con un enfoque científico de la psicología.

La tesis central es que facilitar el cambio terapéutico es facilitar el cambio emocional. Las emociones se entienden no como perturbaciones afectivas que hay que controlar, sino como indicadores que dan a la persona su sentido inmediato en el mundo, y, que por lo tanto su exploración constituye el objetivo central de la terapia. Las teorías clásicas humanistas de Rogers y Perls se basan en entender la psicopatología como una negación o distorsión de la experiencia interna causada por la introyección de condiciones de valía externa. El enfoque vivencial más actual parte de considerar el papel tanto de los procesos cognitivos como los emocionales en la disfunción y el cambio. Se considera que las personas son creadores activos de significados subjetivos, donde los procesos mentales de recuperación y codificación en la memoria, y la simbolización lingüística del conocimiento juegan un rol central.

En concreto se consideran cinco aspectos cognitivos que ayudan a comprender como los sujetos construyen sus significados:

- a) Los procesos atencionales (los recursos cognitivos de la atención se relacionan con los niveles, calidad y tipo de concienciación de la experiencia)
- b) La distinción entre procesos cognitivos controlados y automáticos (los procesos automáticos e inconscientes pueden dirigir la atención y experiencia consciente de la persona, sobretodo ante temas de fuerte afecto)
- c) La distinción entre procesamiento en paralelo y procesamiento automático (Los clientes procesan mucho material inconsciente que influye en su experiencia consciente, sin que ellos de percaten de ello)
- d) Papel de la memoria (la terapia supone un contexto de recuperación y recodificación de la experiencia almacenada en la memoria)
- e) Rol del procesamiento esquemático (Las personas organizan la información de su experiencia en unidades molares, que se denominan "esquemas, que a su vez guían la dirección de las nuevas experiencias venideras, y que por lo tanto pueden impedir el cambio).

Respecto a las teorías de la emoción, se considera que las emociones son importantes para comprender la acción o conducta. Las emociones influyen en los temas a que prestamos atención, en las metas o propósitos que las personas persiguen y en la relación entre las personas. También influyen en las tendencias a la acción mediante determinados circuitos cerebrales (sistema de búsqueda exploración, sistema de ira-agresión-rabia, sistema de ansiedad-miedo, sistema de separación-pánico-angustia y sistema de juego-vinculo social).

A. Terapia centrada en el cliente

Se puede llegar a ubicar a Rogers como escuela de psicología, pero es muy difícil encuadrarlo, porque esta sería una escuela basada en la práctica. Esta teoría a cobrado diferentes maneras de llamarla: “La inspiración no directiva” “psicoterapia centrada en el cliente” “psicoterapia de persona a persona”. Rogers llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista a la realidad (valga la redundancia) no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural.

El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad.

El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores. Ya el niño posee un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia “actualizante” dirige el desarrollo del cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers no es solo para preservar la vida sino que es un mecanismo que tiende a la superación. Por lo tanto se

basa en la idea de una potencialidad inherente a crecer (tanto en el orden personal como filogenético de la especie). Otro de los postulados básicos de Rogers es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo. A medida que el individuo desarrolla sus necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que llevan a la persona a la búsqueda de satisfacciones de necesidades. Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de si mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

B. Terapia Gestáltica

Es una psicoterapia humanista con un espíritu holístico. La persona es una unidad formada por cuerpo, mente y emoción que además se relaciona con otras y por tanto hay que tener en cuenta también aspectos familiares, sociales y relacionales.

Esta terapia se basa en la noción de autorregulación del organismo. Cualquier organismo sano es capaz de detectar su necesidad y de ponerse en movimiento para satisfacerla. En un proceso de creación y satisfacción de experiencias y necesidades, las personas contactan consigo mismas y con el ambiente para permanecer fuertes, equilibradas y crecidas, cuando estas experiencias y necesidades son interrumpidas y por tanto no llegan a satisfacerse, las personas se tornan fóbicas al contacto con lo cual pierden vitalidad, espontaneidad, capacidad de expresión y van acumulando asuntos inconclusos. El proceso terapéutico favorece el restablecimiento de la capacidad de contactar, de concienciar aspectos no reconocidos de la personalidad, de rescatar partes alienadas y reapropiarse de uno mismo.

B.1 Fundamentos de la terapia Gestalt

La terapia Gestalt se enfoca más en los procesos que en los contenidos. Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo. Utiliza el método del darse cuenta (*“awareness”*) predominando el percibir, sentir y actuar. El cliente aprende a hacerse más consciente de lo que hace. De este modo, va desarrollando su habilidad para aceptarse y para experimentar el “aquí y ahora” sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado.

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

B.2 Objetivo de la terapia Gestalt

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.

La terapia Gestalt se basa en:

- El aquí y ahora más que en el allá y entonces. Enseña a vivir el instante presente y a sentir la realidad.
- El darse cuenta (*“awareness”*, en inglés): es el paciente 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, ni vivir a partir de los “deberías” externos.
- Ser responsable de los propios pensamientos, sentimientos, lenguaje y conductas.

- Enfatiza el cómo suceden las cosas, 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 (yo siento, yo estoy, yo pienso), puesto que una de las fortalezas de la terapia Gestalt es, como se ha mencionado, el asumir la responsabilidad de nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones: el cliente no tiene que ocultarse usando un sujeto colectivo. Por ejemplo, al decir “los jóvenes bebemos mucho” en vez de “yo bebo mucho” se hace uso del plural, y por lo tanto se desvía la responsabilidad personal.

B. 3 La función del terapeuta Gestalt

El terapeuta gestalt tiene la función de guiar al consultante 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.

C. 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. 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 está lejos de haber logrado el desarrollo teórico que caracteriza al psicoanálisis, e incluso a la psicología profunda, de Jung. Pese a esto 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*.

La Logoterapia consta de tres columnas que son fundamentales para su desarrollo:

- a) 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).
- b) 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 animalismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal (Psicologismo).
- c) 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).

La metodología logoterapéutica de Frankl se basa en tratar las enfermedades psíquicas tanto desde un abordaje netamente médico (por ejemplo a ciertas personas que le consultaban por depresión, tras estudiarlas, les recetaba un tratamiento hormonal), aunque principalmente la cuestión es dialogar con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida. Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la de reflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. En la intención paradójica, el terapeuta induce

al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma.

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

De esta forma podrá ver detalles, cualidades, recursos y características de uno mismo que nunca pensó ver o encontrar, se fijará en aspectos de la vida realmente importantes; con el tiempo la persona logrará trascender y ver un verdadero sentido en su vida y se sentirá feliz de estar vivo.

La logoterapia se vale en alta medida del Psicodrama, una dramatización realizada por el paciente, pensado 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.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En este capítulo se presenta la metodología que se utilizó en el centro de estudios, de igual forma las diversas actividades que se realizaron en el centro de práctica, entre ellas se incluyen el programa de la práctica profesional dirigida y el cronograma de actividades, la planificación de actividades por mes en el centro de práctica, el programa de atención de casos, el programa de capacitación y el programa de aplicación del proyecto de salud mental.

3.1 Programa de estudio del curso: Práctica Profesional Dirigida

a. Propósito del curso

La práctica Profesional Dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que 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.

b. 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.

c. 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.

d. Contenido 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 psicodiagnóstico.
4. Detección y atención de casos.
5. Capacitación en salud mental.
6. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala

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

e. 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 cátedrática 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.

f. 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

3.2 Cronograma de actividades

I FASE

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

Continuación..... I FASE

<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p> <p>Marco de referencia</p>	<p>En centro de práctica:</p> <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, entre otros.</p> <p>Registro de casos/ formularios, entre otros.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, entre otros.</p> <p>Discusión de casos</p> <p>Elaboración de Marco de Referencia</p>	<p>Entrega de Historias Clínicas de casos Atendidos (Por lo menos 2 casos).</p> <p>Entrega y revisión</p>
<p>Análisis y discusión de formas De Psicoterapia:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas</p> <p>-Psicoterapias Humanistas</p> <p>--Psicoterapias Conductistas</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones Prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de Psicoterapia</p> <p>Entrega de informes mensuales / cada mes</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)</p>

II FASE

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<p>Supervisión de actividades primer grupo</p>	<p>Visitas de evaluación</p>	<p>Evaluación del encargado en el centro de práctica</p>
<p>Supervisión de actividades segundo grupo</p> <p>Atención de casos individuales y familiares</p>	<p>Elaboración de Historias Clínicas</p> <p>Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato)</p> <p>Discusión de casos/ llevar caso principal al aula</p>	<p>Presentación de 5 historias clínicas completas</p> <p>Participación</p>

Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico	Entrega de tema
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de Psicopatología
Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él.	Elaboración de planificación y cronogramas Ensayos en el aula Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Presentación de constancias firmadas y selladas

III FASE

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

Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del Informe
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del Informe final
Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Mes: enero y febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Obtener información general de la Práctica Profesional Dirigida para estar debidamente capacitada</p> <p>Elaborar una planificación anual de la práctica profesional dirigida.</p> <p>Solicitar autorización de la práctica profesional</p>	<p>Información general del programa de la práctica profesional dirigida.</p> <p>Planificación de las actividades generales de la práctica de campo.</p> <p>Elaboración de la carta de solicitud para el centro de práctica.</p>	<p>Planificación</p> <p>Elaboración de cronograma</p> <p>Elaboración de solicitudes,</p> <p>Observación del lugar y su funcionamiento</p>	<p>Programas y cronogramas</p> <p>Información adquirida.</p> <p>Internet</p> <p>Computadora</p>	<p>Obtiene información general para estar debidamente capacitado</p> <p>Aprueba la planificación de práctica profesional dirigida.</p> <p>Logra la autorización del centro de práctica.</p> <p>Se asigna un</p>

dirigida al encargado de la UPANA	Entrega de la carta al centro de practica.		Bibliografía	centro de práctica
Ubicar un centro de práctica.	Asignación de centros de práctica.	Ejercicios de práctica	Hojas	
Entregar carta de solicitud al centro de práctica autorizado.	Retroalimentación sobre la entrevista			Entrevista a los encargados del centro de practica
Retroalimentar los conocimientos adquiridos sobre la observación.				

Mes: marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Presentarse al centro de práctica para hacer acuerdos sobre la misma.	Presentación al centro de práctica. Contacto inicial con las autoridades del centro de práctica.	Observación Entrevista	Planificación Hojas de observación Computadora Internet	Se presenta al centro de práctica.
Observar el funcionamiento del centro de práctica.	Observación del funcionamiento del lugar.		Hojas	Observa el funcionamiento y organización del centro de

	Retroalimentación sobre documentos de registro: Historia clínica, examen mental, entre otros.			práctica.
--	--	--	--	-----------

Mes: abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Abordar casos clínicos mediante observación y evaluaciones.	Abordaje de casos, evaluaciones y observación.	Observación Entrevistas	Evaluaciones psicológicas DSM IV Internet	Aborda casos psicológicamente.
Discutir casos en el aula.	Discusión de casos.	Evaluaciones	Computadora	Discute el tratamiento de casos.
Retroalimentar, analizar y evaluar las historias clínicas y psicodiagnósticas	Retroalimentación sobre análisis y elaboración de historias clínicas y psicodiagnósticas	Lecturas bibliográficas	Hojas	Retroalimenta, el análisis de historias clínicas y psicodiagnósticas.
Atender casos en el centro de práctica.	Exposiciones en el aula sobre diversas psicopatologías.	Observación	Documentación de documentos de registro.	Atiende casos en el centro de práctica.
Manejar adecuadamente	Uso de documentos de	Exposiciones	DSM IV	Maneja documentos de registro.

los documentos de registros de casos.	registros de casos.		Internet	Expone sobre diversas psicoterapias.
Retroalimentar y reforzar conocimientos sobre psicoterapias	Atención a casos en el centro de práctica.	Terapias psicológicas	Computadora Cañonera	

Mes: Mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Atender casos en el centro de práctica.	Atención de casos	Talleres	DSM IV	Atiende casos en el centro de práctica
Realizar actividades que requiera el centro de práctica.	Actividades que requiera el centro de práctica.	Retroalimentaciones	Internet Computadora	Realiza actividades que requiera el centro de práctica
Retroalimentar conocimientos sobre impresión clínica y diagnóstico multiaxial.	Talleres para retroalimentación de impresión clínica y diagnóstico multiaxial	Atención de casos	Cañonera Hojas	Retroalimenta sobre impresiones clínicas y diagnóstico multiaxial.

Mes: junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Atender casos en el centro de práctica.	Atención de casos	Talleres	DSM IV	Atiende casos en el centro de práctica
Realizar actividades que requiera el centro de práctica.	Actividades que requiera el centro de práctica.	Retroalimentaciones	Internet	Realiza actividades que requiera el centro de práctica
Retroalimentar conocimientos sobre impresión clínica y diagnóstico multiaxial.	Talleres para retroalimentación de impresión clínica y de diagnóstico multiaxial	Atención de casos	Computadora	Retroalimenta sobre impresiones clínicas y diagnóstico multiaxial.
			Cañonera	
			Hojas	

Mes: julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Atender casos en el centro de práctica.	Atención de casos	Talleres	Retroalimentación	Atiende casos en el centro de práctica.

Realizar actividades que requiera el centro de práctica.	Actividades que requiera el centro de práctica.	Retroalimentaciones	Documentación sobre información y presentación de casos	Realiza actividades que requiera el centro de práctica.
Retroalimentar formas de psicoterapia.	Retroalimentación sobre técnicas de psicoterapia	Atención de casos		Retroalimenta diversas formas de psicoterapia.

Mes: agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Presentar y discutir casos.	Presentación y discusión de casos	Discusión de casos	Internet	Presenta y discute casos.
Entregar informe final de la práctica profesional dirigida.	Entrega de informe final de casos	Informes	Computadora	Entrega el informe de los casos atendidos.
Elaborar proyecto de salud mental.	Elaboración de proyecto de salud mental	Proyecto de salud mental	Cañonera	Entrega el proyecto de salud mental.
			Hojas	

Realizar la actividad de cierre en el centro de práctica.	Entrega de proyecto de salud mental Actividad de cierre de práctica en el centro asignado			Realiza la actividad de cierre en el centro de práctica.
---	--	--	--	--

Mes: septiembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Ejecutar y aplicar un proyecto de salud mental en lugares de riesgo. Capacitar a grupos en conflictos. Entregar informes para una primera revisión	Ejecución de proyecto de salud mental en lugares de riesgo Capacitación a grupos en conflicto Informe de resultados del proyecto de salud mental. Primera revisión	Capacitaciones Investigaciones Grupos terapéuticos	Internet Computadora Cañonera Dinámicas Hojas Informes	Ejecuta un proyecto de salud mental en lugares de riesgo. Capacita a grupos en conflicto. Informa de los resultados del proyecto de salud mental. Presenta el

	de informe de la práctica profesional dirigida.			informe de la práctica profesional dirigida para una primera revisión.
--	---	--	--	--

Mes: octubre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Revisar y entregar informe para la segunda revisión de práctica profesional dirigida.	Revisión de informe final de la práctica profesional dirigida	Observación Análisis	Computadora Internet	Entrega de informes para su revisión.
Evaluar los conocimientos adquiridos durante la práctica profesional dirigida.	Cierre de actividades en el centro de práctica	Revisión de informe final	Hojas	Modifica satisfactoriamente informes finales.

Mes: noviembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Entregar informe para la tercera revisión.	Tercera revisión de informe final Entrega de informe final Examen final	Retroalimentación Observación Modificaciones	Internet Computadora Lapiceros Hojas	Entrega el informe final revisado. Se evalúa exitosamente, para culminar la práctica.

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos

a. Descripción:

Uno de los propósitos de la práctica profesional dirigida es poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en el área clínica, en la atención de casos. Por ello ésta fue una de las principales actividades durante la práctica, llevada a cabo en el la institución Children International con sede en Chimaltenango, en donde se atendió una diversidad de casos clínicos.

b. Objetivos:

- ✓ Brindar atención psicológica adecuada de manera profesional y ética a los pacientes de Children International.

- ✓ Restablecer y ayudar emocionalmente a las personas que tienen un problema que les afecta en las diferentes áreas de su vida.

c. Cronograma de actividades

No. Casos	Problemática	Sexo	Aplicación de pruebas	Recursos	Resultado
2	Miedo a estar solo o a la obscuridad	M F	Psicoterapia	Juegos Rompecabezas	Satisfactorio
3	Tristeza	M- 1 F- 2		Psicoterapia TRE	Satisfactorio
2	Encopresis	M	Test de la familia	Psicoterapia Ludoterapia Silla vacía	Satisfactorio
3	Enuresis	M-1 F-2	Test de la familia	Psicoterapia Ludoterapia Plan contingencias	Satisfactorio

3.4.2 Programa de capacitación

a. Descripción:

El estudiante de psicología de la Universidad Panamericana, debe estar capacitado para impartir charlas, talleres relacionados a cualquier tema del campo de la psicología, puesto que es un requisito indispensable. Por ello dentro de la práctica profesional dirigida se imparten capacitaciones a diferentes grupos de personas. A continuación se detallan los objetivos y el cronograma.

b. Objetivos:

- ✓ Integrar el conocimiento adquirido para exponer con claridad y eficacia.
- ✓ Contribuir a la formación y educación de la población en general sobre temas relacionados a la salud mental.
- ✓ Dar a conocer algunos de los conocimientos que se han adquirido en el trayecto del estudio académico de la estudiante.

c. Cronograma de actividades

No.	Lugar	Fecha	Tema	No. De asistentes
01	Children International	28 de marzo	Protección a la niñez y a la adolescencia	30 padres y 35 adolescentes
02	Iglesia Bethesda	21 de abril	La mayordomía en el joven	25 jóvenes
03	Children International	16 de mayo	Ser madre una labor sacrificada	80 madres
04	Hogar Mi Tesoro	22 de agosto	Un perfume agradable (autoestima)	15 señoritas
05	Iglesia Bethesda El Llano	25 de agosto	Un crecimiento integral en los niños	60 niños y 40 padres
06	Iglesia Bethesda San Pedro Yepocapa	26 de agosto	Un perfume agradable (autoestima)	70 jóvenes y señoritas

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En la práctica profesional dirigida se presentaron ciertas limitaciones, pero a pesar de todo ello también se obtuvieron logros muy significativos, los cuales se detallan en este capítulo. Además se describen algunas conclusiones y recomendaciones que se pueden tomar en cuenta para mejorar el espacio psicológico. Se presenta las graficas estadísticas de los logros que se obtuvieron en cada uno de los programas realizados.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Durante la práctica profesional dirigida en Children International se notó que la asistencia de pacientes aumentó, puesto que la gente se fue enterando de la atención psicológica.
- ✓ La mayoría de los pacientes asistían puntualmente a sus citas, mostrando mejoría a través del tratamiento dado.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ Entre las limitaciones que se encontraron se puede mencionar el poco tiempo de la práctica para atender a los pacientes.
- ✓ El ruido obstruía algunas veces la calma y la tranquilidad en el desarrollo de la psicoterapia.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ La práctica profesional dirigida requiere de mucha entrega y responsabilidad, ya que se encuentran a personas con problemas reales en situaciones reales, a los que se les debe dar la debida importancia.
- ✓ El psicólogo clínico cumple también el papel de orientador y educador en los temas de salud, ya que se pueden evitar muchas veces problemas físicos y emocionales con una buena orientación.
- ✓ El psicólogo clínico debe estar preparado en el área teorica como también practica para poder desempeñar con éxito su labor psicológica, promoviendo de esta manera el bienestar emocional en las personas que ayuda.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Todo establecimiento privado o público debe contar con un equipo multidisciplinario completo que incluya un profesional de psicología, así como el equipo necesario para llevar a cabo un trabajo más eficiente para la población.
- ✓ Implementar el área de psicológica en cada establecimiento, organización o institución para ayudar y apoyar en los problemas que se ven envueltos por las situaciones difíciles de la vida.

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

Historia Clínica No. 1

I. Identificación personal

Nombre: F. D. M. B.

Sexo: Masculino

Edad: 6 años
Religión: Cristiana-evangélica
Escolaridad: 1er. Grado primaria
Ocupación: Estudiante
Estado Civil: Soltero

II. Motivo de consulta

Mi nieto se hace sus necesidades en el pantalón, se mantiene triste, a veces no trabaja en clase y le cuesta mucho hacer su tarea solo.

III. Historia del problema actual

El paciente manifiesta esta conducta a partir de año y medio atrás, manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en el colegio, pero estas manifestaciones han aumentado desde la muerte de su mamá.

IV. Factores precipitantes

- * Familia: la mamá murió hace dos años, ninguno de sus parientes ha querido decirle acerca de esa situación. Temen regañarlo o llamarle la atención por algo que este haciendo indebidamente.
- * Relaciones sociales: se relaciona con los niños de su edad y personas mayores, pero no presenta el mismo carisma que los niños de su edad.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Para el paciente a sido una situación bastante difícil de asimilar, al parecer él no sabe que su madre murió y por lo tanto ha manifestado tanta tristeza, soledad, y enojo. La familia está dolida porque sienten no poder decirle al hijo sobre la muerte de su madre.

VI. Historia clínica y antecedentes personales.

Fue un niño deseado por los padres, no presento ningún problema de salud, únicamente los normales.

VII. Historia médica.

El paciente tiene todas sus vacunas, no presenta alguna enfermedad crónica ni leve.

VIII. Historia familiar.

Es un niño de 6 años de edad, hija de D. V. B. de veintidós años, quien murió por una caída al golpearse la cabeza, contrajo matrimonio con V.M. de veinticuatro años, madre del niño. El padre abandonó el hogar después de morir su esposa, ahora también bebe alcohol.

En este momento vive con los abuelos y tíos quienes son hermanos de la difunta. Debido a todo ello el paciente decide aislarse, no le dan deseos de hacer las cosas.

IX. Examen mental

El paciente se presentó con una apariencia general un poco retraído, no habla mucho. Su estado conciencia es confuso, se mira triste, decaído y deprimido. Presenta posturas peculiares en su actividad motora disminuida, si se encuentra orientado en persona, lugar y tiempo. La memoria que posee es muy reciente y remota. Se ha mantenido con falta de interés en las actividades, se siente cansado y con una sensación de angustia.

X. Criterios Diagnósticos

- ✓ Encopresis
- ✓ Ansiedad por separación

XI. Diagnostico Multiaxial

Eje I Trastorno de tics no especificado, Encopresis (307.20)

Eje II (Rasgos o trastornos de la personalidad): Ninguno

Eje III (Trastornos somáticos identificados): Ninguno

Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico) Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1) Problemas relativos a la enseñanza

Eje V (Grado de adaptación psicosocial): EEAG: 50

XII. Pronóstico

Puede mejorar si se realiza un plan específico para ayudarlo en esta situación.

XIII. Plan terapéutico

- * Entrevista
- * Psicoterapia para trabajar la autoestima
- * Ludoterapia juego de las emociones
- * Plan de contingencias para apoyarlo a mejorar los problemas de evacuación de las heces.
- * La silla vacía.

Historia Clínica No. 2

I. Identificación personal

Nombre: A. L. S. T.
Sexo: femenino
Edad: 11 años
Religión: Cristiana-evangélica
Escolaridad: 5to. Grado primaria
Ocupación: Estudiante
Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, a veces no trabaja en clase y le cuesta mucho hacer su tarea sola.

III. Historia del problema actual

Ah sufrido desde muy pequeña la separación de sus padres, manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en el colegio, pero estas manifestaciones han aumentado desde la muerte de su abuela.

IV. Factores Precipitantes

Episodios previos similares: Antes presentó cambios en su conducta y rendimiento escolar, para conciliar el sueño pero en menor grado que en la actualidad.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Familia: constantemente recibe regaños y reproches por parte de su mamá que no vive con ella, el papá llega a visitarla de vez en cuando.

Relaciones sociales: se relaciona con los niños de su edad y personas mayores, pero no presenta el mismo carisma que los niños de su edad.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

Antecedentes psíquicos y físicos: Alcoholismo del padre, depresión en la madre.

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

Manifiesta que sus padres son muy buenos, pero que su padre tiene un carácter más fuerte debido a ello se separaron.

VII. Historia médica

Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales: ninguno

VIII. Historia familiar

A. es una niña de 11 años de edad, hija de M S. de treinta y ocho años, quien padece de alcoholismo, contrajo matrimonio con C. T. N. de treinta años, madre de la niña. Ante el alcoholismo del padre, la madre decidió abandonar el hogar. Dejando a sus hijas con su mamá quien se quedó a cargo.

Pero años más tarde la abuela se enferma, hasta que muere. Esta situación afecta mucho a A. con quien se llevaba muy bien. A raíz de todo ello decide aislarse, no le dan deseos de hacer las cosas.

IX. Examen mental

Falta de atención y concentración. Manifiesta afecto restringido, tristeza. buena disposición para continuar el tratamiento. En el área físico: agotamiento, mucho sueño.

X. Criterios diagnósticos

Estrés por separación

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I (Trastorno identificado) Ninguno

Eje II (Rasgos o trastornos de la personalidad): Ninguno

Eje III (Trastornos somáticos identificados): Ninguno

Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico) Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (código DSMIV: Z63.1)

Eje V (Grado de adaptación psicosocial): EEAG: 70

XII. Tratamiento

Se le brinda terapia de apoyo, se trabaja con su autoestima a través de diversas actividades.

Historia clínica No. 3

I. Identificación personal

Nombre:	T. C.X. R.
Sexo:	femenino
Edad:	09 años
Religión:	Católica
Escolaridad:	1ro primaria
Ocupación:	Estudiante
Estado civil:	Soltera

II. Motivo de consulta

Ha repetido dos años el mismo grado, no se le queda lo que le enseña su maestra y le cuesta hacer sus tareas.

III. Historia del problema actual

Desde que la niña entró a preparatoria se le ha dificultado aprender a leer y escribir debido a ello no ha logrado ganar el grado.

IV. Factores precipitantes

Familiares: la madre refiere que la niña siempre ha presentado esos problemas.

Antecedentes psíquicos y físicos: el padre tuvo dificultades de aprendizaje, abandonó los estudios, tuvo pocas oportunidades de trabajo, mala relación con sus padres y actualmente es alcohólico.

V. Impacto del problema en el sujeto

Relaciones sociales: tiene una actitud inadecuada hacia su maestra.

- Nivel cognitivo: nivel bajo de atención, poca memoria.

- Nivel conductual: inquieta y descuidada.

- Nivel físico: manifiesta dolor de cabeza se enferma muy seguido

VI. Historia clínica y antecedentes personales

VII. Historia médica

Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales: ninguno.

VIII. Historia familiar

T. vive actualmente con su madre M. C. R. P. de 39 años, quien es ama de casa y tienen un pequeño negocio en su casa. Su padre tiene una ladrillera con quien tiene una relación amistosa.

El padre toma demasiado por lo que muchas veces no se da cuenta de lo que le sucede a T.
T tiene 7 hermanos con quienes tienen una buena relación y la apoyan en sus estudios.

IX. Examen mental

Triste, inquieta, poco afecto.

X. Criterios diagnósticos

Estrés por separación

Trastorno de aprendizaje no diferenciado

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I (Trastorno identificado): Trastorno de aprendizaje no diferenciado

Eje II (Rasgos o trastornos de la personalidad): Ninguno

Eje III (Trastornos somáticos identificados): Ninguno

Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico) : Problemas educativos

Eje V (Grado de adaptación psicosocial): EEAG= 85

XII. Tratamiento

Se le brinda terapia de apoyo, se trabaja con su autoestima a través de diversas actividades.

Historia clínica No. 4

1. Identificación personal

Nombre:	K. S.
Edad:	09 años
Sexo:	Femenina
Religión:	Cristiana-evangélica
Ocupación:	Estudiante
Escolaridad:	1ro primaria
Estado civil:	Soltera

2. Motivo de consulta

Ha repetido dos veces el mismo grado, no se le queda lo que le enseñan, es muy tímida y por ello prefiere estar sola.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: nivel bajo de atención, poca memoria.
- Nivel afectivo: regular
- Nivel conductual: distraída, aislada
- Nivel motivacional: manifiesta deseos de superarse
- Nivel físico: manifiesta dolor de cabeza cuando estudia.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

Familia: la madre se disgusta con ella cuando no cumple con lo que le indica su maestra porque quiere que ella sea siempre la mejor.

Relaciones sociales: le cuesta relacionarse con sus compañeros.

5. Historia de la queja actual y episodios previos

5.1 Atribución sobre los problemas: la maestra refiere a la niña porque siempre ha presentado esos problemas.

5.2 Historia del problema: cuando la niña entró a primer grado se le dificultó bastante aprender a leer y escribir y no ha logrado ganar el grado.

5.3 Episodios previos similares: en primero primaria.

5.4 Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales: ninguno.

6. Otros problemas

6. Antecedentes familiares

6.1 Antecedentes psíquicos y físicos: el padre tuvo dificultades de aprendizaje, abandonó los estudios y se dedicó a trabajar.

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

La relación con sus padres es buena, la madre es quien más la apoya en sus estudios porque ella quiere que aprenda.

7. Historia personal

7.1 Historia familiar: K. vive actualmente con su madre O. de S. de 45 años, quien es pastora evangélica y su padre apoya a su mamá con quien tiene una relación amistosa. K. tiene un hermano mayor de 14 años con quien tiene una muy buena relación y la ayuda para que salga adelante.

7.2 Social: K. es una niña muy tranquila y le cuesta socializarse con sus compañeros.

8. Diagnóstico inicial

Eje I (Trastorno identificado): Trastorno de aprendizaje no diferenciado

Eje II (Rasgos o trastornos de la personalidad): Ninguno

Eje III (Trastornos somáticos identificados): Ninguno

Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico) : Problemas educativos.

Z61.8), Hechos conducentes a la pérdida de autoestima durante la niñez (código DSMIV: Z.61.3)

Eje V (Grado de adaptación psicosocial): EEAG= 85

XII. Tratamiento

Se le brinda terapia de apoyo, se trabaja con su autoestima a través de diversas actividades.

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ A través del programa de capacitación se logró cumplir una función preventiva y educativa en temas de importancia tales como salud mental, autoestima, características personales y valores en ámbito profesional.

- ✓ Cabe mencionar que la población alcanzada fue muy variada, niños, adolescentes, y jóvenes.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ Las limitaciones que se dieron fueron el espacio y tiempo, ya que una capacitación con métodos didácticos adecuados requiere suficiente espacio y tiempo, para llevar a cabo una actividad amena y participativa.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ El psicólogo cumple una función importante como orientador, porque hoy en día la sociedad se ve tan corrompida por diversos temas que no son provechosos para las personas, más bien resultan afectando la salud emocional de los mismos.
- ✓ La salud mental es un tema fundamental porque permite a las personas tener un equilibrio emocional ayudándolas a mejorar y a establecer relaciones de mejor calidad.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Es importante que las entidades educativas se interesen por dar capacitaciones con temas básicos de la vida del ser humano que les permitan ver el lado positivo de las situaciones difíciles que muchas veces se presentan el diario vivir.
- ✓ Es necesario implementar una serie de charlas para incrementar los conocimientos básicos que ayuden a modelar los pensamientos y sentimientos de las personas, para que ellas mejoren su situación psicológica.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1 Protección a la niñez y a la adolescencia

Dirigida a 30 niños y niñas, 30 padres y/o madres de la institución Children International de Chimaltenango.

Fecha: miércoles 28 de marzo de 2012.

1. Objetivo:

Salvaguardar e implementar mecanismos de protección a los niños, niñas y adolescentes del maltrato, abandono, abuso sexual, explotación y otras situaciones que pongan su vida en riesgo.

2. Cronograma de actividades (ver anexos)

3. Contenido (Breve resumen)

Esta charla fue presentada para dar a conocer las diferentes clases de maltrato a la que los niños están expuestos, tomando en cuenta sus derechos pero también sus obligaciones para que esta charla lograra el objetivo de concientizar a padres de familia sobre el trato que le dan a sus hijos.

Charla 2 “La mayordomía en el joven” (autoestima)

Dirigida a 25 jóvenes y señoritas de la iglesia de Dios Bethesda de la Aldea Santo Domingo El Tejar, Chimaltenango.

Fecha: martes 21 de abril 2012.

1. Objetivos

- Que los jóvenes y señoritas, sean conscientes de la responsabilidad que tienen de cuidar su cuerpo.
- Que los jóvenes y señoritas administren su dinero de forma adecuada ya que tendrán que dar cuenta de ello.
- Valoricen sus habilidades y talentos poniéndolos en acción para destacar en lo que realicen.

2. Cronograma de actividades (ver anexos)

3. Contenido (Breve resumen)

En esta charla se trabajo la responsabilidad que cada joven y señorita tiene en cuanto al cuidado de su cuerpo, dinero, tiempo, como también de su actuar con sus padres. Motivándolos a valorarse como personas y que no permitan que los demás les hagan de menos. Ya que el hecho de ser criaturas de Dios con una mayordomía que proviene de él hará que sean mejores personas y sobre salgan en todo lo que emprendan.

Charla 3 “Ser madre una labor sacrificada”

Dirigida a 80 madres de la organización Children International de Chimaltenango.

Fecha: miércoles 16 de mayo de 2012.

1. Objetivos

- Motivar a las madres por el trabajo tan dedicado y arduo que realizan.
- Recordarles a las madres que Dios las creo de forma especial por tal razón su labor es única y admirable.
- Concientizar a las madres que su amor es semejante al amor de Dios.
- Mostrarles bíblicamente que están dotadas de habilidades, talentos y características sabias de parte de Dios para desempeñar su trabajo como madres.

2. Cronograma de actividades (ver anexos)

3. Contenido (Breve resumen)

Este día fue muy especial porque muchas mamás fueron motivadas, debido a la cantidad de habilidades, talentos y características que Dios puso en ellas para desempeñar con calidad su labor de madres. Además fueron creadas con dotes especiales para amar y ser amadas por las personas que les rodean. Se les motivó para que recuerden que son especiales y únicas, su papel

no puede ser cambiado ni tomado por alguien más. Son un reflejo del amor de Dios en este mundo.

Charla 4 “Un perfume agradable” (autoestima)

Dirigida a 15 niñas del hogar Mi Especial Tesoro, en Quintas los Aposentos, Chimaltenango.

Fecha: jueves 22 de agosto 2012.

1. Objetivos

- Que las niñas y señoritas de esta institución, reconozcan que son especiales porque son criaturas de Dios.
- Eliminar ideas erróneas o negativas que tienen debido al maltrato o violencia que han sufrido.
- Aumentar en ellas el valor significativo que tienen ya que son personas con muchas habilidades y talentos.

2. Cronograma de actividades (ver anexos)

3. Contenido (Breve resumen)

En esta charla se trabajó la autoestima de las niñas y señoritas, ya que ellas han recibido maltrato físico, emocional y psicológico. Esto muchas veces les ha generado un sentido de poco valor a sus vidas. El tema en sí trata de mostrarles de que tienen virtudes, cualidades que las hace ser muy especiales y que por lo tanto los problemas que han pasado deberán superarlos de manera puedan ser libres del enojo y sanar las heridas a las que han sido expuestas.

Charla 5 “Un crecimiento integral en los niños”

Dirigida a 60 niños y niñas y 40 padres de la iglesia Bethesda de el Llano, Zaragoza, Chimaltenango.

Fecha: sábado 25 de agosto 2012.

1. Objetivos

- Que los niños y niñas aprendan que su crecimiento es integral, porque abarca varias áreas de su vida.
- Contribuir por medio de la charla a que el crecimiento en estatura debe ser por una dieta sana y balanceada.
- Recordarles a los niños que deben procurar la gracia de Dios, para agradecerle a todas las personas.
- Motivar a los niños a que sigan creciendo en sabiduría, gracia y estatura.

2. Cronograma de actividades (ver anexos)

3. Contenido (Breve resumen)

Esta charla tenía como propósito motivar a los niños a crecer sanamente, alimentándose bien para tener buena estatura, a la vez impulsarlos a estudiar para crecer en sabiduría o conocimiento lo cual incluye estudiar en la escuela y mejorar sus calificaciones cada bimestre. Por otro lado y muy importante como tal tratar de crecer en gracia para con Dios, portándose bien, siendo obedientes, ayudando a sus padres en casa. Esto de igual forma promoverá agradecer a las personas que están a su alrededor y por consiguiente teniendo buen parecer ante las personas.

4.3 Programa de elaboración del proyecto de salud mental

a. Logros

- ✓ Durante el proyecto se dio a conocer que es importante recibir atención psicológica, como también que el trabajo que realiza el profesional de psicología debe ser bien hecho.
- ✓ Se brindó mucha ayuda psicológica y emocional en cada una de los participantes.
- ✓ Se dio a conocer que el trabajo en equipo es muy importante para lograr los objetivos propuestos.

b. Limitaciones

- ✓ Una de las limitaciones que se dio fue el clima caluroso al que estuvieron expuestos los participantes, pero de igual forma fue un reto para lograr el objetivo.

c. Conclusiones

- ✓ El realizar un proyecto como este beneficia a cada participante de manera personal en las áreas tanto emocionales como físicas y por consiguiente logran conocerse mutuamente manteniendo la unidad y la convivencia en las diferentes actividades.
- ✓ Es indispensable que cada psicólogo se tome un tiempo personal para autocuidarse ya que de esta manera desempeñará un mejor servicio a la población a la que se dirija.

d. Recomendaciones

- ✓ A los psicólogos que propicien un momento de autocuidado, para mantenerse sanos y con buena salud mental.
- ✓ Es importante que las autoridades de instituciones públicas o privadas promuevan actividades como esta para beneficio de su personal profesional y especialmente psicológico para que ellos promuevan un servicio de calidad.

4.3.1 Presentación de proyecto de salud mental

Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo

a. Introducción

Los estudiantes del quinto año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, llevan a cabo un proyecto de salud mental dentro de las actividades del curso de práctica profesional dirigida.

Debido a ello se ha elaborado un proyecto que potencie, eduque y promueva la salud mental del psicólogo que está por concluir profesionalmente la carrera de psicología, ya que dentro de las competencias que debe tener un psicólogo está el saber controlar, mejorar y tomar decisiones en cuanto a las actividades del autocuidado, para que pueda brindar un servicio de calidad a las personas que atiende. Es por ello que en este proyecto se impartirán temas relacionados a la salud mental del psicólogo como también actividades de convivencia, relajación, reflexión, entre otros.

b. Justificación

Con el propósito de que los estudiantes de quinto año de la licenciatura en psicología social y consejería familiar de la Universidad Panamericana, fortalezcan la salud mental adquirida durante su preparación académica a lo largo de estos cinco años; se realiza un proyecto de cuidado personal, emocional y psicológico. Ya que es de suma importancia que la salud mental del psicólogo en formación esté a un nivel equilibrado, debido a las situaciones a las que ha sido sometido (estudio intenso de los cursos, trabajo personal, práctica en atención de casos, estrés por ser el último año de la carrera, entre otros), para concluir con éxito su último año de carrera profesional.

Cada estudiante tendrá la oportunidad de autoconocerse, de poner en práctica algunas técnicas de relajación, de fortalecer relaciones interpersonales, intercambiar ideas, reflexionar acerca del estilo de vida que lleva y compartir momentos de distracción que lo alejen de la vida cotidiana; creemos que todos estos aspectos, de manera integrada, son fundamentales para la salud mental y el correcto auto cuidado que debe poseer un psicólogo.

c. Objetivos

c.1 Objetivo general

- ✓ Fortalecer la salud mental del futuro profesional aplicada en el área personal, laboral, familiar y social.
- ✓ Crear y aplicar proyectos que promuevan la salud mental

c.2 Objetivos específicos

1. Compartir y convivir grupalmente para fortalecer las relaciones interpersonales.
2. Aprender y aplicar algunas técnicas que promueven la salud mental en el profesional de la psicología.
3. Impulsar la salud mental como parte fundamental en la vida del psicólogo.

d. Metodología

El grupo de estudiantes utiliza el proyecto como método, esta es una estrategia con la cual se puede llevar al futuro profesional a un proceso donde se integra el conocimiento adquirido durante la formación del psicólogo. Dicho proyecto busca enfrentar a los futuros profesionales a situaciones reales en donde se ponen en práctica todas las herramientas disponibles, y así provocar una mejora en la comunidad o grupo en el cual se ejecuta dicho proyecto.

La metodología utilizada en el proyecto es la participación activa y responsable de cada uno de los miembros, con el cual se pretende mejorar la salud mental de los futuros profesionales en

psicología, solo así se tendrá una generación capaz de solventar las dificultades que día con día se deben resolver.

e. Cronograma de actividades (ver anexos)

f. Recursos

* Humanos:

El proyecto se llevará a cabo con la autorización de las autoridades educativas, así mismo con los alumnos estudiantes de quinto grado de la carrera de psicología y consejería social. El proyecto será asesorado por la Licda. Sonia Pappa, encargada de la práctica.

* Didácticos:

Para llevar a cabo este proyecto será necesario un área para audiovisuales, el retroproyector electrónico, película en DVD, papelógrafos, marcadores, hojas bond, lapiceros y lápices.

* Financieros:

El apoyo económico personal es de Q.350.00 incluye pasaje, hospedaje y 4 tiempos de alimentación.

* Transporte:

Para este proyecto se contrató un vehículo expreso.

g. Lecciones aprendidas

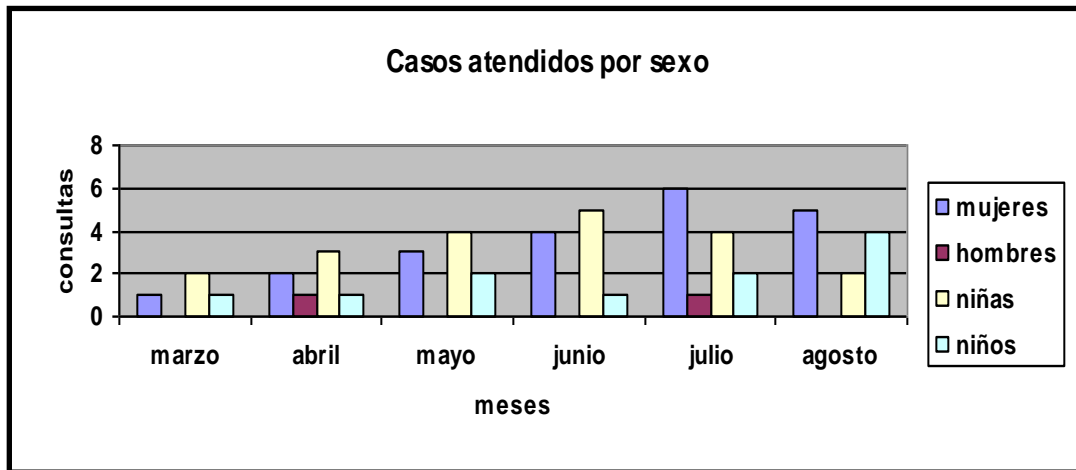
1. Los participantes llegaron a la conclusión de que el proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.

2. Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.
3. Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.
4. Hubo un aprendizaje para trabajar en equipo, partiendo de la teoría de que ya se sabía hacerlo, sin embargo experimentarlo durante dos días seguidos y sobre todo, tomando en cuenta las condiciones (cansancio, calor), se reforzó el hecho de que sí nos apoyamos y somos responsables de lo que corresponde el objetivo será exitoso.
5. La obtención de conciencia sobre que nuestro cuerpo es muy importante para el buen funcionamiento emocional, debido a ello debemos cuidarlo, alimentarlo, relajarlo, hacer ejercicio, para mantenerlo dinámico.
6. Que cada persona es especial y tiene diferentes habilidades y mientras más las explore y las concientice mejor se desempeñará en las diferentes actividades que desempeñe.
7. El área espiritual es necesario cultivarla y mantener un espíritu saludable y libre de problemas, por lo que se requiere que cada uno busque según su idea de Dios como satisfacer esta necesidad.
8. A lo largo de las actividades se aprendió, compartió y experimentó cambios en nuestro ser, por lo que se le agradece a la Licda. Sonia por la intervención en la actividad de la fogata fue excelente ya que encontramos nuestros miedos y frustraciones y aprendimos a combatirlos y moldearlos para que ese miedo o dolor se convirtiera en energía para poder vencer los obstáculos de nuestra vida.
9. El proyecto fue una experiencia muy enriquecedora, cada grupo estuvo al tanto de sus actividades programadas, se vio la entrega y esmero para dar lo mejor de sí.
10. Esta actividad marca el inicio de un nuevo reto, el reto de crecer como persona y como profesional.

4.4. Presentación de resultados con gráficas

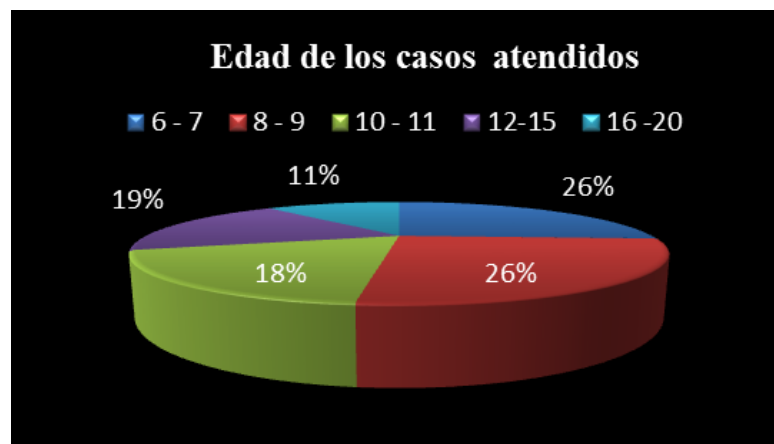
I. Programa de atención de casos

Gráfica 1 número de casos atendidos por sexo



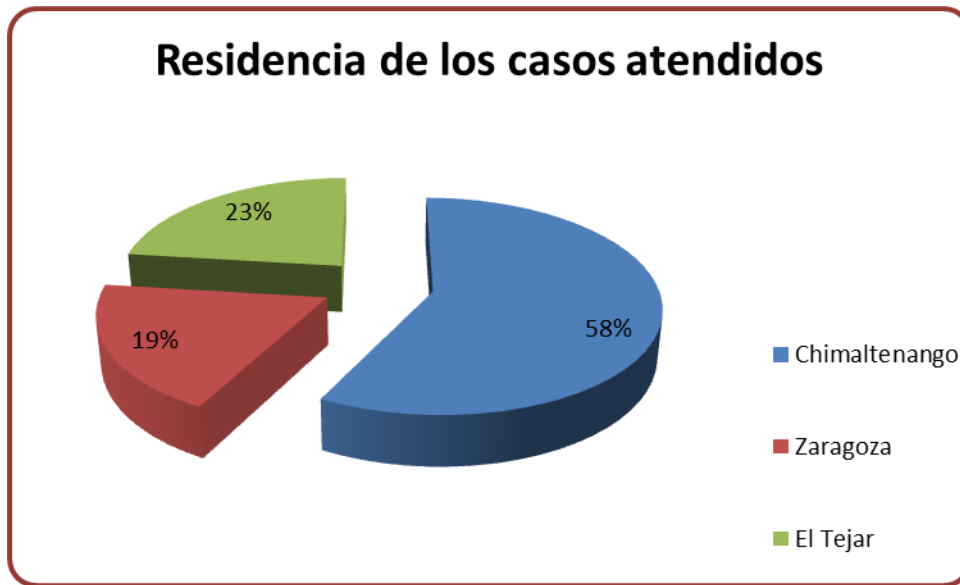
Fuente: propia

Gráfica 2 Edad de los casos atendidos



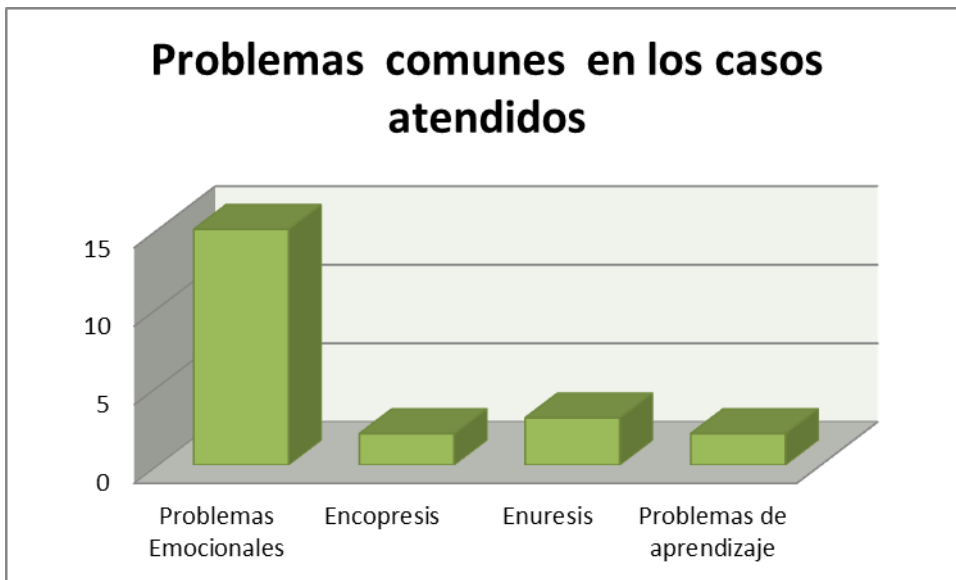
Fuente: propia

Gráfica 3 Residencia de los casos atendidos



Fuente: propia

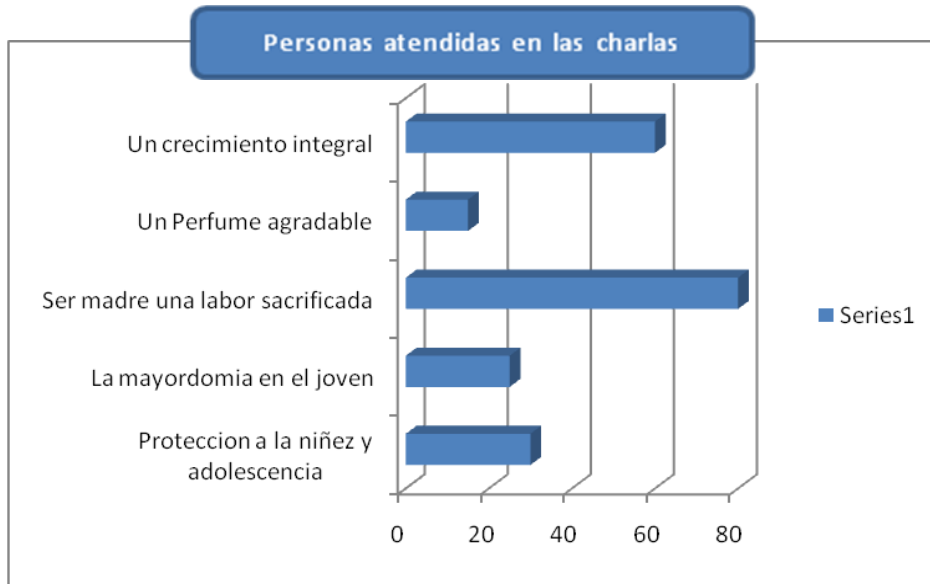
Gráfica 4 Problemas Comunes en los casos atendidos



Fuente propia

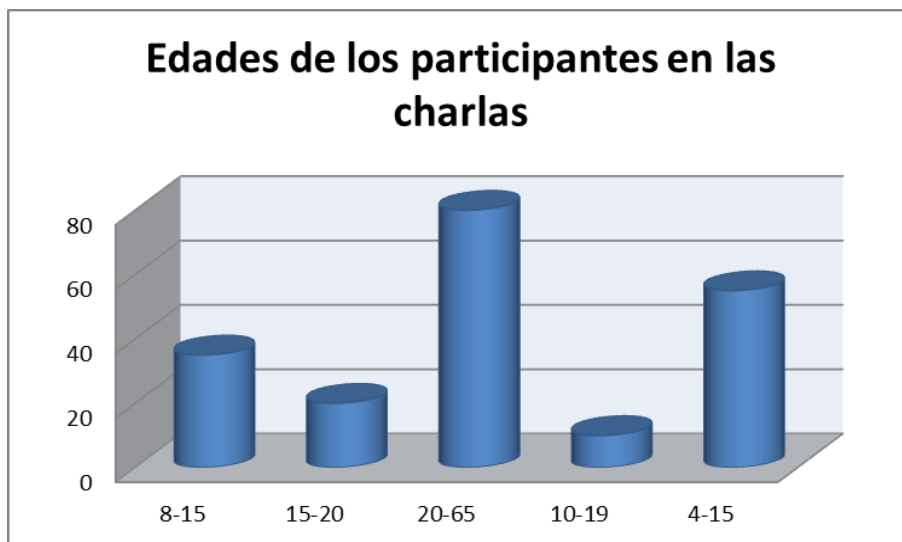
II. Programa de capacitación

Gráfica 5 asistencia de las personas atendidas en las charlas



Fuente: propia

Gráfica 6 edades de los participantes atendidas en las charlas



Fuente propia

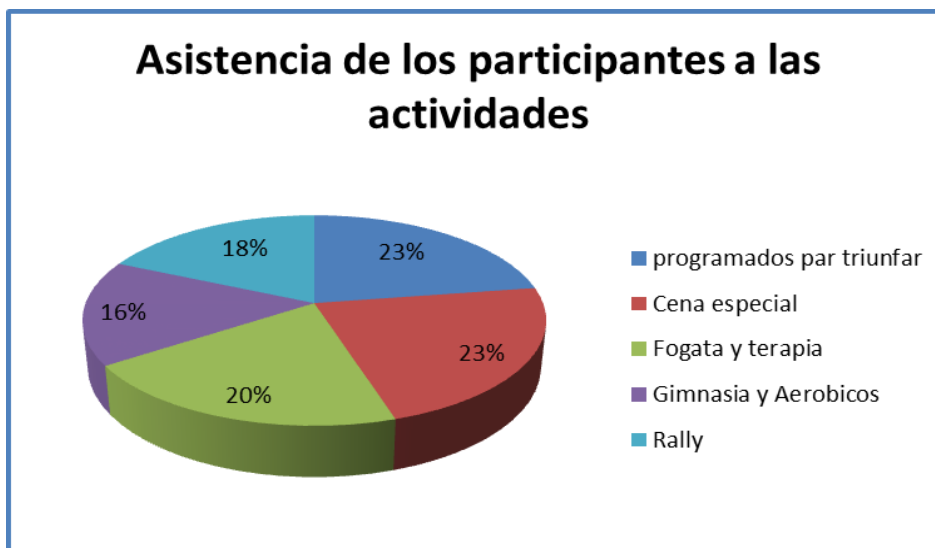
III. Proyecto de salud mental

Gráfica 7 género de los participantes en el proyecto de salud mental



Fuente: propia

Gráfica 8 Asistencia de los participantes a las actividades



Fuente: propia

4.4.1 Análisis de resultados

I. Programa de atención de casos

Grafica 1

En la gráfica se observa que la atención de casos se inició en marzo fue en aumento, llegando a la máxima cantidad en julio, además se observa que el mayor número de casos atendidos corresponde a mujeres adultas y en el mes de agosto se incrementa el número de niños atendidos.

Gráfica 2

En esta gráfica se representa la edad de los pacientes atendidos, los pacientes de 6 a 7 años ascendieron a un 26 %, los de 8-9 años de edad tienen un porcentaje de 26%, los pacientes de 10-11 años tienen un 18%, de 12-15 años llegó a un porcentaje del 19% y de 16 a 20 años tienen un porcentaje del 11%, haciendo un total del 100% en las edades de los pacientes.

Gráfica 3

Se observa el porcentaje de la población atendida en el municipio de El Tejar, el tiene un 23% igual a 6 personas atendidas, el 19% corresponde a las personas atendidas provenientes del municipio de Zaragoza, Chimaltenango. En la cabecera del departamento de Chimaltenango fueron atendidas 15 personas en la gráfica se puede observar que asciende a un 58% en su mayoría. Todos los pacientes atendidos fueron de las áreas urbanas de los municipios mencionados.

Gráfica 4

Los problemas más comunes atendidos en la práctica profesional dirigida, se pueden observar en la gráfica y que tuvieron mayor relevancia en la vida de los pacientes encontramos en primer lugar a los problemas emocionales con un 11% que son los que afectan más a los pacientes, luego los problemas familiares con un 8%, la enuresis con un

4% y la Encopresis en un 2%. De esta manera se puede visualizar que los problemas emocionales son los que más afectan a la población atendida en Children International.

II. Programa de capacitación

Gráfica 5

En esta gráfica se puede visualizar la asistencia de las personas atendidas en las charlas, la charla con mas afluencia de personas fue la de “Ser madre es una labor sacrificada” con un promedio de 80 personas atendidas, seguidamente esta la charla “un crecimiento integral” dado a un promedio de 60 niños aproximadamente, la siguiente es la charla de “Protección a la niñez y adolescencia” con un promedio de 30 niños y niñas, luego la charla de “La mayordomía en el joven” dada a 25 personas, por último “Un perfume agradable” con 15 personas.

Gráfica 6

En las charlas impartidas hubo una gran variedad de personas de diferentes edades entre ellas esta de 8-15 años un porcentaje de 35%, de 15-20 años un porcentaje de 20%, de 20 a 65 años un porcentaje del 80%, de 10-19 años un porcentaje de 10% y de 4 a 15 años un porcentaje 55%. De esta manera se puede visualizar que las charlas fueron impartidas a diferentes personas y edades.

III. Proyecto de salud mental

Gráfica 7

En esta gráfica se puede observar el sexo de los participantes en el proyecto de salud mental realizado con los alumnos del 5to. grado de psicología, que en su mayoría fueron el sexo femenino que alcanzo un porcentaje del 17%, mientras que el sexo masculino ascendió al 5% en los participantes.

Gráfica 8

Al observar esta gráfica se puede observar que hubieron varias actividades y que en cada una de ellas hubo una asistencia regular a las actividades, entre ellas están: Programados para triunfar con un 23%, la cena especial con un 23%, la fogata y la terapia de relajación un 20%, en la gimnasia y aeróbicos la asistencia llegó a un 16% y en la actividad del Rally hubo un porcentaje del 18% de asistencia.

Conclusiones

1. La práctica profesional dirigida sirve como fuente de conocimiento y experiencia es de utilidad para el desarrollo y desenvolvimiento del profesional que debe ser proactivo y capaz de brindar un servicio a la comunidad para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
2. La práctica profesional dirigida es una oportunidad para poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en cuanto al área clínica.
3. La psicoterapia tiene una clara eficacia en una amplia gama de trastornos psiquiátricos y condiciones mal adaptativas.
4. La práctica es una herramienta indispensable, porque permite que el estudiante integre los conocimientos adquiridos durante la carrera, aplicándolos de manera práctica en instituciones en donde el psicólogo ejerce la psicología clínica.
5. Cabe mencionar que a través de la práctica el estudiante adquiere destreza en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades emocionales que impiden a las personas desenvolverse adecuadamente.
6. El profesional de psicología es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad.

ecomendaciones

1. Es indispensable que en cada institución privada o pública den importancia al área psicológica, ya que en su mayoría las personas no tienen acceso a los servicios necesarios de la salud emocional.
2. Es ideal que las autoridades de las comunidades tanto rural como urbana capacite a grupos de personas brindando una orientación psicológica para prevenir y tratar problemas de salud mental.
3. Es muy importante que se de prioridad a los problemas emocionales, puesto que ellos también deben ser tratados para mejorar la calidad de vida de las personas.

Referencias

Bibliográficas

- Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
- Belloch, A y Sandín B.(1997) *Manual de Psicopatología*, volumen I, España: McGraw-Hill.
- Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: McGraw Hill.
- Bolaños E. María del Carmen. “*Educación Afectivo sexual en la educación infantil*”. España. *Diccionario de Psicología* (2000). Madrid, España: Océano Grupo Editora, S.A.
- Enciclopedia Microsoft Encarta 2007.
- Frankl, V. (1963). *Psicoanálisis y existencialismo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freeman Lory. (1985). “*Mi Cuerpo es mío*”. Estados Unidos.
- González N, J. de J.(1999). *Psicoterapia de Grupos*. México: El Manual Moderno.
- Hernández M. Gabriela y Jaramillo Guijarro Concepción. “*La educación sexual de niños y niñas de 6 a 12 años*”. España: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Kleinke, C. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR*. Editorial Masson. México.
- Monedero, C. (1978). *Psicopatología General*, segunda edición. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Montero, M. (1984). *Psicología*. Caracas, Venezuela: Kapeluz.
- Morris, Ch. y Maisto A. (2001). *Introducción a la psicología*. México: Pearson Educación.
- Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Saldivar, D. (1998). “*Teoría y práctica de la psicoterapia*”. La Habana: Asociación norteamericana de psicoterapia de grupo.

Anexos

Anexo 1
Constancia de solicitud práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Escuela de psicología
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Chimaltenango, 27 de febrero de 2012.

Licda. Patricia Chamalé
Directora de Educación sede Chimaltenango.
Childrens International Guatemala
Ciudad, Guatemala

Respetable directora.

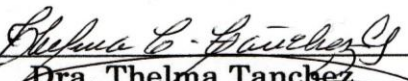
La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxitos en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, YESSICA KARINA ARCHILA RABANALES, pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

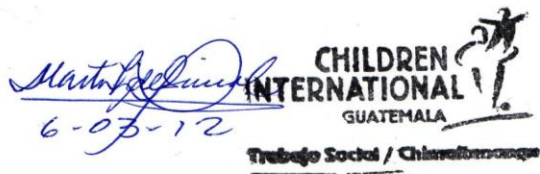
Dicha práctica dura de marzo a agosto, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

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

Atentamente,

F. 
Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica

F. 
Dra. Thelma Tánchez
Coordinadora Sede Chimaltenango



Anexo 2
Constancia de horas de práctica



Chimaltenango 19 de octubre de 2012

Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica Privada
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango.
Ciudad.

Estimada Licenciada,

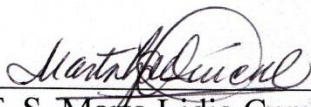
Es un gusto saludarla y desearle éxitos en sus actividades diarias.

Por medio de la presente le informo que la estudiante YESSICA KARINA ARCHILA RABANALES, cursante del quinto año de la Licenciatura de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, estuvo realizando su Práctica Privada de Atención Psicológica, con los pacientes de nuestra organización durante los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto del año en curso, acreditando quinientas horas de (500) hrs. De práctica.

Agradezco el apoyo brindado y del trabajo tan necesario e importante que la estudiante Yessica Karina realizó en nuestra organización.

Atentamente,

F. _____


T. S. Marta Lidia Cumez Salazar
Coordinadora Área de Servicio
Tel 78393675



Vo. Bv.



Anexo 3
Fotografías

Proyecto de salud mental Actividad “programados para triunfar”



En la playa



Cena de gala



Actividad de la fogata



Actividad del Rally



Foto aeróbicos



Foto de regreso en el bus



Charla Seamos un perfume agradable



Anexo 4
Programas de las charlas

Charla 1, Protección a la niñez y la adolescencia

	Actividad	Encargado	Tiempo
01	Preludio		15
02	Bienvenida	Nelson Cali	5
03	Reglas de la reunión	Yessica Archila	5
04	Introducción al tema	Yessica Archila	5
05	Desarrollo del tema: Derechos del niño y la adolescencia Maltrato, Tipos de maltratos Rompecabezas de colores. (armar grupos) Concientización del tema	Yessica Archila	20
04	Dramatización por jóvenes apadrinados 15		15
05	Base constitucional de los derechos del niño y el adolescente 20	Cristobalina	20
06	Recomendaciones y conclusiones (repollo preguntón) 10	Cristobalina	10
07	Tiempo para representante de Children International	Marta Cúmez	10
08	Refacción		20
09	Despedida		5

Charla 2 Un perfume agradable

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación		3 minutos
Dinámica rompe hielo	Me llamo	5 minutos
Desarrollo del tema	Un perfume agradable	30 minutos
Conclusión	Virtudes de un perfume	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 3

Anexo 3
Programas del proyecto

Programa general del proyecto

Sábado 06 de octubre

Hora	Actividad	Encargados
7:00	Salida para Monte Rico	Todo el grupo
12:00	Llegada a Hotel Restaurante Don Carlos Beach	
12:00 – 1:00	Instalación y ubicación de habitaciones	Nadia Awadallah
1:00 – 2:00	Almuerzo	Veronica Inay y Yessica Archila
2:00 – 3:00	Descanso	
3:00 – 5:00	I Actividad “Programados para triunfar”	Aracely Martinez, Doris Martínez, Glenda Solando e Ingrid Sitán
5:00 – 6:00	Tiempo libre (playa)	
6:00 – 8:00	Cena	Sara Mux, Angélica Juchuña
8:00 – 10:00	II Actividad “Fogata”	Janine Callejas, Nadia Awadallah, Camila Mendoza, Felipe Yool
10:00 – 11:30	Película	Isai López, Jesica Mota
11:30	Dulces Sueños	

Domingo 07 de octubre de 2012

Hora	Actividad	Encargado
6:00 - 7:00	Aeróbicos – gimnasia	Elmer Lara, Amilcar Lima
7:00 – 8:00	Aseo Personal	
8:00 – 9:30	Desayuno	Veronica Inay, Yessica Archila
9:30 – 11:00	III Actividad “Rally”	Willy Texaj, Heidy Galvez, Olga Andrade
11:00 - 12:00	Preparación de equipaje	
12:00 – 1:00	Almuerzo	Veronica Inay, Yessica Archila
1:00 – 3:00	Paseo por Monte Rico	
3:00 – 6:00	Regreso a Chimaltenango	

“Programados para triunfar”

Agenda actividad No. 1

Fecha: 06-10-12

Hora: 3:00 a 5:00 p.m.

Responsables: Glenda, Ingrid, Doris y Aracely

Objetivo

Compartir y motivar a cada uno de los compañeros en el fortalecimiento de la salud mental previo a cerrar cursos de la carrera de Licenciatura en psicología y consejería social.

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida “cuidado con la lluvia”	10	Doris Martínez
2.	Tema Motivacional “Programados para triunfar”	10	Aracely Martínez
3.	Dinámica 1 “El creador Positivo”	10	Glenda Solano
4.	Dinámica 2 “Te tengo confianza” para fomentar confianza en el grupo	10	Ingrid Sitán
5.	Dinámica 3 “la Flor”, los participantes interactúan entre sí.	10	Doris Martínez
6.	Dinámica 4 “comunicación activa” para interactuar con el grupo.	10	Glenda Solano
7.	Dinámica 5 “Como a mí mismo” El participante debe cuidar algo.	10	IngridSitán
8.	Dinámica 6 “El objeto imaginario” para interactuar con el grupo.	10	Doris Martínez
9.	Dinámica 7 “tela de araña” para interactuar en grupo.	10	IngridSitan
10.	Dinámica 8 “El paracaidista confiado”	10	Glenda Solano
11.	Conclusión: la actividad se titula “una obra maravillosa”	10	Aracely Martínez

Nota: Cada participante debe de llevar ropa cómoda para esta actividad.

Slogan: “Si quieres triunfar, no te quedes mirando la escalera. Empieza a subir, escalón por escalón, hasta que llegues arriba.”

Programa de la cena especial

Hora: 7:00 – 9:00 p.m.

Horario	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos	Encargada
7:00 a 7:10	Palabras de bienvenida	Incentivar a cada uno de los presente que el trabajo que realicemos lo hagamos de corazón.	Agradecer a cada uno de ellos por la ayuda y el apoyo de nuestra actividad.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:10 a 7:30	Papa caliente	Al que le quede el globo tiene que dar un consejo o un tip para el autocuidado	Alcanzar comprender cada una de las dificultades que exista en nuestro contexto, para poder desempeñar un buen papel a la hora de laborar como psicólogo.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:30 a 8: 15	Cena	Cena	Cena	Cena
8:15 a 8:30	Característica y una cualidad	Cada uno de los participantes reflexionara sobre sus actitudes (positivas y por mejorar.	Cambiar y aceptar nuestras actitudes para mejorarla mas adelante.	AngélicaJuchuña. Sara Mux
8:30 a 8:35	Palabras de agradecimiento	Realizar una reflexión sobre las actitudes y el autocuidado	Lograr conocerse a si mismos para el autocuidado.	AngélicaJuchuña. Sara Mux

Programa de Fogata

Actividad II

Responsables: Camila Mendoza

Janina Callejas

Nadia Awadallah

FelipeYool

Lugar: Hotel, Restaurante Carlos Beach

Fecha: 6 de octubre del 2012

Horario: 8:00 pm – 10:00 pm

Objetivo: Lograr el reconocimiento de aspectos negativos en nuestra personalidad, que afecten el desenvolvimiento personal y profesional.

Actividades:

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida	05 min.	NadiaAwadallah
2.	Charla motivacional	15 min.	NadiaAwadallah
3.	Cantos	05 min.	Janine Callejas
4.	Reflexión y redacción	15 min.	Janine Callejas
5.	Compartir experiencias	20 min.	Camila Mendoza
6.	Celebración	15 min	FelipeYool

Nombre: Película “Tan fuerte tan cerca”.

Hora: 10:00 – 11:30 P.M.

Responsables: Isaí López, Jessica Mota.

Objetivo:

Promover la convivencia grupal de los estudiantes a través de la proyección de una película con el fin de fortalecer la amistad y el compañerismo ya existente.

Objetivos	Actividad	Recursos
<p>Concientizar a los jóvenes estudiantes, sobre el valor de nuestros seres queridos y lo importante que es pasar tiempo de calidad con ellos, porque no se sabe el tiempo que estarán con nosotros.</p> <p>Analizar la importancia de la perseverancia y el papel que juega en la realización de nuestras metas y propósitos.</p>	<p>Proyección de la película “tan fuerte, tan cerca”</p>	<p>-cañonera -computadora -bocinas -película</p>

Actividad III “Rally”

Se realizará un Rally, en el cual se formaran tres grupos en los que competirán entre sí, en diferentes juegos y obstáculos previamente planificados.

Fecha: 7 de octubre de 2012

Hora: 9:30 am a 11:00 am

Integrantes: Willy Texaj, Olga Andrade

Objetivo: Promover en los estudiantes la competición sana por medio de actividades que ayuden a unir lazos de amistad, entre los mismos, así mismo fomentar el auto cuidado por medio de actividades que ayuden a combatir el estrés en los mismos.

No.	Actividad	Tiempo	Recursos	
1	Presentación e instrucciones de la actividad, dividir a los grupos por colores de playeras(lila, gris y negra)	10 minutos	❖ Humanos	Willy Texaj, Olga Andrade y Heidy Gálvez
2	Primer juego encostados	10 minutos	❖ Humanos, costales	Heidy Gálvez
3	Segundó juego carretitas humanas	10 minutos	❖ Humano	Willy Texaj
4	Tercer juego mímica	6 minutos	❖ Humano y agua gaseosa	Olga Andrade
5	Cuarto: manzanas flotantes	10 minutos	❖ Humanos y vejigas	Willy Texaj
6	Quinto juego llevar un limón con la cuchara en la boca	10	❖ Humano servidoras huevos	Heidy Gálvez
7	Sexto juego la cubeta y agua	10 minutos	❖ Humano agua cubeta esponja	Olga Andrade
8	Séptimo póngale la cola al burro	5 minutos	❖ Humano figuras	Willy Texaj
9	Octavo: reventazón de vejigas	7 minutos	❖ Humano lazo	Olga Andrade
10	Compartir que sintieron los participantes al realizar estos juegos.(telaraña) como cierre de la actividad	12 minutos	❖ Humanos	Heidy Gálvez

Las actividades que realizaran los participantes van enfocadas al desarrollo físico y emocional del psicólogo, ya que el psicólogo necesita un espacio para despejar su carga emocional, como profesional y ser humano.

Anexo 4
Formatos utilizados

Anexo 5
Fotografías