

PPD-ED-65  
H565  
C-2

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



**Principales problemas psicosociales encontrados en pacientes atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, en el Departamento de Chimaltenango**  
(Informe de práctica profesional dirigida)

BIBLIOTECA UPANA I. FEB 2011

BIBLIOTECA UPANA I. FEB 2011  
Q. 100. -

Nancy Julissa Herrera Morales

Chimaltenango noviembre 2010



**Principales problemas psicosociales encontrados en pacientes atendidos en la  
Liga Guatemalteca de Higiene Mental, en el Departamento de Chimaltenango**  
(Informe de práctica profesional dirigida)

Nancy Julissa Herrera Morales (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Guatemala, Chimaltenango noviembre 2010



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

*En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en la Liga  
Guatemalteca de Higiene Mental, Chimaltenango, presentado por la estudiante*


**Nancy Julissa Herrera Morales**

*quien se identifica con número de carné 0601763 de la carrera de Licenciatura en  
Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido  
establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para  
que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**Licenciada Sonia Pappa**  
**Asesora**

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

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con la temática: **Principales problemas psicosociales encontrados en pacientes atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, en el Departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Nancy Julissa Herrera Morales**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.

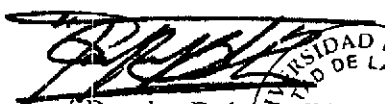
  
**Licda. Karen Dubón**  
**Revisor (a)**

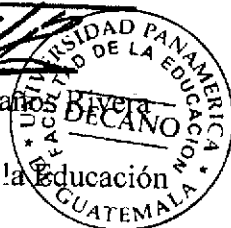
# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Principales problemas psicosociales encontrados en pacientes atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, en el Departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Lucy Julissa Herrera Morales**, previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Supervisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.

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





**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
**Facultad de Ciencias de la Educación**  
**PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL**

Guatemala, Abril de 2010

Lic. Israel F. López Ramos  
Coordinador  
Liga Guatemalteca de Higiene Mental  
Chimaltenango, Chimaltenango


Respetable Licenciado:



La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que el alumno practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, NANCY JULISSA HERRERA MORALES 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 al alumno, esperando a la vez que el servicio que el proporcione beneficie de alguna manera a su institución.

Atentamente,

  
cda. Sonia Pappa  
Práctica  
Recebi  
Liga Guatemalteca de Higiene Mental

  
Dra. Thea Méndez Catedrática  
Coordinadora Sede Chimaltenango  
  
UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA  
COORDINACION

# LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

"Armonía consigo mismo y con los demás, es salud mental"

Guatemala, 14 de abril del año 2010.

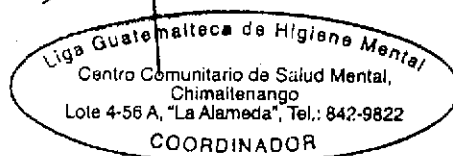
Dra. Thelma Tánchez.  
Licda. Sonia Pappa.  
Universidad Panamericana de Guatemala.  
Facultad de Ciencias de la Educación.  
Psicología y Consejería Social.

Por medio de la presente, manifiesto que se autoriza a la estudiante **NANCY JULISSA HERRERA MORALES**, quien cursa el 1er. Año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, que realice la Práctica Profesional Dirigida; en este Centro.

Yo, el suscrito, estoy de acuerdo y estoy de acuerdo en contribuir con la estudiante, en el proceso de formación profesional.

Atentamente,

  
**Lic. Israel F. López Ramos.**  
Coordinador.  
Área de Chimaltenango.



archivo



## Contenido

Resumen	1
Introducción	2
<b>Capítulo 1 Marco de referencia</b>	
1.1 Descripción de la institución	3
1.2 Misión	4
1.3 Visión	4
1.4 Organigrama de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental	5
1.5 Objetivos	5
1.6 Población que atiende	6
1.6.1 Descripción de la población	6
1.7 Planteamiento del problema	6
<b>Capítulo 2 Referente teórico</b>	
2.1 Principales problemas psicosociales	
2.1.1 Violencia intrafamiliar	7
2.1.1.1 Tipos de violencia	8
2.1.2 Delincuencia	9
2.1.3 Drogadicción	26
2.2 Psicopatología	31
2.2.1 Historia de psicopatología	31
2.2.2 Principales trastornos psicopatológicos	32
2.2.2.1 Trastornos del estado de ánimo	32
2.2.2.2 Trastornos de ansiedad	41
2.2.2.3 Trastornos sexuales	47
2.2.2.4 Trastornos de conducta alimentaria	54
2.2.2.5 Trastornos adaptativos	61
2.2.2.6 Trastorno de personalidad	63
2.3 Métodos de psicodiagnóstico	70
2.3.1 Etapas	71
2.3.2 Informe psicológico	73
2.3.3 Historia clínica	73
2.3.4 Instrumentos	80
2.4 La psicoterapia	87
2.4.1 La relación terapéutica	88
2.4.2 Competencias	89
2.4.3 La interacción terapéutica	91

2.4.4	Formas de psicoterapia	92
2.4.4.1	Psicoterapias psicoanalíticas	92
2.4.4.2	Psicoterapias conductuales	106
2.4.4.3	Psicoterapias humanistas	107
2.4.4.4	Terapias alternativas	124

### Capítulo 3 Referente metodológico

3.1	Programa de práctica profesional dirigida	130
3.2	Cronograma de actividades	135
3.3	Planificación general de actividades en el centro de práctica	138
3.4	Subprogramas	141
3.4.1	Programa de atención de casos	141
3.4.2	Programa de Capacitación	142
3.4.3	Programa de elaboración de proyecto de salud mental	143

### Capítulo 4 Presentación de resultados

4.1	Programa de atención de casos	144
4.2	Programa de capacitación	162
4.3	Programa de elaboración de proyectos de salud mental	165
4.4	Gráficas y análisis de resultados	175

Conclusiones	187
Recomendaciones	188
Referencias	189

Anexos	192
Anexo 1 Constancias	
Anexo 2 Formatos utilizados	
Anexo 3 Fotografías	

## **Resumen**

A continuación, se presenta el informe final de la práctica profesional dirigida, realizada en la *Liga Guatemalteca de Higiene Mental de Chimaltenango*, en donde se brindó atención psicológica a población de todas las edades.

En el informe se detalla una investigación bibliográfica de los principales problemas psicosociales encontrados en pacientes atendidos en la *Liga Guatemalteca de Higiene Mental*, en el Departamento de Chimaltenango.

Se incluyen tres subprogramas, iniciando con el programa de atención de casos que se realizó con pacientes asistentes a la consulta psicológica de la *Liga Guatemalteca de Higiene Mental* del departamento de Chimaltenango, a través de evaluaciones psicológicas, diagnóstico y tratamiento a cada caso específico. Se impartió una charla motivacional a las señoras madrecitas de la Alameda, Chimaltenango, dos talleres dirigidos a dos grupos de jóvenes de primero y segundo básico, del *Instituto Nacional de Educación Básica del Municipio del tejtar Chimaltenango*, enfocando el autoestima y problemas actuales en los adolescentes por medio de charlas, talleres vivenciales, y en casos especiales se les brindó psicoterapia de forma individual o grupal de acuerdo a las necesidades de cada caso.

Se finalizó con el proyecto de salud mental, que se llevó a cabo en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágatha que recientemente golpeara a Guatemala.

## **Introducción**

La población guatemalteca por años ha sido psicológicamente afectada por muchos sucesos, entre ellos mencionamos: desastres naturales (terremotos, tormentas, huracanas, sequías entre otros), asimismo contextos desestabilizantes como el conflicto armado interno, el que duró 30 años. En los últimos tiempos, los altos índices de violencia han mantenido a la población con niveles de estrés que sobrepasan los límites para que se considere tener una calidad de vida digna. Los factores antes mencionados obedecen en cierta manera a la pérdida de valores en la familia, situación que cada día agudiza más la necesidad de atención a los diferentes sectores de la sociedad.

La necesidad de la población es generalizada, desde niños de muy corta edad (4 años) hasta adultos de la tercera edad (60 años), quienes buscan el apoyo psicológico, sin embargo el carecer de los recursos económicos para el pago de profesionales en el área de la psicología, los hace priorizar sus necesidades y optar por utilizar su dinero en el sustento diario del hogar. Como país todavía no se tiene un servicio psicológico estatal que llegue a toda la población, quedándose la atención específicamente en el tratamiento de enfermedades muy comunes de fácil visualización. La Liga Guatemalteca de Higiene mental con sede en el departamento de Chimaltenango, es una institución que pertenece al estado, fundada para prestarle el servicio a la población en general. Los principales casos atendidos provienen del área urbana, y especialmente de la cabecera departamental.

El documento que a continuación se presenta, titulado : “ Principales problemas psicosociales encontrados en pacientes atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, en el departamento de Chimaltenango”, es el resultado de la práctica profesional dirigida, realizada por una estudiante de la Universidad Panamericana, en la carrera de Psicología y Consejería Social . Se espera que el contenido pueda contribuir aportando datos de base para la planificación de las actividades futuras y mejorar el servicio a la población como propósito principal.

# **Capítulo 1**

## **Marco de referencia**

### **Introducción**

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental es una entidad privada no lucrativa, de carácter social, cuyo interés es trabajar por el bienestar psicosocial de las y los guatemaltecos.

Desde su fundación, la Liga ha sido de las instituciones pioneras en el trabajo de promoción de la salud mental en Guatemala. Actualmente el trabajo se desarrolla en seis áreas de intervención, las cuales se fundamentan en los principios básicos de la salud mental.

Fue así que un grupo de estudiantes de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, extensión Chimaltenango, ha visto la necesidad de aportar su tiempo y esfuerzo en ayudar a la población chimalteca, con la práctica clínica en horarios accesibles para la comunidad necesitada, en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental. Realizando promoción de servicio de clínica psicológica gratuita, talleres y charlas motivacionales, celebrando días festivos a la comunidad.

### **1.1 Descripción de la institución**

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental esta ubicada en el Parcelamiento “La Alameda” Chimaltenango, consta de una clínica en donde se atienden a los pacientes, un salón el cual se utiliza para diversos eventos como por ejemplo: charlas motivacionales y de reflexión, celebración de fechas especiales, etc.

Un parque infantil (donde se utiliza para ludoterapia con niños), tiene un campo de área verde en donde los jóvenes juegan fútbol incluso se hacen campeonatos. En total la institución tiene una extensión de 1,118 metros cuadrados.

Se encuentra el área de vivienda del guardia y su familia. El Director de la institución es el Licenciado Israel López. La institución cuenta con equipo y mobiliario adecuados.

## 1.2 Misión

“Nosotros, quienes conocemos que la salud mental es un principio de convivencia y armonía con todos los que nos rodean y esta contribuye a vivir en un ambiente sano con nosotros, nuestra familia y con la sociedad guatemalteca”

“Este compromiso nos llama a atender, promover y fortalecer la salud mental en las o los guatemaltecos, principalmente en el área de educación, capacitando a diferentes sectores de la población para que desarrollen actitudes que los conviertan en agentes de cambio para una sociedad libre de violencia”

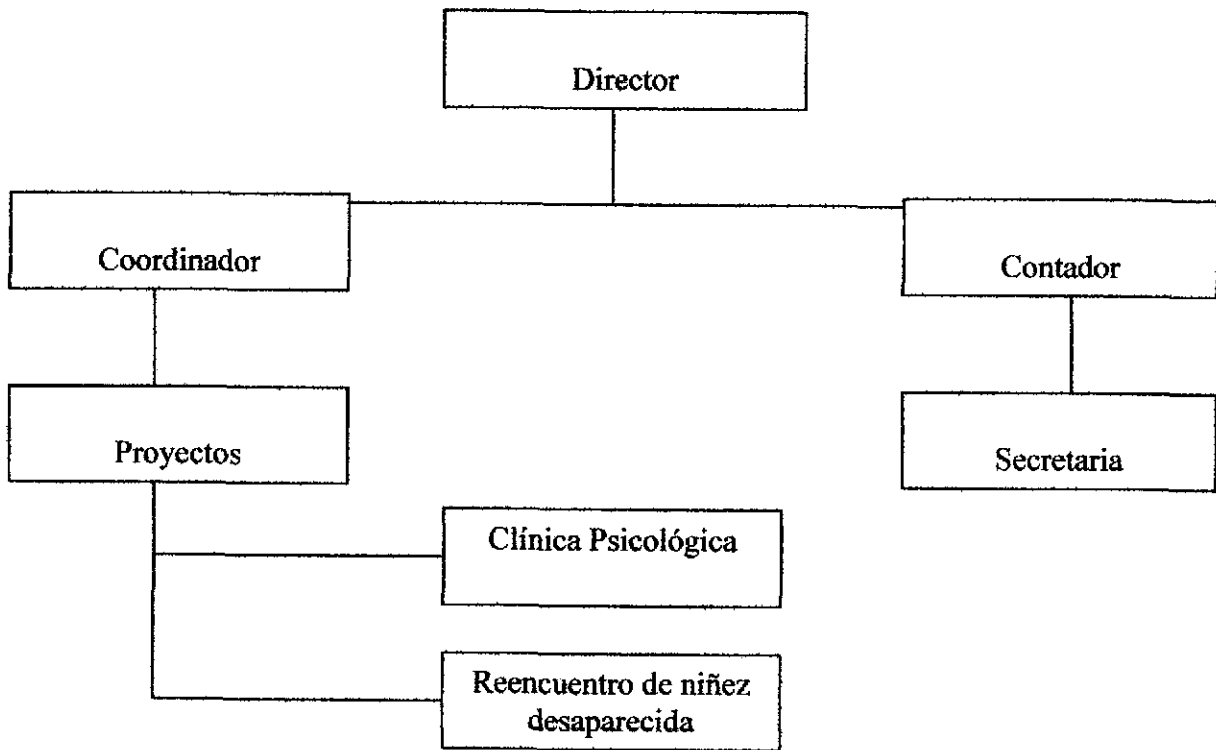
## 1.3 Visión

Al iniciar el tercer milenio, la Liga Guatemalteca de Higiene Mental seguirá cumpliendo su misión, con atención psicológica y capacitación a las y los guatemaltecos, con enfoque a la salud mental contribuyendo de esta manera con la sociedad guatemalteca.

- Daremos atención psicológica a todas las personas que soliciten ayuda.
- Promoveremos la salud mental en la y los guatemaltecos.
- Capacitaremos a niños, jóvenes y adultos de ambos sexos.

- Fomentares y fortaleceremos la salud mental de la población.
- Nuestra misión esta basada en la creencia de la salud mental brinda a cada persona la oportunidad de convivir con armonía consigo mismo y con los demás.

#### 1.4 Organigrama Liga Guatemalteca de Higiene Mental



#### 1.5 Objetivos

- Aportar en el posicionamiento de la salud mental como una necesidad en la vida cotidiana de la población guatemalteca.
- Contribuir a la formación de recursos humanos en la tarea de promoción y atención de la salud mental.

- Hacer investigaciones relacionadas con la situación de la niñez y juventud en Guatemala, particularmente en el campo del trabajo infantil y en afectaciones derivadas de la crisis sociopolítica de las últimas décadas.
- Desarrollar procesos de sensibilización y capacitación en la problemática de la violencia y la resolución alterna de conflictos con instituciones del Estado, entidades privadas y de naturaleza educativa.
- Desarrollar procesos de sensibilización sobre la salud mental en diversos medios de comunicación social, tanto de carácter nacional como local.

## 1.6 Población que atiende

Niños, adolescentes y adultos de ambos sexos, generalmente de clase media.

### 1.6.1 Descripción de la población que atiende

Personas con problemas de violencia intrafamiliar, con daños físicos o psicológicos, aunque no necesariamente, con agresión física, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas, como niños, adolescentes y adultos de ambos sexos.

## 1.7 Planteamiento del problema

Ante la ola de violencia que aqueja a Chimaltenango, la población vive sumida en el miedo por los asaltos, secuestros y extorsiones maltrato familiar, violación etc. Y las personas afectadas desconocen a donde recurrir en momentos de desesperación, donde puedan ser escuchadas y tratadas. Por lo que la Universidad Panamericana presta, sus servicios con estudiantes de quinto año, que hacen su Práctica Profesional Dirigida, en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, en donde acuden personas en su mayoría afectadas por este problema.



## **Capítulo 2**

### **Referente teórico**

#### **Introducción**

A continuación se encuentran los temas referentes al marco teórico, los cuales se han tratado con el fin de tener bases teóricas durante práctica profesional dirigida en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, sobre todo en el estudio de los principales problemas psicosociales encontrados durante la misma.

La consideración de los problemas psicosociales debe prestar especial atención a las características sociales y culturales de cada medio, así como a los criterios médicos más firmemente establecidos y de carácter universal.

#### **2.1 Principales problemas psicosociales que afectan a la población**

Se entiende por problemas psicosociales aquellas condiciones psíquicas o sociales del paciente que, sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo, requiriendo del equipo asistencial una actitud de vigilancia o algún tipo de intervención sobre el paciente o su entorno.

Los problemas psicosociales requieren un enfoque situacional global. No se limitan a problemas psicológicos o psiquiátricos internos de la persona, sino que abarcan también situaciones o contextos relacionales que pueden ser disfuncionales desde el punto de vista de la salud. Esto quiere decir que junto con el individuo que es el blanco de la acción médica, deben considerarse los distintos niveles del entorno (familiar, comunitario) a los cuales está relacionado.

Entre los principales problemas encontrados en el lugar de práctica se han notado la violencia intrafamiliar, la ansiedad, la depresión, así como algunos problemas de aprendizaje y conductuales en el adolescente. En base a esto se dará una recopilación de dichos temas.

### 2.1.1 Violencia intrafamiliar

Cuando se habla de violencia intrafamiliar se refiere a cualquier acción, omisión o conducta, mediante la cual se ocasiona sufrimiento físico, psicológico, sexual y patrimonial mediante el engaño, seducción, amenaza, acoso, coacción o cualquier otra medida en contra de uno o más miembros de la familia. Acciones u omisiones que rompen la armonía, el equilibrio y el bienestar físico, psicológico, patrimonial y sexual, así como el desarrollo personal dentro del hogar. Son acciones que producen la intimidación, castigo y humillación y que mantiene a la otra persona en un papel de estereotipo, le niega su dignidad de persona humana, menoscaba la seguridad de su persona, su autoestima y su personalidad.

La violencia en general, también, la intrafamiliar doméstica, ocurre en relaciones donde no existe igualdad, es decir, se comete en función de una posición de mayor poder o privilegio en contra de una persona que por sus características individuales o sociales, se encuentra en una posición subordinada o dependencia y por cualquier motivo que sea, razón de género, edad, color de piel, religión, posición económica o social, opiniones, etc. El elemento central que define la violencia intrafamiliar o doméstica está en el tipo de relación existente, entre la persona que sufre su agresión y quien la ejecuta, involucra seres humanos en una de las siguientes relaciones.

- Adulto ↔ Adulto
- Adulto ↔ Niño
- Adulto ↔ Anciano (a)
- Niño ↔ Niña

La violencia intrafamiliar y otros tipos de maltrato, radica en la existencia de un contacto íntimo entre las personas mencionadas. El vínculo obedece, por lo general, a un lazo familiar o de pareja, sin embargo, esto puede ocurrir en el hogar (ámbito privado), en la calle, trabajo, escuela, etc., (ámbito público). También se considera como parte de ella, cualquier tipo de agresión que ocurra en grupos que satisfagan para sus integrantes, las necesidades afectivas de protección y cuidado que tradicionalmente, son responsabilidad de la familia.

La seriedad de las consecuencias de la violencia intrafamiliar se derivan no solo del abuso y su severidad sino fundamentalmente, de la traición que la víctima experimenta ante un maltrato ejercido por quien le debía especial respeto, atención y cuidado. Por estas razones, se considera una de las demostraciones más crueles de agresión. Porque ocurre en un espacio físico y psicosocial, en donde se supone que las personas deben amarse y aprender valores esenciales para la convivencia, solidaridad, tolerancia, lealtad, confianza y la libertad para la autodeterminación.

#### 2.1.1.1 Tipos de violencia intrafamiliar

Según esta definición, podemos distinguir diferentes formas o manifestaciones de maltrato, abuso o agresión entre ellas tenemos:

- Abuso o maltrato físico
- Abuso o maltrato sexual
- Abuso o maltrato psicológico
- Abuso o maltrato patrimonial

##### A) Abuso o maltrato físico

La violencia física ocurre cuando una persona que está en una relación de poder, con respecto a la otra, le infringe daño no accidental por medio del uso de la fuerza física o algún tipo de arma, que puede provocar o no lesiones internas, externas o ambas.

El castigo repetido no severo, también se considera violencia física. El hecho de que le escupan a una persona, se puede considerar también como una agresión física.

Para clasificar el concepto anterior veamos algunos ejemplos de conductas que se clasifican como abusos o violencia física:

- Golpes en la cara, cabeza o en el cuerpo (estos pueden llevarse a cabo con las manos o con objetos) patadas, empujones, jalones de pelo, pinchazos, zancadillas, mordiscos, arañazos, con fajas, cuerdas, alambres u otros objetos, etc.
- Intentos de asfixia con las manos, almohadas u otros objetos.
- Lanzamientos de objetos como platos de comida, ollas, cuchillos, machetes, etc., aunque no lleguen directamente al cuerpo, sino a las paredes o al piso.
- Acciones que ponen en peligro la integridad física de la otra persona, tales como el encierro y manejar en estado de ebriedad o en forma temeraria.

## B) Abuso o maltrato sexual

Es todo acto en el que una persona, en una relación de poder involucra a otros en una actividad de contenido sexual, que propicia su victimización y de la el ofensor obtiene *gratificación*. Si retomamos la definición, es preciso recalcar que el consentimiento solo es posible cuando existe una relación de igualdad entre dos personas. Ambas deben estar en las mismas condiciones para tomar decisiones entorno al inicio y terminación de la relación y para evaluar las consecuencias de la actividad sexual.

El consentimiento es imposible entre las relaciones de claro poder y control de un ser humano sobre otro, como por ejemplo.

- Contacto sexual entre niños (as) – adultos.
- El incesto padre – hijo (a)

## B.1) La violencia sexual incluye:

- Abusos deshonestos, como manoseo, exhibicionismo.
- Acoso sexual.
- Exposición o participación en pornografía.
- Prostitución, sexo oral, sodomía, penetración genital o anal con un objeto, sexo forzado, violación o incesto.

## C) Abuso o maltrato psicológico o emocional

Por su parte, la violencia psicológica es toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de la intimidación, manipulación, amenazas directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier forma que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, la autoestima. La identidad o el desarrollo de la persona.

El abuso psicológico se manifiesta de múltiples maneras y por lo general, se presenta acompañado de otras conductas abusivas, tales como el maltrato físico, el abuso sexual y el abuso patrimonial.

### C.1 Este tipo de abuso o maltrato incluye

- Los abusos constantes, la negligencia, la humillación, el no reconocer aciertos, el chantaje y la degradación.
- El aislamiento de amigos y familiares, que con frecuencia van acompañados de mensajes como: *“los otros son peligrosos”, “las necesidades emocionales solo pueden ser satisfechas en el interior de la familia”, “las mujeres buenas siempre están en su casa”, “los niños buenos prefieren a su hermanos y no necesitan de sus amigos”*.
- La destrucción de propiedades, tesoros, objetos apreciados o mascotas de la víctima.

- El ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comprar, etc.
- Celos excesivos y sobre – posesividad.
- Control económico, hostigamiento y acoso.

La persona que ejerce el abuso psicológico se presenta como el único miembro de la familia que conoce las necesidades de los otros y como la única persona capaz de satisfacer esas necesidades.

Otra modalidad de violencia psicológica es el maltrato al desarrollo personal, que se entiende como: toda acción atenta contra el desarrollo integral de las personas integrantes del grupo familiar en especial de la mujer o pareja, afectando sus aspiraciones de capacitarse y de superarse, limitando sus habilidades y provocando frustración.

Por ejemplo:

- No dejar que la persona agredida estudie o trabaje.
- No dejar que tenga animales.
- No permite que se capacite.
- No dejar que visite a sus familiares.
- Prohibirle que sus familiares la visiten en su casa.
- No ayudar en las tareas de la casa y en el cuidado de los niños.

Entre todos los tipos de violencia, la Psicológica es la que puede provocar más daño e incluso de por vida.

#### **D) Abuso o maltrato patrimonial**

La violencia patrimonial o económica son todas aquellas acciones u omisiones tomadas por el agresor, que afectan la sobrevivencia de los miembros de la familia (esposo, esposa e hijos) o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Esto implica, la pérdida de la casa de habitación o de lugar de vivienda, los enseres y equipo doméstico, la tierra,

otros bienes, muebles, inmuebles, así como los efectos personales de la persona afectada o los gastos para la sobrevivencia del núcleo familiar, también es violencia patrimonial el apropiarse de los bienes por medio de los chantajes afectivos, amenazar con quitar bienes, obligar un miembro del grupo familiar a entregar su salario o ingresos.

### 2.1.1.2 Consecuencias de la violencia intrafamiliar

Estas varían dependiendo de la personalidad de la víctima y depende del maltrato sufrido. Lo más grave de la violencia es que altera la armonía familiar, no cabe duda que la violencia en la familia es la base de tanta violencia.

Los adolescentes de nuestro país están actuando de una forma vandálica, esto se debe a la formación, a la falta de amor que hay en sus casas, a la falta de conocimientos que le permitan razonar que ponerse una "capucha" y salir a cometer actos inhumanos no es debido. Se ve a diario como madres y padres dañan tanto física como psicológicamente, dando un ejemplo a sus hijos, como futuras personas violentas, a continuación describiremos las lesiones físicas y psicológicas que ocasiona la violencia intrafamiliar.

#### A) Lesiones físicas

- Quemaduras
- Raspaduras
- Fracturas
- Daños en el cerebro
- Problemas ginecológicos
- Partos prematuros
- Hipertensión arterial
- Gastritis
- Discapacidades permanentes o pasajeras

## B) Lesiones emocionales

- ✓ Disminución de la autoestima, neurosis, intentos de suicidios, tendencia al abuso de alcohol y drogas estos pueden terminar con la muerte.
- ✓ Además desarrollar conductas o sentimientos que muchas veces conspiran contra la solución del problema de la violencia e impide la búsqueda de ayuda.
- ✓ Sentimiento de miedo, tristeza y vergüenza.
- ✓ Dificultades para confiar y relacionarse con otras personas y para restablecer relaciones íntimas.
- ✓ Dificultades para auto protegerse de aquí las ideas y los intentos de suicidio.

Es importante que reconozcamos que este es un problema endémico a nivel mundial, no solo en Guatemala.

### 2.1.1.3 Las causas de la violencia intrafamiliar

Las causas de la violencia intrafamiliar son complejas, pero predominante es producto de una organización social estructural y basada en la desigualdad y ejercida por los que tienen más poder real y derecho a intimidar y controlar.

La razón de la violencia intrafamiliar hay que controlarla en el cruce de factores negativos del individuo y la sociedad; al interior de la familia, las desigualdades producidas en razón del género y por las relaciones asimétricas de los adultos con la niñez basadas en la autoridad son las principales causas que determinan las relaciones violentas que allí se constituyen.



### 2.1.1.3.1 Entre las causas de la violencia intrafamiliar podemos encontrar las siguientes:

- El alcoholismo: un sin número de casos registran que, en un gran porcentaje de los casos en los que las mujeres son agredidas por sus compañeros conyugales, éstos se hallan bajo el efecto del alcohol o de cualquier droga.
- Ignorancia y falta de conciencia respecto a creer que la mejor forma de cambiar la situación en la que se encuentra es a través de actos que incluyen violencia física: golpes, pleitos, peleas, zafarranchos, etc., en vez de recurrir a manifestaciones pacíficas, a movimientos sociales pacíficos, a la conversación, al diálogo, a la búsqueda de acuerdos.
- El no ser capaces de aprender a controlar los impulsos que generan violencia.
- La falta de comprensión en las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la principal causa de la violencia. Un niño que se desarrolle en un ambiente conflictivo y poco armonioso (con muy poca voluntad de diálogo, con poca capacidad en los padres para la comunicación de los problemas, de las necesidades y de los sentimientos, con muy poca apertura y conversación para aclarar y resolver los problemas y aprender de ellos para no repetir las experiencias negativas) ha de ser, con grandes probabilidades, en el futuro próximo y en el lejano, una persona problemática y violenta, a su vez, con sus propios hijos y/o con quienes estén bajo su poder o influencia (sus empleados, p. ej.).
- Falta de comprensión hacia los niños: sin estar conscientes de que los niños son seres inocentes, muchos adultos violentan o agreden o golpean o incluso abusan sexualmente de sus hijos (véase pederastia), generando así graves trastornos emocionales en ellos.
- La adicción a sustancias (es decir, la dependencia física y psíquica, no la dependencia únicamente psíquica, a sustancias químicas diversas, tales como la nicotina y otras de las muchas sustancias incluidas en la fabricación industrial de los cigarrillos; a las bebidas alcohólicas; a las sustancias adictivas ilegales o "drogas", excepción hecha de la marihuana, de la cual se sabe que, aunque puede causar dependencia psíquica, no provoca dependencia física y, por punto consiguiente, no genera comportamientos violentos en quienes la consumen) es otra de las causas de la violencia. Muchas personas consumen

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

- Falta de amor, comprensión, respeto hacia la mujer; muchos hombres golpean a la mujer por un conflicto interno "odian a las mujeres" (misóginos).

### 2.1.1.3.2 Ciclo de la violencia intrafamiliar

El análisis de cómo se va instaurando la agresión en las relaciones de parejas, de crianza, entre hermanos /as, etc., nos lleva a reconocer que las formas que toma la violencia, así como la dinámica en la que entran las personas ofensoras cuando agraden son múltiples y complejas. Las personas agredidas no están constantemente siendo agredidas.

Los ciclos de agresión pueden aparecer desde que las relaciones se inician (noviazgo o nacimiento de los/las hijos/as) o después de muchos años. Es muy importante comprender cómo estos ciclos se van presentando y configurando ya que posibilita reconocer en que etapa se encuentra la persona afectado.

El ciclo de la violencia se desarrolla en tres fases, que se desarrollan a continuación:

#### Primera fase - la etapa de aumento de tensión

Se acumula tensión, se dan pleitos, reclamos, insultos, poco a poco va subiendo la intensidad hasta pasar a la segunda fase. En esta fase, es frecuente que las personas agredidas busquen estrategias para sobrevivir al abuso utilizando mecanismos como:

- La negación.
- La nacionalización

- La minimización

## Segunda fase – la explosión violenta o incidente agudo de agresión

Esta fase se caracteriza por una fuerte e incontrolable descarga de violencia física y emocional. Se presenta una agresión grande y dolorosa, como son los golpes que pueden a veces hasta poner en peligro la vida de la de la persona agredida. La persona agredida vive esta fase de forma muy diversa por ejemplo:

- Se sienten atrapadas e incapaces de huir.
- La mayoría no tiene ninguna posibilidad de resistirse y solo tratan de no provocar más al agresor y esperan que pase la explosión.
- Las acompaña un sentimiento de incredibilidad.
- La mayoría de las personas afectadas no van a buscar ayuda en ese momento a menos que estén muy gravemente heridas.

## Tercera y cuarta fase – la tregua amorosa, la reconciliación

Es un periodo de calma que se caracteriza por un comportamiento cariñoso y de arrepentimiento del ofensor. El agresor (a) cambia totalmente su comportamiento y se muestra amable, arrepentido, promete no volver a cometer ninguna agresión. Su finalidad es conseguir el perdón de la persona a se ha agredido.

La persona ofendida olvida cualquier iniciativa que hubiera tenido para poner límite en la situación de abuso, cediendo así a sus necesidades, derechos y recursos.

- El comportamiento cariñoso seguido de tanta violencia hace entrar a las víctimas en profundos estados de confusión.
- Se sienten con miedo a represalias futuras si no cede.

- La víctima recibe en esta fase el cariño y el cuidado que siempre añoró.

En esta tercera y cuarta fase pueden durar días o semanas, pero el ciclo se vuelve a repetir una y otra vez generalmente la agresión es mayor que en el ciclo anterior.

### 2.1.1.3.3 El ciclo de violencia desde las víctimas

#### 1. Explosión

- Miedo
- Impotencia
- Dolor
- Disociación
- Odio
- Soledad
- Parálisis

#### 2. Distanciamiento

- Culpa
- Confusión
- Lástima propia
- Vergüenza
- Miedo
- Dolor

#### 2.1.1.3.4 Abuso sexual

El abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona. El abuso sexual puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor o incluso entre menores.

##### a) Como actividad sexual se incluye

- Cualquier tipo de penetración de órganos genitales en contra de la voluntad, o aprovechando la incapacidad de un menor para comprender ciertos actos. También se incluye el inducir u obligar a tocar los órganos genitales del abusador.
- Cualquier acción que incite al menor a presenciar contenido sexual impropio (observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, ver material pornográfico o asistir a conversaciones de contenido sexual, por ejemplo).

Tipos de abuso sexual son la violación, que es considerada delito sin importar el sexo de la víctima, y el estupro. En el caso de abuso sexual infantil, los fenómenos que se desencadenan tienen que ver con trastornos en el desarrollo psicosexual. Una dificultad en la relación madre-hija puede complicar el riesgo para el abuso sexual infantil y las consecuencias del abuso.

##### 1. b) Signos de posible abuso sexual

- Heridas inexplicables, especialmente en los genitales y los senos (en mujeres).
- Vestimenta rota o manchada.
- Embarazo.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Problemas de comportamiento inexplicables.
- Depresión.
- Autoabuso o comportamiento suicida.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Pérdida espontánea de interés en la actividad sexual.

- Aumento espontáneo del comportamiento sexual.
- Trauma severo

### 2.1.2 Delincuencia

Las actividades ilegales que desarrollan jóvenes, cuya conducta no discurre por unas causas sociales aceptadas ni sigue las mismas pautas de integración que la mayoría, no surgen repetidamente, sino que forman parte de un proceso gradual de socialización desviada que poco a poco se va agravando. Se considera que la delincuencia comienza a los 8, 13, 14 ó 15 años de edad, respectivamente.

Existe mayor número de muchachos que de muchachas delincuentes, aunque esta diferencia empieza a disminuir al final de la adolescencia a causa del incremento de la delincuencia femenina en dicha etapa, también existe una diferencia entre sexos en función del tipo y de la gravedad de los delitos cometidos. Los menores de 13 a 17 años dirigen la mayoría de sus actos delictivos contra la propiedad; en la adolescencia final por el contrario, los mismos afectan con más frecuencia a las personas.

La influencia del medio en el desarrollo de la delincuencia juvenil es también muy importante, los niños colocados en un medio muy pobre o que viven en condiciones difíciles están fuertemente tentados de descifrar su existencia por el robo o por la búsqueda de consolaciones dudosas.

Hay padres demasiados débiles. La disciplina personal, especialmente el poder de retenerse, de actuar o de privarse de una cosa deseada, debe ser inculcado al niño en el curso de los dos primeros años de su existencia.

El niño que ve a su padre y a su madre disputar entre sí, juzga la sociedad en su conjunto sobre el mismo modelo, y llega a creer que él también debe defender violentamente su punto de vista si no quiere ser aplastado. La delincuencia juvenil, toma un aspecto mucho más grave cuando los jóvenes forman bandas y pandillas.

### 2.1.2.1 Fuentes de la delincuencia

Los modelos sociales, a veces presentados en la misma familia, constituyen así mismo otra importante fuente de la delincuencia juvenil. No hay que olvidar lo susceptible que es el muchacho a la imitación y a la influencia que está puede ejercer como método de afirmación personal, capaz de superar al propio modelo.

### 2.1.2.2 Teorías que pueden justificar actos del delincuente juvenil

#### Teorías Biológicas

- Carácter innato del individuo, transmitidos por herencia o debido a alteraciones en sus estructuras genéticas o a otros elementos constitucionales.
- El síndrome xyy, que afectaba varones con fuertes tendencias criminales y dotadas de gran agresividad, lo que hace de ellos individuos potenciales peligrosos.

1. Perturbaciones Tóxicas: Crímenes cometidos bajo la influencia del alcohol o de drogas.

2. Perturbaciones Orgánicas:

a.) Delincuencia mental y retardo, si la falta de capacidad intelectual es favor motivante del comportamiento delictuoso.

b.) Tumores cerebrales, parálisis general progresiva, traumatismo cerebral, etc.

c.) Encefalitis, si se adquiere antes de la pubertad.

### 2.1.2.3 Panorama Actual de la delincuencia juvenil

Ha aumentado de forma alarmante en los últimos tiempos, pasando a ser un problema que cada vez genera mayor preocupación social, tanto por su incremento cuantitativo, como por su progresiva peligrosidad cualitativa.

La causa social es la diferencia entre ricos y pobres, sobre todo la imposibilidad de progresar socialmente sí causa violencia: la frustración se suma a la evidencia de que no hay otra alternativa para cambiar el destino personal.

#### A) Entorno familiar

Un entorno familiar disruptivo potencia las predisposiciones congénitas que algunos individuos tienen frente a la violencia (i.e. síndrome de alcohol fetal) y por sí mismo produce individuos que perciben a la violencia como un recurso para hacer valer derechos dentro de la familia.

#### B) Rasgos de personalidad

Los delincuentes crónicos se encuentran los siguientes rasgos.

1. Socialización pobre como niños: pocos amigos, no los conservaban, sin ligas afectivas profundas, etc.
2. Poco supervisados o maltratados por sus padres: los dejaban solos, a su libre albedrío, y cuando estaban presentes, los maltrataban
3. Buscan sensaciones en forma continua: desde chicos son "niños problema," y los mecanismos de control social no tienen gran influencia sobre ellos
4. Abusan del alcohol
5. Nunca han estado seriamente involucrados en una religión principal
6. Carecen de remordimientos, o aprenden a elaborar la culpa y así evitarlos
7. Evitan asumir la responsabilidad de sus actos: construyendo casi siempre una pantalla o justificación que suele ser exitosa para librarlos (i.e. "es que cuando era niño me maltrataban")



## C) Pobreza

La pobreza humana es más que escasez o carencia de ingresos. Es la negación de oportunidades económicas, políticas, sociales y físicas para tener una vida larga, saludable y creativa, así como para disfrutar de un decente nivel de vida, libertad, dignidad, autoestima y del respeto de los demás. La pobreza es la principal causa de inseguridad alimentaria. Su reducción es esencial para mejorar el acceso a una alimentación nutricionalmente adecuada y sana para todos.

### C1. Las causas de la pobreza

Las razones por las que tantas personas no pueden satisfacer sus necesidades fundamentales son complejas. Al ser esencialmente de naturaleza política, económica, estructural y social, se refuerzan por la ausencia de voluntad política y por la inadecuación de las medidas que toman los poderes públicos, especialmente en lo que toca a la explotación de los recursos locales.

En el plano individual los seres están limitados por la imposibilidad de acceder a los recursos, al conocimiento o a las ocasiones de disfrutar de un modo de vida decente.

Todas estas dificultades afectan más a las mujeres que a los hombres, lo que agrava aún más el problema de la situación respectiva de unas y otros. A pesar de la protección jurídica e institucional, esta desigualdad persiste y se extiende. El rostro de la pobreza en el mundo es cada día más femenino.

### C2. La supresión de la pobreza

La reducción de la distancia entre los ingresos distribuidos es el elemento central de toda política orientada a suprimir la pobreza. Es necesario llegar a una mayor igualdad de acceso a la riqueza y a los servicios.

La situación actual en la que predomina un reparto fundamentalmente desigual, no es el resultado inevitable del proceso económico: es más bien la consecuencia de la historia de las decisiones que han privilegiado las políticas públicas y sólo puede ser modificada por decisiones nuevas.

Un reparto esencialmente injusto de la renta y del acceso a los servicios engendra un sentimiento de injusticia y de inquietud muy diferente de la envidia, pero contiene, sin embargo, gérmenes de insatisfacción. Un reparto equitativo de la renta y de los recursos es, pues, indispensable para obtener la cooperación y la solidaridad y garantizar la cohesión social.

Es interesante subrayar que la privación de los derechos económicos y sociales no suscita la misma indignación ni las mismas protestas que la violación de los derechos civiles y políticos. Si la comunidad internacional se muestra incapaz de lanzar una acción eficaz para erradicar la pobreza, la reiterada afirmación de sus preocupaciones a propósito de la explosión demográfica no es más que pura retórica.

#### D) Falta de valores

Es muy triste ver en la calle a niños de entre 8 y 12 años que no conocen lo que es tener valores, que nadie se ha preocupado por enseñárselos, por lo más mínimo decírselos o nombrarles que son y que beneficio tan grande pueden traer a su vida.

No podemos cerrar los ojos y decir simplemente “son tonterías”, hay que estar conscientes de que los valores están en nuestra vida desde hace millones de años, desde que existían los nómadas hasta que llegó la tecnología con todo y sus cambios, el hombre siempre ha tenido cosas valiosas, y cosas a las cuales les damos importancia que otras, estoy tratando de decir que los valores a lo largo del tiempo se han ido transformando dependiendo de las necesidades del ser humano, algunos han desaparecido, otros muchos modificados y otros tantos son completamente nuevos.

Hay valores los cuales nos han acompañado a lo largo de nuestra existencia, son los que se enfocan a las costumbres, culturas, religión, los buenos modales y otros más que son los que van surgiendo con la modernidad y que por lo general son los que estamos aplicando a nuestra vida actualmente.

El trabajo honrado ha sido substituido por la vida fácil, aquella palabra de honor que se respetaba y era lo máximo en un deuda, a sido cambiada por papelitos que llamamos pagare y la amistad ni se diga, la hemos disfrazado de complicidad.

La importancia de los valores en las personas, es muy grande ya que estos nos hacen que logremos vivir como seres humanos, ¿Cómo es esto?, bueno supongamos si cada persona solo se interesara en su propia vida, sus cosas materiales, su espacio, su libertad y nos olvidamos que a nuestro lado hay alguien más que utiliza el mismo pensamiento, lo único que pasaría es que no habría ningún pretexto para quejarnos por el mundo en que vivimos, ya que nosotros lo hemos propiciado.

Los valores sociales son importantes por que son el reflejo primero de los valores individuales, después los valores familiares, después los valores regionales, pero al fin todo comienza por una persona y su ideología.

### Erich Fromm habla de los valores

Fromm hablo sobre el valor del amor y decía que este para la mayoría de la gente es un problema que radica no el amar sino a la persona que se ama, es por esto que se vuelve un problema, por que pasamos el tiempo en lograr que nos amen, o pensando también en encontrar la dignidad.

Fromm clasifico el amor en distintas clases que son:

- El amor entre padres e hijo.
- El amor fraternal
- El amor materno
- El amor erótico
- El amor así mismo
- El amor a Dios



### 2.1.3 Drogadicción

Es una enfermedad que tiene su origen en el cerebro, se caracteriza por su cronicidad o larga duración, su progresión y las recaídas. El adicto seguirá siendo un adicto mientras viva, es decir, se rehabilita para poder vivir sin consumir la droga y, de allí en adelante, éste será un adicto en remisión, no estará usando la droga, pero para mantenerse en ese estado de abstinencia o remisión no podrá bajar la guardia.

#### 2.1.3.1 Droga

Sustancia cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona.

#### 2.1.3.2 Tipos de drogas según sus efectos

##### A) Narcóticos

La palabra narcótico es un vocablo griego que significa "cosa capaz de adormecer y sedar". actúan sobre el psiquismo del individuo, el campo de los narcóticos se pueden dividir en la actualidad en varios grupos, que son los siguientes:

- Opio, opiáceos y sucedáneos sintéticos.
- Neurolépticos o tranquilizantes mayores.
- Ansiolíticos o tranquilizantes menores.
- Somníferos o barbitúricos.
- Grandes narcóticos o anestésicos generales.

##### B) Neurolépticos o tranquilizantes mayores

Sustancia utilizada para tratar la depresión, manía y psicosis, y muchas de ellas se venden sin prescripción médica en la mayoría de farmacias.

### C) Ansiolíticos o tranquilizantes

Habitualmente usados para tratar las neurosis, la etimología de su nombre, ansiolíticos, significa "liquidador de la ansiedad". A pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave.

### D) Somníferos o barbitúricos

Estas sustancias se popularizaron cuando en Estados Unidos aparecieron las primeras leyes que prohibían el alcohol, el opio y la morfina, puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio.

### E) Opio y sus derivados

Con el nombre popular de adormidera o amapola se conoce el fruto del cual se obtiene el opio y sus derivados. Es un polvo de color tostado. Se extrae de los granos que contiene el fruto y entre sus usos medicinales se encuentran la supresión del dolor, el control de los espasmos y el uso como antitusígeno.

### F) Alucinógena

Fármaco que provoca alteración psíquica que afecta la percepción. La palabra "alucinógeno" hace referencia a una distorsión en la percepción de visiones, audiciones y una generación de sensaciones irreales.

#### F.1 LSD (ácido lisérgico)

Sustancia semisintética, derivado del *ergot*, extracto éste del cornezuelo del centeno, usado en medicina al final de la Edad Media. Se comprobó que podía desencadenar esquizofrenia y deterioros mentales variados.

## F.2 Éxtasis

Es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con propiedades similares a las anfetaminas.

## F.3 Metanfetamina

La persona que usa "Ice" piensa que la droga le proporciona energía instantánea. La realidad es que la droga acelera el sistema nervioso, haciendo que el cuerpo utilice la energía acumulada. Al no descansar lo suficiente y dejar de alimentarse-por la pérdida del apetito-el "Ice" causa daño permanente a la salud.

## G) Estimulantes

Tradicionalmente usados para combatir la fatiga, el hambre y el desánimo, los estimulantes provocan una mayor resistencia física transitoria gracias a la activación directa del sistema nervioso central.

### G.1 Estimulantes vegetales

El café, el té, el mate, la cola, el cacao, el betel y la coca son plantas que crecen en muchas partes del mundo. A pesar de que algunas de estas plantas suelen consumirse repetidas veces al día durante buena parte de la vida, son sustancias tóxicas que poseen efectos secundarios.

### H) La cocaína

En los casos de intoxicación aguda, sus efectos, que consisten en la hiperestimulación, el aumento de la presión sanguínea y la aceleración del ritmo cardíaco, seguidos de una subestimulación, con parálisis muscular y dificultades respiratorias, puede terminar en un colapso cardiocirculatorio.

## D) Crack

También denominado "cocaína del pobre", acarrea un grave riesgo social y sanitario, por la dependencia que provoca y los efectos nocivos que ocasiona en el organismo.

### 2.1.3.3 Consecuencias de las drogas

#### A) Sociales

Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación.

#### B) Legales

Abusar de las drogas es contra la ley. Los ofensores (tanto los que experimentan como los que se dedican al consumo de drogas) corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados.

#### C) Económicas

Dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas y el narcotráfico, tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas; se crean bandas organizadas; se produce desestabilización económica nacional, etc.

### 2.1.3.4 Prevención del abuso de drogas

Significa tomar una actitud positiva para oponerse al abuso de drogas, de modo que nunca se convertirá en un problema. Para eso se requiere:

- Entender el por qué del abuso de las drogas.
- Animar el desarrollo de las cualidades individuales que llevan a la satisfacción personal.
- Identificar las condiciones bajo las cuales haya más probabilidad de que comience el abuso de drogas.
- Apoyar el esfuerzo continuo de comunicación entre padres, niños del mismo grupo, la comunidad y las escuelas.

- Crear alternativas que ayuden a satisfacer las necesidades de las personas.
- Comprometerse a ayudar permanentemente porque no basta asistir a una conferencia de vez en cuando.

Para ayudar a prevenir el abuso de las drogas hay que animar el desarrollo de las cualidades positivas, esto es:

- El amor propio, los que se estiman a si mismos y creen en sus propias habilidades tienen menos riesgo de abusar de las drogas.
- El asistir a la escuela con confianza, el frecuentar cursos pueden ser una experiencia placentera para los que se desempeñan bien. Hay que animar a los estudiantes a que desarrollen hábitos de estudio que lleven al éxito en las aulas y a tener confianza en ellos mismos.
- Responsabilidad, los que acostumbran a tomar decisiones desarrollan un mayor sentido de responsabilidad y aprender a tomar decisiones prudentes acerca de muchas cosas, incluyendo el abusar de las drogas.
- Ambición, los que quieren alcanzar el éxito con frecuencia rechazan las drogas porque se dan cuenta que ellas pueden interponerse a sus metas.
- El bastarse a uno mismo, cuando las personas aprenden a entretenerse ellas solas y a satisfacer su propia curiosidad, quedan mejor preparadas para actuar independientemente.
- Simpatía, la sociabilidad puede ayudar a las personas a hacer amistades y a mantenerlas. Los que experimentan la aprobación social corren menos riesgo de abusar de las drogas para ganarse la aprobación de sus iguales.
- Optimismo, las personas alegres, que se interesan en la vida y que esperan las cosas buenas que la vida trae, pueden corren menos riesgo de abusar de las drogas.
- Asiduidad, el establecer metas razonables y el esforzarse por alcanzarlas puede dar satisfacción personal y evitar el aburrimiento.



## 2.2 Psicopatología

Es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales, puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, psicodinámico, socio-biológico y el conductual, entre otros.

La palabra psicopatología se divide en dos por ejemplo; en psique (mente) y patos (enfermedad), la psicopatología estudia todo tipo de enfermedades mentales.

### 2.2.1 Historia de la psicopatología

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 domino 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 Iglesia tuvo que hacer frente al dilema de determinar si la persona que mostraba una conducta desviada era un santo o un enviado del diablo. A fines del s. 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.

## 2.2.2 Principales trastornos psicopatológicos

A continuación se describen los principales trastornos psicológicos causas y efectos en el paciente.

### 2.2.2.1 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.

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. 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.

A continuación encontraremos los diferentes tipos del trastorno del estado de ánimo, como la depresión, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, episodios depresivos, episodios de normalidad o eutimia, episodios maniacos e hipomaniacos, diagnóstico, causa, efecto y tratamiento.

## 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 éste 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 "*pildora de la*

*felicitad*" 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, etc.) 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 que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión.

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

## B.) Trastorno Bipolar

Se llama trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar a un trastorno depresivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio.

El periodo de exaltación se llama "episodio maníaco", de una palabra griega, "manía", que significa literalmente "locura".

El nombre de afectivo se refiere a las enfermedades de los afectos, nombre genérico que se da a los trastornos depresivos, en general, y al trastorno bipolar. Indistintamente se nombran como trastorno bipolar, o como trastorno afectivo bipolar.

Por lo tanto, un trastorno bipolar es una enfermedad en la que se alternan tres tipos de situaciones:

i.) Episodios depresivos, con características parecidas a un episodio depresivo mayor. Las fases depresivas se manifiestan con:

- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.

- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

ii.) Episodios de normalidad o eutimia (de unas palabras griegas que significan: humor normal, o ánimo normal).

iii.) Episodios maníacos, con los síntomas que se exponen a continuación. Un episodio maníaco cursa con algunos de los siguientes síntomas (más de tres):

- Autoestima exagerada, o sensaciones de grandeza.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ganas de hablar, mucho más de lo que es necesario.
- Sensación de pensamiento acelerado.
- Gran distractibilidad, pasando de una a otra cosa con facilidad.
- Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad...)
- Conductas alocadas, implicándose la persona en actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo (compras excesivas, indiscreciones sexuales, inversiones económicas...)



- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Ideas de grandeza.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.
- La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.
- Olvido de las consideraciones éticas.

Un episodio maníaco causa una gran incapacidad en las actividades habituales de la persona que lo padece. Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios. Puede tener consecuencias desagradables:

- Empobrecimiento del juicio.
- Hiperactividad improductiva.
- Hospitalización involuntaria.
- Problemas legales y/o económicos.
- Conductas antiéticas (por ejemplo: disponer de dinero no propio, o apropiarse de hallazgos de otras personas).
- Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, etc.)
- Actividades que demuestran actitudes desorganizadas o raras (repartir dinero, dar consejos a desconocidos con quienes se cruzan, etc.)

#### iv.) Episodio “hipomaniaco”

Se llama episodio “hipomaniaco” (literalmente, “menos que maníaco”) si lo que hay es un episodio como el anterior, pero sin llegar a provocar un deterioro laboral o social.

## B.1) Tratamiento

- **Antidepresivos**

Los medicamentos de este tipo son, hoy en día, bien tolerados. Los modernos antidepresivos son medicamentos útiles, “limpios” (es decir, sin efectos indeseables graves) y muy eficaces. No todos los pacientes son iguales ni responden a los mismos productos en las mismas dosis. A veces es un trabajo complicado llegar a encontrar el medicamento adecuado y a las dosis pertinentes. Hay que tener paciencia y seguir unos pasos sistemáticos.

No se ha demostrado que los antidepresivos sean más efectivos que los eutimizantes en la depresión bipolar aguda y se ha demostrado que son menos efectivos que los eutimizantes en la prevención de recaídas depresivas en el trastorno bipolar.

- **Eutimizantes:** Este nombre viene de unas palabras griegas que significan “ánimo perfecto”. Son los medicamentos que previenen la aparición, especialmente de las fases maníacas.

Los eutimizantes, especialmente el litio y la lamotrigina, han demostrado su eficacia en el tratamiento agudo y profiláctico de los episodios depresivos bipolares.

- **Psicoterapia:** Las intervenciones psicológicas más eficaces para tratar a quienes sufren trastornos anímicos son las que están arraigadas en los modelos conductual y cognitivo. Las intervenciones sociocultural e interpersonal se concentran en el tratamiento de los síntomas anímicos en el contexto de un sistema interpersonal, como sería una relación íntima.
- En el caso de tendencias suicidas la mayor parte de los métodos de intervención incorporan el apoyo y una participación terapéutica directa.

### 2.2.2.2 Trastornos de ansiedad

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

Las personas con trastornos de ansiedad están incapacitadas por sentimientos de ansiedad crónicos e intensos: sentimientos tan fuertes que son incapaces de funcionar en forma cotidiana.

Su ansiedad es desagradable y les impide disfrutar muchas situaciones ordinarias, pero, además tratan de evitar situaciones que las hacen sentir ansiosas.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad. Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica, parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.

### 2.2.2.2.1 Tipos de trastornos de ansiedad

#### A.) Trastorno de pánico

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

El trastorno de pánico ataca cuando menos al 1.6 por ciento de la población y es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en los adultos jóvenes. No todos los que sufren ataques de pánico terminan teniendo trastornos de pánico; por ejemplo, muchas personas sufren un ataque y nunca vuelven a tener otro. Sin embargo, para quienes padecen de trastornos de pánico es importante obtener tratamiento adecuado. Un trastorno así, si no se atiende, puede resultar en invalidez.

Entre un ataque y otro existe este pavor y ansiedad de que van a regresar. El tratar de escapar a estas sensaciones de pánico puede ser agotador.

Síntomas de un ataque de pánico son los siguientes:

- Palpitaciones
- Dolores en el pecho
- Mareos o vértigos
- Náusea o problemas estomacales
- Sofocos o escalofríos
- Falta de aire o una sensación de asfixia
- Hormigueo o entumecimiento
- Estremecimiento o temblores
- Sensación de irrealidad
- Terror
- Temor a morir
- Transpiración

El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido.

Se han hecho estudios que demuestran que un tratamiento adecuado, un tipo de psicoterapia llamada terapia de comportamiento cognoscitivo, medicamentos o posiblemente una combinación de ambos, ayuda del 70% al 90% de las personas con trastornos de pánico. Se puede apreciar una significativa mejoría entre 6 a 8 semanas después de iniciarse el tratamiento.

## B.) Fobias

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

### B.1) Fobias específicas

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

Las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Nadie sabe exactamente qué las ocasiona aunque parece que son hereditarias y que son más comunes en las mujeres.

Generalmente las fobias aparecen primero en la adolescencia o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos el 20 por ciento desaparecen solas. Cuando los niños tienen fobias específicas, por ejemplo, miedo a los animales, esos miedos por lo general desaparecen con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta. Nadie sabe por qué persisten en algunas personas y desaparecen en otras.

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

## **B.2) Fobia social**

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

### **B.2.1) Características**

- Experimentar un miedo marcado o persistente de situaciones sociales o de desempeño en las que se encuentran personas desconocidas o el escrutinio de otros. Temen parecer ansiosos o actuar en formas embarazosas o humillantes.

- Cuando se encuentran en la situación temida, experimentan ansiedad, quizá en la forma de una crisis de angustia.
- Reconocen que el miedo es excesivo o irrazonable.
- La condición causa angustia o disrupción en las rutinas normales y funcionamiento, actividades o relaciones.

### C.) Trastornos obsesivos compulsivos

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que usted siente que no puede controlar. Si usted padece de TOC, como se le conoce, puede estar plagado de pensamientos o imágenes persistentes indeseables o por la necesidad urgente de celebrar ciertos ritos.

Una persona puede estar obsesionada con los gérmenes o la mugre y en ese caso se lava las manos una y otra vez. Puede estar lleno de dudas y sentir la necesidad de reconfirmar las cosas repetidamente. Puede estar preocupado por pensamientos de violencia y teme hacer daño a las personas que están cerca de usted. Puede pasar largos períodos de tiempo tocando las cosas o contando; puede estar preocupado por el orden y la simetría; puede tener pensamientos persistentes de llevar a cabo actos sexuales que le son repugnantes; o puede afligirle tener pensamientos que van contra su religión.

Si una persona sufre de fobia social tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que usted no lo es. Pequeños errores que usted cometa pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son.

Muchas personas saludables pueden aceptar tener algunos de estos síntomas de TOC, tales como revisar la estufa varias veces antes de salir de la casa. Pero se diagnostica el trastorno

únicamente cuando dichas actividades consumen cuando menos una hora al día, son muy angustiosas o interfieren con la vida diaria.

Muchos adultos con este problema de salud reconocen que lo que están haciendo no tiene sentido pero no pueden evitarlo. Sin embargo, muchas personas, especialmente niños con TOC, pueden no comprender que su comportamiento está fuera de lo normal.

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

Las personas con este trastorno padecen de obsesiones o compulsiones que reconocen en algún punto como excesivas o irrazonables. Estas obsesiones o compulsiones causan una angustia marcada, consumen más de una hora al día o interfieren de manera significativa con la rutina normal, funcionamiento, actividades o relaciones sociales.

#### D.) Trastorno postraumático por tensión

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



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

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

### 2.2.2.3 Trastornos sexuales

Es cualquier impedimento, ya sea de orden físico, psicológico o social que impide o dificulta la realización y disfrute de la actividad sexual en cualquiera de las fases que componen la respuesta sexual humana.

En el campo de la medicina se han conocido estos trastornos como "perversiones", ya que se dan como consecuencia de trastornos obsesivos que suelen comenzar en la infancia y que más tarde dificultan (en la edad adulta) el vivir la sexualidad de forma espontánea y natural.

### 2.2.2.3.1 Clasificación

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) hay distintas clasificaciones de los trastornos sexuales atendiendo a distintos factores. Nosotros utilizaremos la clasificación DSM-IV (la última revisión) que clasifica los trastornos sexuales en cuatro grupos:

- Disfunciones sexuales
- Trastornos de la identidad sexual o transexualidad.
- Parafilias o desviaciones sexuales
- Otros trastornos sexuales no especificados.

#### A) Disfunciones sexuales

Se consideran disfunciones sexuales a la existencia de inhibición de los deseos sexuales o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo completo de la respuesta sexual.

El ciclo completo de la respuesta sexual se divide en cuatro fases:

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

## A.1) Posibles causas de disfunción sexual

Las causas pueden clasificarse en físicas y psicológicas. Los factores físicos pueden deberse a enfermedades, cirugía o, incluso, el empleo de fármacos y drogas. No siempre es fácil discernir exactamente las causas de una disfunción sexual, aunque en la gran mayoría de los casos es posible determinar si se trata de un problema físico o psicológico.

Se puede hablar de tres tipos de factores que contribuyen a que surjan los trastornos sexuales de causa psicológica. En primer lugar, los factores predisponentes pueden incluir las experiencias tempranas en la vida. Éstas pueden provocar que una persona se sienta más vulnerable y desarrolle una disfunción sexual posteriormente. En segundo lugar, están los factores precipitantes, los cuales se refieren a los sucesos o experiencias asociadas a la aparición inicial de un trastorno sexual. Finalmente, se encuentran los factores de mantenimiento, que son los que pueden explicar porque persiste la disfunción.

Entre los factores predisponentes se pueden encontrar los siguientes: una educación represora; malas relaciones familiares; una información sexual inadecuada; que las primeras experiencias sexuales sean traumáticas; la inseguridad temprana en el desempeño sexual...

En cuanto a los factores precipitantes es posible mencionar: la alteración general en la relación de pareja, el nacimiento de un hijo, la infidelidad, una serie de expectativas no razonables con respecto a la pareja y el sexo, una disfunción sexual en el otro miembro de la pareja, algún fracaso fortuito previo, una reacción a factores orgánicos, la edad, episodios de ansiedad o de depresión, alguna experiencia sexual traumática.

Los factores de mantenimiento pueden ser los siguientes: ansiedad por el rendimiento sexual, anticipación del fracaso, culpabilidad, pérdida temporal o prolongada de la

atracción en la pareja, una pobre comunicación entre los miembros de la pareja, conflictos y desavenencias en la relación en general, ciertos miedos y temores a la intimidad, una autoimagen distorsionada, información sexual inadecuada o desfasada, la creencia y el sostenimiento de algunos mitos sexuales, limitaciones en los juegos eróticos, algún trastorno psiquiátrico.

## B.1) Trastornos de identidad sexual

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

## B.1) Homosexualidad

Es una orientación sexual y se define como la interacción o atracción sexual, emocional, sentimental y afectiva hacia individuos del mismo sexo. Etimológicamente, la palabra homosexual es un híbrido del griego *homós* (que en realidad significa igual y no, como alguno creería, derivado del sustantivo latino *homo*, que quiere decir hombre) y del adjetivo latino *sexualis*, lo que sugiere una relación sexual y sentimental entre personas del mismo sexo, incluido el lesbianismo

A pesar de que el término *gay* (que en inglés clásico significa alegre) suele emplearse para referirse a los hombres homosexuales y el término *lesbiana* para referirse a las mujeres homosexuales, *gay* es un adjetivo o sustantivo que identifica a las personas homosexuales sin importar su género. Desde 1973 la comunidad científica internacional considera que la homosexualidad no es una enfermedad. Sin embargo, la situación legal y social de la gente que se autodenomina homosexual varía mucho de un país a otro y frecuentemente es objeto de polémicas.

El término homosexual fue empleado por primera vez en 1869 por Karl-Maria Kertbeny, y el libro *Psychopathia Sexualis* de Richard Freiherr von Krafft-Ebing popularizó el concepto en 1886. Desde entonces, la homosexualidad se ha convertido en objeto de intenso estudio y debate: inicialmente se catalogó como una enfermedad, trastorno o patología que había que curar, pero actualmente se entiende como parte integral necesaria para comprender la biología, psicología, política, genética, historia y variaciones culturales de las identidades y prácticas sexuales de los seres humanos.

### C. Parafilias o desviaciones sexuales

Perversiones se definen como un patrón de conductas sexuales en la que la fuente predominante de placer sexual no es a través de la cópula heterosexual. Esta es una definición que se aceptó hasta hace algunos años, pero como la homosexualidad se le definió como una preferencia sexual en lugar de una parafilia, dejó de estar vigente.

Actualmente las parafilias se entienden como las conductas sexuales, eróticas que no son comprendidas por la mayoría de las personas, desde el punto de vista de la Psiquiatría y del Psicoanálisis las parafilias son consideradas "perversiones".

Las parafilias son un deseo incontrolable, impulsivo y compulsivo de realizar el acto o de fantasearlo. De hecho los individuos que la practican pueden parecer exteriormente tan normales como cualquier otra persona.

Hay que tener muy en cuenta que las imágenes o fantasías parafilicas pueden ser estímulo de excitación sexual para una persona sin ello llegar a ser una parafilia. Por ejemplo, la ropa interior femenina suele ser excitante para muchos hombres. Será parafilia sólo cuando el individuo actúe sobre ellas o cuando le afecten en exceso.

## C.1 Tipos de parafilias o desviaciones sexuales

- **Masoquismo:** La excitación depende del hecho de ser objeto de maltratos físicos, abusos o humillaciones por parte de la pareja. Es la parafilia que se complementa con la del sadismo en donde la persona tiene gran placer sexual al ser agredida físicamente, además de ser sometida por su agresor. Para Freud los masoquistas tienen fantasías destructivas que vuelven contra sí mismos.
- **Necrofilia:** Placer sexual al copular con un cadáver. Esta parafilia se define como la obtención del placer sexual con cadáveres, generalmente por medio de la cópula con o sin mutilación subsiguiente.
- **Pederastia:** Sostener sexo anal entre un hombre viejo y uno joven.
- **Pedofilia:** Excitarse al tener una relación sexual con infantes.
- **Transexualidad:** La transexualidad es un deseo obsesionante y consciente de cambiarse sexo. Un transexual es un individuo que piensa, siente y actúa como una hembra, pero que biológicamente es masculino.
- **Coprofilia:** Comer el excremento de la pareja conduce al orgasmo al tipo de personas que presentan esta parafilia.
- **Escatofilia telefónica:** Sólo se puede establecer por medio de llamadas telefónicas, las cuales pueden ser a personas conocidas o no, en este caso no se trata de llamadas eróticas, más bien son del tipo amenazante o insultante.
- **Exhibicionismo:** Si el individuo logra causar sorpresa, pánico o miedo, al mostrar alguna zona erótica en un sitio público y de manera ilegal, entonces puede llegar al orgasmo. Exhibicionistas (violadores a distancia).
- **Fetichismo:** La dependencia a cualquier objeto de la pareja, desde un cabello o ropa hasta, en el peor de los casos miembros, producen la excitación sexual y llegan a conducir al orgasmo.

- **Froteurismo:** Consiste en excitarse al frotar los genitales con el cuerpo de un desconocido en una multitud. (frotamiento): A esta parafilia se le describe como el gusto y excitación caracterizado por frotar el pene contra las nalgas o bien el cuerpo de una mujer.
- **Gerontofilia:** El motivo de la excitación surge cuando la relación se da con una persona de la tercera edad o con personas de la misma edad de los padres.
- **Travestofilia:** Utilizar prendas del sexo contrario, especialmente intimas, constituyen deseo.
- **Troilismo:** La excitación sexual se da al observar a la pareja teniendo relaciones sexuales con otra persona.
- **Urofilia:** Orinar o beber la orina de otro dan lugar a la excitación.
- **Voyeurismo o escoptofilia:** Consiste en observar a alguien desnudándose o teniendo relaciones de manera ilícita. Esta parafilia de gusto recurrente y que ocasiona preocupación, consiste en obtener placer sexual observando los órganos sexuales y las actividades sexuales de otros, por lo general de mujeres. Los voyeuristas se masturban mientras observa el evento.
- **Zoofilia:** Sostener relaciones con animales es motivo de excitación sexual.

#### 2.2.2.4 Trastornos de la conducta alimentaria

Es una enfermedad provocada por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida.

Para la persona que padece algún trastorno alimenticio la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y

evolutivos) y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria sintiéndose super dependiente de esa idea.

La comida se convierte en la razón por la cual se acude o no a una fiesta o reunión, se evitan las visitas a los amigos en las horas de comida, se deja de salir a comer a restaurantes que sirvan comidas que “engordan” ingiriendo tan sólo una fruta o yogur en todo el día, de manera que la comida controla la vida de las personas que sufren este trastorno.

#### 2.2.2.4.1 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

##### A.) Anorexia nerviosa

Trastorno mental que consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

La anorexia nerviosa es un desorden alimenticio que amenaza contra la vida y es caracterizada por la privación de comer y por la pérdida excesiva de peso. El desorden es diagnosticado cuando una persona pesa por lo menos el 15 por ciento menos del peso normal de su cuerpo. La pérdida de peso extrema en las personas con anorexia nerviosa puede conducir a problemas peligrosos de salud e inclusive a la muerte.

El término anorexia significa literalmente "pérdida del apetito;" sin embargo, esta definición es engañosa ya que las personas con anorexia nerviosa con frecuencia tienen hambre pero, de todos modos, rechazan la comida. Las personas con anorexia nerviosa tienen intensos temores a engordar y se ven así mismos gordos inclusive cuando están muy delgados. Estos individuos pueden tratar de corregir esta percibida "imperfección" limitando el ingerimiento de la comida de manera estricta y haciendo excesivo ejercicio con la finalidad de perder peso.



## A.1) Causas de anorexia nerviosa

La causa exacta de la anorexia nerviosa no es conocida pero las investigaciones sugieren que una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamientos, así como factores biológicos y ambientales podrían ser los responsables.

Las personas con anorexia nerviosa, con frecuencia, usan la comida como una manera de ganar un sentido de control cuando otras áreas de sus vidas están bajo mucho estrés o cuando se sienten abrumados. Los sentimientos de incompetencia, baja autoestima, ansiedad, rabia o soledad también podrían contribuir al desarrollo de este desorden. Adicionalmente, las personas con desórdenes alimenticios podrían tener relaciones problemáticas o tener una historia de haber sufrido burlas respecto a su tamaño o peso. La presión de los amigos y una sociedad que identifica la esbeltez y la apariencia física con la belleza también puede tener un impacto en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

Los desórdenes alimenticios también podrían tener causas físicas. Los cambios en las *hormonas que controlan la manera como el cuerpo y la mente mantienen el humor*, el apetito, los pensamientos y la memoria, podrían fomentar los desórdenes alimenticios.

## A.2) Cómo se diagnostica la anorexia nerviosa

Si se presentan síntomas, el doctor empezará una evaluación realizando una historia médica completa y un examen físico. Aunque no existen pruebas de laboratorio para diagnosticar específicamente la anorexia nerviosa, el doctor podría usar varias pruebas de diagnóstico, tales como, los rayos X y las pruebas de sangre para descartar la enfermedad física como la causa de la pérdida de peso así como para evaluar los efectos de la pérdida de peso en los órganos del cuerpo.

Si no se encuentra ninguna enfermedad física, la persona podría ser referida a un psiquiatra o psicólogo que son profesionales del cuidado de la salud quienes están especialmente entrenados para diagnosticar y tratar las enfermedades mentales.

Los psiquiatras y los psicólogos pueden usar herramientas de evaluación y una entrevista especialmente diseñada para evaluar a una persona que tiene un desorden alimenticio.

### A.3) Síntomas de la anorexia nerviosa

- Rápida pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses
- Continuar haciendo dieta a pesar de estar delgado o con el peso muy bajo
- Tener un interés inusual en la comida, las calorías, la nutrición o en cocinar
- Temor intenso a subir de peso
- *Extraños hábitos o rutinas alimenticias, como por ejemplo, comer en secreto*
- Sentirse gordo incluso cuando se tiene bajo peso
- Inhabilidad de calcular realísticamente el peso de su propio cuerpo
- Esforzarse por lograr la perfección y ser muy autocrítico
- Excesiva influencia del peso y forma del cuerpo en el autoestima de la persona
- *Depresión, ansiedad o irritabilidad*
- En las mujeres, períodos menstruales infrecuentes o irregulares
- Usos de laxantes, diuréticos o píldoras para dieta
- Enfermedades frecuentes
- Usar ropa suelta para esconder la pérdida de peso
- Hacer ejercicios compulsivamente
- Sentir que uno no vale la pena o sentirse sin esperanzas
- Retiramiento social
- Los síntomas físicos que se desarrollan a lo largo del tiempo, incluyen: poca tolerancia al clima frío, cabello y uñas quebradizas, piel seca o amarillenta, anemia, estreñimiento, articulaciones hinchadas y un crecimiento de nuevo pelo fino sobre el cuerpo.

### A.4) Tratamiento de la anorexia nerviosa

El tratamiento de la anorexia nerviosa es un desafío porque la mayoría de las personas que tienen este desorden niegan que tengan un problema.

Así como todos los desórdenes alimenticios, la anorexia nerviosa requiere un plan de tratamiento integral que es adaptado para cubrir las necesidades de cada paciente. Las metas del tratamiento incluyen devolverle a la persona un peso saludable, tratar problemas emocionales tales como la baja autoestima, corregir patrones de pensamiento distorsionados y desarrollar cambios de conducta a largo plazo. El tratamiento con mayor frecuencia involucra una combinación de las siguientes estrategias:

- **Psicoterapia:** Este es un tipo de consejería individual que se enfoca en cambiar el pensamiento (terapia cognitiva) y la conducta (terapia conductual) de una persona con un problema alimenticio. El tratamiento incluye técnicas prácticas para desarrollar actitudes saludables hacia la comida y el peso, así como un aproximamiento para cambiar la manera como una persona responde a situaciones difíciles.
- **Medicación:** Ciertas medicinas antidepresivas llamadas inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (SSRIS) podrían ser usadas para ayudar a controlar la ansiedad y la depresión asociadas con un desorden alimenticio.
- **Orientación de Nutrición** — Esta estrategia es diseñada para enseñar un enfoque saludable a la comida y al peso, para ayudar a restablecer patrones normales de alimentación y para enseñar la importancia de la nutrición y una dieta balanceada.
- **Terapia de grupo y/o de familia:** El apoyo de la familia es muy importante para el éxito del tratamiento. Es importante que los miembros de la familia entiendan el desorden alimenticio y reconozcan sus señales y síntomas. Las personas con desórdenes alimenticios podrían beneficiarse con la terapia de grupo ya que pueden encontrar apoyo y podrán discutir abiertamente sus sentimientos y preocupaciones con otros que comparten experiencias y problemas comunes.

- **Hospitalización.** La hospitalización podría ser necesaria para tratar la pérdida de peso severa que ha dado como resultado la desnutrición y otras serias complicaciones de salud mental y física, tales como los desórdenes cardíacos, depresión seria y el riesgo de suicidio. En caso de desnutrición severa se podrían necesitar; fluidos intravenosos (en la vena), la alimentación a través de una sonda nasogástrica o una solución total nutricional parenteral (TPN). La TPN es usada por pacientes que no pueden o no deben obtener su nutrición comiendo.

## **B) Bulimia nerviosa**

La bulimia nerviosa, normalmente llamada bulimia, se define como episodios incontrolados de comer en exceso (atracones) seguidos normalmente de purgas (autoinducción del vómito), mal uso de laxantes, enemas, o medicamentos que producen un incremento en la producción de orina, ayuno o ejercicio excesivo para controlar el peso.

Los atracones, en esta situación, se definen como comer cantidades mucho más grandes de alimentos de las que se consumirían normalmente en un período corto de tiempo (normalmente menos de dos horas). Los atracones de comida se producen al menos dos veces a la semana durante tres meses y pueden producirse incluso hasta varias veces al día.

### **B.1) Causas de Bulimia**

No se conoce la causa de la bulimia. Se cree que los factores que contribuyen al desarrollo de la bulimia incluyen los ideales culturales y las actitudes sociales en cuanto a la apariencia del cuerpo, la autoevaluación basada en el peso y forma del cuerpo, y los problemas familiares. Del 30 al 50 por ciento de los adolescentes bulímicos también cumplen los criterios de la anorexia nerviosa al inicio de su enfermedad.

### **B.3) Tipos de Bulimia**

Existen dos subgrupos de comportamientos anoréxicos cuyo objetivo es reducir la ingestión calórica:

- **Tipo purgante** - regularmente se autoinduce el vómito o hace mal uso de laxantes, diuréticos o enemas, u otros purgantes (medicamentos que, a través de sus efectos químicos, sirven para aumentar la eliminación del contenido intestinal).
- **Tipo no purgante** - utiliza otros comportamientos inapropiados, como ayunar o realizar ejercicio excesivo, en vez de adoptar comportamientos purgantes para reducir la absorción calórica de cantidades excesivas de alimentos por parte del cuerpo.

#### B.4) Síntomas de la Bulimia

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de la bulimia. Sin embargo, cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Usualmente un peso corporal bajo o normal (la persona se ve gorda)
- Episodios recurrentes de atracones de comida (consumo rápido de cantidades excesivas de alimentos en un período de tiempo relativamente corto, a menudo en secreto), asociados con sentimientos de miedo de no ser capaz de dejar de comer durante los episodios de atracones
- Autoprovocarse el vómito (normalmente en secreto)
- Ejercicio excesivo o ayunar
- Costumbres o rituales alimentarios peculiares
- Uso inadecuado de laxantes, diuréticos u otros purgantes
- Menstruaciones irregulares o ausencia de menstruaciones
- Ansiedad
- Sentimientos de desaliento relacionados con la insatisfacción consigo mismos y con la apariencia de su cuerpo
- depresión
- Preocupación por los alimentos, el peso y la forma del cuerpo
- Cicatrices en la parte posterior de los dedos debido al proceso de autoprovocarse el vómito
- Comportamiento obsesivo hacia sus metas.

Los síntomas de la bulimia pueden parecerse a los de otras condiciones o problemas médicos. Siempre consulte al médico de su hijo adolescente para obtener un diagnóstico.

## B.5 Diagnóstico

Los padres, maestros, entrenadores o instructores pueden ser capaces de identificar al niño o adolescente que tiene bulimia, aunque muchas personas que tienen la enfermedad inicialmente la mantienen muy privada y escondida. Sin embargo, un psiquiatra infantil o un profesional de la salud mental capacitado normalmente diagnostica la bulimia en los niños y adolescentes.

También resulta beneficioso contar con los antecedentes detallados y las observaciones de conducta del adolescente suministrado por sus padres y maestros y, algunas veces, realizar un examen psicológico. Los padres que observen síntomas de bulimia en su niño o adolescente pueden ayudar buscando una evaluación y tratamiento temprano, decisión clave para prevenir la aparición e incidencia de problemas en el futuro.

La bulimia, y la desnutrición resultante, puede afectar de forma adversa a casi todos los sistemas de órganos del cuerpo, aumentando la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos. Consulte al médico de su hijo adolescente para obtener más información.

## B.6 Tratamiento

La bulimia en los adolescentes normalmente se trata con una combinación de terapia individual, terapia familiar, modificación del comportamiento y rehabilitación nutricional.

En los adultos, ha sido efectivo el uso de terapia cognitiva del comportamiento y de medicamentos antidepresivos. El tratamiento siempre debe basarse en una evaluación integral del adolescente y de la familia. Generalmente, la terapia individual incluye técnicas cognitivas conductuales.

Los medicamentos (normalmente antidepresivos o medicamentos contra la ansiedad) pueden ser útiles si el adolescente que tiene bulimia está también ansioso o deprimido.

La existencia frecuente de complicaciones médicas durante el transcurso del tratamiento de rehabilitación requiere que el médico y un nutricionista sean participantes activos del equipo de tratamiento.

Los padres desempeñan un papel vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

### 2.2.2.5 Trastornos adaptativos

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparece en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o de un acontecimiento vital estresante.

- Por definición un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del factor estresante. Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo.
- Factores de riesgo: el riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de un modo importante por una predisposición o vulnerabilidad. Sin embargo, hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada.

#### 2.2.2.5.1 Clasificación

- a) Reacción depresiva breve.- estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

- b) Reacción depresiva prolongada.- estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.
- c) Reacción mixta de ansiedad y depresión.- todos los síntomas de ansiedad como los depresivos son detectados, pero no mayores que en el grado específico para un trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno mixto por ansiedad.
- d) Con predominio de alteraciones de las emociones.- Los síntomas suelen incluir otros tipos de emociones, como ansiedad, depresión y preocupación.
- e) Con predominio de alteraciones disociales.- la alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo, una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.
- f) Con alteraciones mixtas de emociones y disociales. Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

#### 2.2.2.5.2 Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro de como se lleva a cabo la rutina diaria.

El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales ( por ejemplo comportamiento agresivo o antisocial) puede ser de una característica sobreañadida, en particular en adolescentes.



Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturnas, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el dedo suelen formar parte del cortejo sintomático.

El malestar o el deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución de rendimiento en el trabajo o en la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. Todos estos son criterios para el diagnóstico de trastorno adaptativo.

#### 2.2.2.6 Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones.

Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras personas y situaciones (rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo. Por ejemplo, algunas personas tienden a responder siempre a una situación problemática buscando la ayuda de otros. Otras siempre asumen que pueden manejar los problemas por sí mismas.

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

Las personas con trastornos de la personalidad generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos. Con frecuencia, los familiares o los asistentes sociales los envían a recibir ayuda psiquiátrica porque su comportamiento inadecuado causa dificultades a los demás.

En cambio, la gente con trastornos por ansiedad se causa problemas a sí misma pero no a otros. Cuando las personas con trastornos de la personalidad buscan ayuda por sí mismas (frecuentemente, a causa de frustraciones), tienden a creer que sus problemas están causados por otras personas o por una situación particularmente difícil.

Los trastornos de la personalidad incluyen los siguientes tipos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. El trastorno de identidad disociativo, anteriormente llamado trastorno de personalidad múltiple, es un trastorno completamente diferente.

#### 2.2.2.6.1 Tipos

##### A. Personalidad paranoide

Las personas con una personalidad paranoide proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones. Tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas y reaccionan con suspicacia a los cambios en las situaciones. A menudo, las suspicacias conducen a conductas agresivas o al rechazo por parte de los demás (resultados que parecen justificar sus sentimientos originales).

Los que tienen una personalidad paranoide frecuentemente intentan acciones legales contra otros, especialmente si se sienten indignados con razón. Son incapaces de ver su propio papel dentro de un conflicto. Aunque suelen trabajar en relativo aislamiento, pueden ser altamente eficientes y concienzudos.

A veces las personas que ya se sienten alienadas a causa de un defecto o una minusvalía (como la sordera) son más vulnerables a desarrollar ideas paranoides.

## B. Personalidad esquizoide

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

## C. Personalidad histriónica

Las personas con una personalidad histriónica (histérica) buscan de un modo notable llamar la atención y se comportan teatralmente. Sus maneras vivamente expresivas tienen como resultado el establecer relaciones con facilidad pero de un modo superficial. Las emociones a menudo aparecen exageradas, infantilizadas e ideadas para provocar la simpatía o la atención (con frecuencia erótica o sexual) de los otros. La persona con personalidad histriónica es proclive a los comportamientos sexualmente provocativos o a sensualizar las relaciones no sexuales. Pueden no querer en realidad una relación sexual; más bien, sus comportamientos seductores a menudo encubren su deseo de dependencia y de protección.

## D. Personalidad narcisista

Las personas con una personalidad narcisista tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los psiquiatras llaman "grandiosidad". La persona con este tipo de personalidad puede ser extremadamente sensible al fracaso, a la derrota o a la crítica y, cuando se le enfrenta a un fracaso para comprobar la alta opinión de sí mismos, pueden ponerse fácilmente rabiosos o gravemente deprimidos. Como creen que son superiores en las relaciones con los otros, esperan ser

admirados y, con frecuencia, sospechan que otros los envidian. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocentristas, arrogantes o mezquinos.

## E. Personalidad antisocial

Las personas con personalidad antisocial (en otro tiempo llamada psicopática o personalidad sociopática), la mayor parte de las cuales son hombres, muestran desprecio insensible por los derechos y los sentimientos de los demás. Explotan a otros para obtener beneficio material o gratificación personal (a diferencia de los narcisistas, que creen que son mejores que los otros). Característicamente, tales personas expresan sus conflictos impulsiva e irresponsablemente. Toleran mal la frustración y, en ocasiones, son hostiles o violentas. A pesar de los problemas o el daño que causan a otros por su comportamiento antisocial, típicamente no sienten remordimientos o culpabilidad. Al contrario, racionalizan cínicamente su comportamiento o culpan a otros. Sus relaciones están llenas de deshonestidades y de engaños. La frustración y el castigo raramente les ocasionan la modificación de sus conductas.

Las personas con personalidad antisocial son frecuentemente proclives al alcoholismo, a la toxicomanía, a las desviaciones sexuales, a la promiscuidad y a ser encarceladas. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un sitio a otro. Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. En su niñez, generalmente, fueron descuidados emocionalmente y con frecuencia sufrieron abusos físicos en sus años de formación. Tienen una esperanza de vida inferior a la media, pero entre los que sobreviven, esta situación tiende a disminuir o a estabilizarse con la edad.

## F. Personalidad límite

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

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

Estas personas son vistas a menudo por los médicos de atención primaria; tienden a visitar con frecuencia al médico por crisis repetidas o quejas difusas pero no cumplen con las recomendaciones del tratamiento. Este trastorno es también el más frecuentemente tratado por los psiquiatras, porque las personas que lo presentan buscan incesantemente a alguien que cuide de ellas.

## G. Personalidad pasivo-agresiva

Los comportamientos de una persona con una personalidad pasiva-agresiva (negativista) tienen como objetivo encubierto controlar o castigar a otros. El comportamiento pasivo-agresivo es con frecuencia expresado como demora, ineficiencia y malhumor. A menudo, los individuos con una personalidad pasiva-agresiva aceptan realizar tareas que en realidad no desean hacer y luego proceden a minar sutilmente la finalización de esas tareas. Ese comportamiento generalmente sirve para expresar una hostilidad oculta.

### 2.2.2.6.2 Diagnóstico

El médico basa el diagnóstico de un trastorno de la personalidad en la expresión por el sujeto de tipos de comportamiento o pensamientos desadaptados. Estos comportamientos tienden a manifestarse porque la persona se resiste tenazmente a cambiarlos a pesar de sus consecuencias desadaptadas.

Además, es probable que el médico perciba el uso inapropiado de la persona de mecanismo de enfrentamiento, a menudo llamados mecanismos de defensa. Aunque todo el mundo utiliza inconscientemente mecanismos de defensa, la persona con trastornos de la personalidad los usa de modo inapropiado o inmaduro.

### 2.2.2.6.3 Tratamiento

Aunque los tratamientos difieren de acuerdo con el tipo de trastorno de la personalidad, algunos principios generales se pueden aplicar a todos. La mayor parte de las personas con un trastorno de la personalidad no sienten la necesidad de tratamiento y, probablemente por esta razón, suelen acudir a las consultas acompañadas de otra persona. Generalmente el paciente puede responder al apoyo que se le presta, pero suele mantenerse firme en cuanto a los patrones de pensamiento y de comportamiento propios de su desadaptación.

Generalmente, el apoyo es más eficaz cuando intervienen en él otros pacientes o un psicoterapeuta.

El terapeuta destaca repetidamente las consecuencias indeseables de la forma de pensar y de comportarse de la persona, algunas veces fija límites a este comportamiento y también repetidamente enfrenta a la persona con la realidad. Resulta útil y a menudo esencial la implicación de la familia de la persona afectada, puesto que la presión del grupo puede ser eficaz. Las terapias de grupo y familiares, vivir en grupo en residencias especializadas y la participación en clubes sociales terapéuticos o en grupos de autoayuda pueden ser útiles.

Estas personas a veces tienen ansiedad y depresión, que esperan aliviar con fármacos. Sin embargo, la ansiedad y la depresión que resultan de un trastorno de la personalidad son raramente aliviadas con fármacos de modo satisfactorio y tales síntomas pueden indicar que la persona está realizando algún autoexamen saludable. Más aún, la terapia farmacológica se complica frecuentemente por el mal uso de los fármacos o por los intentos de suicidio. Si la persona padece otro trastorno psiquiátrico, como depresión mayor, fobia o trastorno por pánico, la toma de medicamentos puede resultar adecuada, aunque posiblemente producirán sólo un alivio limitado.

*Cambiar una personalidad requiere mucho tiempo. Ningún tratamiento a corto plazo puede curar con éxito un trastorno de la personalidad pero ciertos cambios pueden conseguirse más rápidamente que otros. La temeridad, el aislamiento social, la ausencia de autoafirmación o los exabruptos temperamentales pueden responder a la terapia de modificación de la conducta. Sin embargo, la psicoterapia a largo plazo (terapia hablada), con el objetivo de ayudar a la persona a comprender las causas de su ansiedad y a reconocer su comportamiento desadaptado, es la clave de la mayoría de los tratamientos. Algunos tipos de trastornos de personalidad, como el narcisista o el obsesivo-compulsivo, pueden tratarse mejor con el psicoanálisis. Otros, como los tipos antisocial o paranoide, raramente responden a una terapia.*

## 2.3 Métodos de psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas. Los principales objetivos son:

- Lograr un acercamiento al examinado.
- Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste.
- Describir al examinado, en algún aspecto específico (ej: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, etcétera) o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial (ej: definición de adecuación a un cargo en caso de selección de personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos, etcétera).

El Psicodiagnóstico en el ámbito clínico es un campo de aplicación particular del psicodiagnóstico, que posee una finalidad específica; utilizar las distintas técnicas que conforman una batería de tests para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección de la cura en el caso que sea indicado que el evaluado requiera tratamiento psicológico. Las técnicas de base que conforman una batería psicodiagnóstica confiable deben integrar distintos tipos de estímulos y tareas. Así debemos incluir técnicas proyectivas gráficas tales como el H.T.P. (Test de la Casa, Test del Árbol y el Test de la Persona Humana) el test de Bender, el test de Wartegg. Luego consideramos los Test Proyectivos Verbales: tales como el Cuestionario Desiderativo y el test de Phillipson. Mas allá que existen muchas otras técnicas confiables para ser administradas lo importante es que una batería clínica debe incluir siempre las técnicas citadas, puesto que estas están desde hace muchas décadas lo suficientemente validadas y han dado prueba de su efectividad en la evaluación psicológica.

Es importante que el profesional que aplique las técnicas tenga siempre en mente una articulación entre el motivo de consulta y las técnicas que según su criterio le permitirán explorar, construir hipótesis y finalmente realizar una síntesis diagnóstica del estado psicológico del sujeto y de cuales podrían llegar a ser las posibles causas o conflictos subyacentes al mismo.



### 2.3.1 Etapas del psicodiagnóstico

#### a) Contacto inicial:

Puede ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta (llamado telefónico u hojas de derivación o de interconsulta). Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder el psicodiagnóstico.

El contacto inicial tiene las siguientes características:

- Es semiestructurado.
- Da pautas para elegir el encuadre.
- Se expresa el motivo de consulta manifiesto, y el profesional empieza a formular sus hipótesis sobre el motivo latente.
- Pueden ser más de una entrevista inicial.
- Los niños pueden ser entrevistados desde los siete años.
- Es distinta para niños y para adultos.

#### b) Entrevista inicial

Permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el rapport (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se van a aplicar al examinado y en qué orden. Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones para distintas áreas a evaluar. La confección de la batería de tests a aplicar a un sujeto determinado debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a estar estrechamente ligado a su motivo de consulta. También influye en esto la edad del examinado y el tiempo del que se dispone para realizar el proceso de psicodiagnóstico.

En la entrevista se da la integración de la ciencia y las necesidades prácticas: investigación y terapéutica en el psicólogo. Por eso se llama entrevista psicológica. No

hay entrevista fructífera si no se incluye la investigación, porque la entrevista es el campo para hacerlo.

### c) Aplicación de la evaluación

Administración de tests y otras herramientas diagnósticas.

### d) Cierre del proceso y devolución de la información:

A través de una breve entrevista con el examinado. Es una fase clave y muy necesaria. Lo mínimo que puede darse al examinado, que ha vivido un proceso de auto-exposición en el que ha depositado ansiedades y temores, es una respuesta. Consiste en una explicación estratégica de lo que se encontró en el proceso de evaluación, limitándose a mencionar aquellos aspectos que son de utilidad para el proceso terapéutico. En Psicodiagnóstico Infantil, siempre se debe incluir al niño en la devolución, lo que obliga al psicólogo a adaptar su lenguaje para poder ser comprendido por éste. Este proceso de devolución implica la generación de insight y el manejo de la ansiedad del examinado, durante la entrevista el terapeuta debe considerar lo siguiente:

- Entregar imagen lo más integrada del sujeto.
- Preservar la salud mental del terapeuta
- Rol más activo del profesional.
- Es la devolución de la información discriminada y dosificada en relación con las capacidades del yo del sujeto, de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico.
- La transmisión de esta información es el objetivo de la misma, para cerrar la gestalt y tener una comunicación lograda, restituyendo el diálogo entre consultante y psicólogo.
- El examen psicológico, por lo desestructurante que es de la identidad, exige resolverse en un sentido de integración entre sus elementos desconocidos y temidos y aquellos adaptativos.
- Es un mecanismo de reintroyección de la identidad latente.

- Da la oportunidad al paciente de que se vea con más criterio de realidad, menos distorsiones y proyecciones.
- Favorece la discriminación de identidades dentro del grupo familiar.
- Funciona como prueba de realidad de que el psicólogo reconoce los aspectos dañinos y reparadores del paciente como coexistentes.
- Se debe observar la reacción del paciente ante esta devolución para sintetizar
- el caso y planificar más adecuadamente la orientación terapéutica.

e) *Análisis de los resultados.*

f) *Confección y entrega del Informe Psicológico.*

### 2.3.2 Informe psicológico

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

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

#### 2.3.3.1 Historia clínica

La historia clínica psiquiátrica es en términos generales similar a la realizada en cualquier otra especialidad; pero se toman en cuenta los aspectos de las funciones cerebrales superiores con mayor énfasis.

Durante la entrevista se debe estar consciente que algunos de estos pacientes, no vienen de forma voluntaria y que no tienen conciencia de la existencia de su enfermedad, o bien, no la acepta.

Se emplean dos técnicas, la de asociación libre (permitir al paciente expresar todo lo que quiera) y la entrevista dirigida, una variedad comúnmente empleada, es la técnica mixta, que tiene componentes de las dos anteriores, es decir, mientras el paciente habla, se le puede interrumpir para detallar más un hecho. Muchas veces la entrevista no puede ser realizada con el paciente por diferentes circunstancias, por lo que se puede recurrir a la familia.

### 2.3.3.1 Estructuración de la historia clínica

#### a) Anamnesis

Es donde se recogen datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual. Sin embargo, este esquema varía de acuerdo con las diferentes instituciones psiquiátricas e incluso con las distintas modalidades del terapeuta según sea conductista, psicoanalista o biólogo.

#### b) Datos de filiación e identificación del paciente

Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de origen y de residencia, estudios realizados, profesión, situación laboral y socioeconómica, religión, previsión. (Importante consignar la fecha de la entrevista).

#### c) Motivo de consulta

Lo que en realidad ha ocasionado que el paciente haya acudido a nuestro servicio. Si se rellena con las palabras del propio paciente sabremos cómo ha percibido los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente. También deben valorarse las circunstancias del envío, quiénes han sido los personajes implicados: El propio paciente voluntariamente, la familia, el médico de cabecera, etc.

Y si se ha efectuado en contra a los deseos del paciente; en este último caso es evidente que el enfermo no estará en condiciones de ofrecernos información por lo que deben transcribirse las anotaciones ofrecidas que el profesional correspondiente suele remitir en una interconsulta.

#### d) Enfermedad actual

Desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas actuales, especificando la tipología, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo, si cursaron con mejoría espontánea, si ha precisado o no asistencia psiquiátrica previa, si ha recibido tratamiento psicofarmacológico (anotar el tipo de psicofármacos) y el efecto producido (tanto terapéutico como secundarios o indeseables).

Hay que intentar precisar cuándo fue la última vez que el paciente se sintió medianamente estable y duración aproximada de este periodo asintomático.

También debe indagarse sobre la personalidad previa a la aparición de la enfermedad, de qué forma se han visto afectadas sus actividades cotidianas y sus relaciones personales, en definitiva, valorar si ha habido o no ruptura en su psicobiografía.

En el caso de que hubiera episodios anteriores, evaluar si fueron o no similares al actual.

#### e) Antecedentes personales

Además de estudiar la enfermedad actual del paciente y su situación vital actual, es necesario conocer lo acaecido desde su nacimiento hasta la actualidad. La historia personal se suele dividir en tres grandes partes: Período del desarrollo, infancia tardía y vida adulta.

## f) Período del desarrollo

### f.1) Historia prenatal y perinatal:

Se analiza la situación familiar en que nació el paciente, si el embarazo fue deseado y planeado, el estado emocional de la madre durante el embarazo, si hubo patología materna o fetal durante la gestación, tipo de parto, condición del niño al nacer.

### f.2) Primera infancia (desde el nacimiento hasta los tres años):

Se debe investigar sobre la calidad de la interacción madre-hijo durante el desarrollo psicomotor del niño (durante el aprendizaje del comer, control de esfínteres, etc.), y la existencia de problemas en esta área. Debe analizarse sobre el entorno familiar del infante, condiciones socioeconómicas, relación con sus padres y hermanos, etc. La personalidad emergente del niño es de crucial importancia, deben recopilarse datos además de su capacidad de concentración, de tolerancia a la frustración o de posponer gratificaciones, etc.

En resumen, deben explorarse fundamentalmente las áreas de: hábitos de alimentación, desarrollo temprano, síntomas de problemas de comportamiento, personalidad infantil, fantasías o sueños primeros o recurrentes.

### f.3) Edad adulta:

Debe consignarse la historia ocupacional del paciente, la formación y prácticas requeridas, los conflictos relacionados con el trabajo, y las ambiciones y objetivos a largo plazo. Se debe explorar los sentimientos que tiene con respecto a su trabajo actual, las relaciones con compañeros, jefes o empleados, y describir la historia laboral (número y duración de los trabajos que ha tenido).

También es importante preguntarle por las relaciones de pareja, su historia marital, la religión que posee, sus actividades sociales, su situación vital actual, la historia legal,

sexual y familiar, y finalmente sobre sus proyecciones futuras en todos los ámbitos, sus sueños y fantasías.

### **g.) Antecedentes familiares**

Se recogen los datos de parentesco referidos a su origen familiar y núcleo familiar actual. Así mismo, es de considerable importancia indagar sobre historia de suicidios anteriores, motivo y consumación o no de los mismos, y la posible existencia de trastornos psiquiátricos (alteraciones afectivas, retraso mental, comportamientos extraños, etc.) en alguno de los miembros de la familia.

Se debe tener en cuenta que reconocer el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica o el suicidio de algún familiar supone una carga emocional intensa para el paciente e incluso para la propia familia que pueden motivar encubrir el evento y expresarse de formas similares a las siguientes: "no sabemos bien como fue", "murió en circunstancias extrañas", con el objetivo de eludir la respuesta.

### **h.) Exploración psicopatológica**

También conocida como examen mental, es la parte de la valoración clónica que describe la suma total de observaciones e impresiones del médico acerca del paciente, en el momento preciso de la entrevista, ya que se debe considerar que el estado mental del sujeto puede variar de un momento a otro.

Se debe describir el estado mental del paciente, y para ello es importante tener un esquema ordenado, que se ajusta de acuerdo a las condiciones de la entrevista, pero que de todas formas debe ser completo.

A continuación, un esquema modelo para el examen del estado mental:

### h.1.) Descripción general

-Aspecto: Se debe describir el aspecto general del paciente y la impresión física general, postura, porte, vestimenta y aseo.

-Conducta explícita y actividad psicomotora: Se refiere tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos de la conducta motora, así como los signos físicos de ansiedad.

-Actitud: La actitud del paciente hacia el examinador se describe en términos de: Cooperador, amable, hostil, interesado, franco, o cualquier otro adjetivo que pueda ser útil. Se debe consignar el nivel de contacto que se consigue establecer.

-Humor: Se define como la emoción persistente y constante que exhibe la percepción del mundo del paciente.

-Afecto: Es la respuesta emocional del paciente en el momento presente, incluida la cantidad y el rango de conducta expresiva.

-Lenguaje: Se describen las características físicas del lenguaje, en cuanto a cantidad, tasa de producción y cualidad.

-Percepción: Se debe consignar cualquier alteración sensorial, describiendo cuál es el sentido afectado y el contenido de la experiencia alucinatoria o ilusoria. También son importantes las circunstancias que ocurren en la experiencia alucinatoria y el momento preciso en que ocurren.

-Pensamiento: Proceso del pensamiento: Se refiere a la forma del pensar, puede mostrar sobreabundancia como pobreza de ideas, deben consignarse las asociaciones de ideas y la continuidad de ellas.

-Contenido del pensamiento: Se deben pesquisar alteraciones de contenido, como delirios, obsesiones, fobias, planes, intenciones, ideas recurrentes, etc.



-Concentración y atención: Se refiere al esfuerzo en centrarse en una determinada parte de la experiencia y la concentración.

-Juicio e introspección: el juicio se refiere a la capacidad del paciente de medir las consecuencias de sus actos y la introspección es el grado de conciencia y de comprensión del paciente sobre el hecho de sentirse enfermo.

-Fiabilidad: El médico debe consignar su impresión sobre la veracidad y la sinceridad del paciente durante la entrevista.

Con la valoración del estado mental se obtiene entonces una imagen precisa del estado emocional, funcionamiento y capacidad mental del paciente.

### i.) Pruebas complementarias

Físicas y psicométricas: tests psicológicos, neurológicos o de laboratorio según estén indicadas: Electroencefalograma, imagen de tomografía computada, resonancia magnética, tests para establecer o descartar otras enfermedades, tests de escritura y de comprensión de la lectura, tests de afasia, tests de proyección psicológica, tests de supresión de dexametasona, análisis de orina por probable intoxicación, etc.

### j.) Impresión diagnóstica

Una vez recogida y ordenada la exhaustiva información aportada por la anamnesis, las pruebas psicológicas y somáticas y por la exploración psicopatológica, hay que "comprender, explicar, analizar e interpretar" para establecer un diagnóstico inicial; de ahí que no se debe ser concluyentes, puesto que dependiendo de la evolución posterior del paciente se podrá modificar para encaminarnos a la elaboración de un diagnóstico definitivo.

Asimismo, en ocasiones el psicólogo se enfrenta a la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre dos o tres orientaciones diagnósticas debido a la complejidad de la sintomatología, que se confirmarán con el paso del tiempo y las posteriores revisiones.

En el caso de que haya habido hospitalizaciones previas, no se debe circunscribir exclusivamente al diagnóstico inicial sino que se debe analizar cuidadosamente el episodio actual para evaluar si se trata o no de la misma sintomatología o bien corresponde a un nuevo diagnóstico al que se debe realizar una modificación en su tratamiento de base.

### k.) Tratamiento y evolución

Se reflejará el tratamiento administrado al paciente y el consecuente proceso evolutivo. En las sucesivas entrevistas debe valorarse si la respuesta terapéutica es favorable o no, si precisa sustitución de fármacos, si aparecen o no efectos secundarios o desfavorables y la intensidad de los mismos.

### l.) Pronóstico

No en todas las historias clínicas se hace alusión a este apartado, sobre todo si es de poco tiempo. En algunas situaciones es importante hacerlo constar cuando el paciente lleva largo tiempo bajo nuestra supervisión, se conoce a fondo, ya que dependerá entre otras cosas de la intensidad y evolución de la enfermedad y del apoyo socio-familiar que dispone el paciente.

## 2.3.4 Instrumentos útiles para el Psicodiagnóstico

### 2.3.4.1 Tests psicológicos

Los tests psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. La justificación teórica de la evaluación mediante el uso de test 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 operacionaliza 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.

#### 2.3.4.1.1 Clasificación general de los tests psicológicos

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

- Tests psicométricos

Básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al

diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetiva.

- **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.

#### **2.3.4.1.2 Aplicación tests psicológicos**

El uso de tests para la evaluación puede ser de diversos tipos, así encontramos que 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:

- i. **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.

- ii. **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.
- iii. **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.

### 2.3.5 Manuales de Diagnóstico

#### A.) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV 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* (Asociación 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. Diagnóstico multiaxial**

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

**Eje I Trastornos clínicos**

**Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**

**Eje II Trastornos de la personalidad**

**Retraso mental**

**Eje III Enfermedades médicas**

**Eje IV Problemas psicosociales y ambientales**

**Eje V Evaluación de la actividad global**

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico.

## B. Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; 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 Trastornos Psiquiátricos 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.

## 2.4 La psicoterapia

La palabra *Psico* proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser (Breggin, 1991). La palabra *terapia* proviene de la palabra griega *Therapeutikos* que significa *asistente o aquel que cuida de otro*. Por lo tanto, *psicoterapia* significa *cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona*. Los psicoterapeutas hacen esto escuchando a sus clientes, tomándolos en serio, ofreciendo comprensión y respeto y respondiendo de una manera que ayude a los clientes a encontrar soluciones a sus problemas. Existen tantas definiciones de psicoterapia como libros escritos sobre la misma, pero Jerome Frank, (1982) nos ofrece un excelente punto de partida. La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. A menudo la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

La psicoterapia consiste en una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos.

El otro participante es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha ingresado a la relación con el fin de resolver su problema.

La relación psicoterapéutica es una alianza de apoyo pero con propósitos bien definidos en la cual se usan varios métodos con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba. Estos métodos se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica en particular.

#### 2.4.1 La relación terapéutica

Se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el terapeuta posea tres competencias relacionales (Rogers, 1951): aceptación, empatía y autenticidad. Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática; interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto.

La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace este. El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el *feedback* del paciente (por ejemplo: "Cuando usted se encuentra en un reunión y nadie le dirige la palabra parece pensar que nadie se interesa realmente por usted y entonces comienza a sentirse muy triste y solitario, le gustaría que alguien tomara la iniciativa, pero nadie parece hacerlo...¿podría ocurrir así?"). Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales (p.e resistencias) si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas. Puede incluso desarrollar "ensayos cognitivos" sobre las actitudes y emociones del paciente (por ejemplo:

imaginándose asumiendo actitudes y emociones similares a la del paciente) y generar así alternativas a las mismas.

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

## 2.4.2 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 el 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).

### 2.4.3 La interacción terapéutica

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

- a) La confianza básica: se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como seguro y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites.etc) a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (por ejemplo: planificando con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros).
- b) El *rappor*t: se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente, si le parecen poco razonables o inadecuadas (por ejemplo: "¿Cree usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?"). También el terapeuta se pone en la misma frecuencia del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del *feedback*). Al explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos

puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo.

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

Se explican al paciente las tareas a desarrollar (por ejemplo: mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso.

#### 2.4.4 Formas de psicoterapia

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

A continuación se describen los principales modelos de psicoterapia para la ayuda psicológica.

##### 2.4.4.1 Psicoterapias psicoanalíticas

###### A. Psicoanálisis Jungiano

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.

## B. Psicoterapia de apoyo en intervención de crisis

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.

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, etc.

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.

### C. Psicoterapia focal

El objetivo es utilizar un caso clínico para estudiar las interacciones entre lo que el paciente asocia y la intervención del terapeuta (técnica); dichas interacciones son un estudio de la relación que se va desarrollando entre médico y paciente (teoría de las relaciones objétales). El principal objetivo fue entonces estudiar la relación médico-paciente; secundariamente, fue el demostrar que la psicología focal lleva a resultados terapéuticos aceptables.

Ferenczi desarrolló (a pesar de muchas oposiciones y fracasos) la llamada técnica activa, donde el terapeuta dejaba de ser pasivo: prevenía o prescribía ciertos tipos de conducta, establecía arbitrariamente un tiempo límite para el tratamiento, empleaba fantasías forzadas para acelerar la aparición de conflictos ocultos, y en general aceleraba el tratamiento casando a luz las reacciones neuróticas de transferencia.

El Taller de Psicoterapia Focal, integrado por varios profesionales (psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos) se reunía periódicamente y a partir de allí se fue elaborando un formulario de entrevista inicial y un esquema para informe sobre cada sesión. Allí se interesaba menos la psicopatología específica del paciente y más el aspecto de interacción



con el terapeuta y relaciones objétales en la fantasía y la reconstrucción del pasado. Se incluyen datos para poder estudiar las intervenciones verbales y las no verbales en función del ‘objeto focal’.

El formulario de entrevista inicial contiene datos para que los integrantes del equipo puedan discutir a) si se puede ayudar al paciente con una terapia breve, y b) qué aspecto de la enfermedad del paciente debía tratarse. Luego, durante el tratamiento, cada sesión debía ser sintetizada con los datos de relevancia en un ‘informe de sesión’. La terapia focal sigue la línea psicoanalítica, pues la actividad del terapeuta está restringida a intervenciones interpretativas. Su actividad consiste en a) encontrar el foco apropiado de los varios que ofrece el paciente, y b) aproximarse a él de modo constante y coherente con la sola actividad interpretativa. Lo que no se relaciona directamente con el foco queda sin interpretar. Pero si las circunstancias lo exigen, el terapeuta deberá cambiar el foco (las asociaciones del paciente pueden mostrar la irrelevancia del foco elegido originalmente). Dentro de las áreas que requieren más elaboración y estudio, están los procesos de sintonización (o desarrollo) y cristalización para elegir el foco, los procesos de congeniar entre paciente y analista como criterio de selección, las técnicas usadas en el desarrollo de la terapia, el estudio del conocimiento del pronóstico, y el uso de formularios y sus posibles modificaciones, incluyendo incluso grabaciones.

#### D. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

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.

Esta concepción no pide más de la operación psicoterapéutica de lo que pediría cualquier operación médica o quirúrgica. Uno puede esperar que un cirujano que va a realizar una operación específica, tenga un buen conocimiento de lo relacionado con la anatomía, fisiología y patología de esa zona y de sus estructuras adyacentes, y que tenga una noción sobre la secuencia de su intervención; él modificará la operación sólo si ciertas circunstancias del individuo así lo demandan.

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 sí 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 saba 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.

#### 2.4.4.2 Psicoterapia cognitiva

La terapia conductual es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas, tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante.

La primera vez que el paciente se reúne con su psicoterapeuta, hablará acerca de cualquier problema que esté teniendo, de cómo se está sintiendo y sobre las metas que tiene para su psicoterapia. Después de unas cuantas visitas se decide con qué frecuencia se realizará la misma, pudiendo el paciente reunirse con su psicoterapeuta cada semana, o solamente una vez al mes. Los objetivos son acordados entre el terapeuta y el paciente y se formula un plan de intervención estructurado a la medida de las necesidades y características particulares evaluadas.

Mientras está recibiendo psicoterapia, aprenderá nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le molestan. Además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus

sentimientos. La psicoterapia cognitiva también puede ayudarle con sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico.

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia empleada para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos. Busca reconocer el pensamiento distorsionado que origina los trastornos y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los pensamientos irracionales.

### A. Terapia racional emotiva

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 "autodoctrinamiento" en exigencias irracionales.

La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este autodoctrinamiento 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.

Entre 1950 y 1965 publica una serie de obras centradas preferencialmente en el área sexual (p.e "*sexo sin culpa*", 1958, "*Arte y Técnica del Amor*", 1960 y "*La enciclopedia de la conducta sexual*", 1961), que le hicieron ocupar un lugar relevante en este área. También en 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia ("*Razón y Emoción en Psicoterapia*") donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, que tenían como eje central convertirse en "métodos de autoayuda".

### A.1) Los seis principios de la terapia racional emotiva

- i. 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.

- ii. 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, etc.) 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 las consecuencias lo mejor que pueda").

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

- iii. 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.
- iv. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecemos tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.
- v. 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.

- vi. 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*.

## A.2) Emociones negativas adecuadas e inadecuadas

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

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

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

## A.3) Emociones positivas adecuadas e inadecuadas

Los sentimientos positivos también pueden ser inadecuados. Por ejemplo, el sentimiento de grandiosidad o superioridad es una emoción positiva porque hace que una persona se sienta



bien. Sin embargo, se basa en una percepción irreal de uno mismo y a la larga provocará problemas en las relaciones con los demás y rechazo.

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

#### A.4) Tratamiento

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

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

#### B. 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.

### B.1) 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.

**B.2) Algunas de las características de los grupos que le ha ganado esta aceptabilidad a los fines antes mencionados son los siguientes:**

- i. La economía de recursos que se logra mediante el trabajo con grupos, resulta incomparable si la atención prestada se realiza a los sujetos individualmente.
- ii. 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 éstos 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.
- iii. 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.
- iv. 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.
- v. 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 “victimas de su destino”.
- vi. En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.

El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes

#### 2.4.4.2 Psicoterapia Cognitiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck,1967,1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

La concepción implica que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en dirección negativa y tiene una concepción global negativa de sí mismo y de sus experiencias. Por lo tanto se intenta que mediante un objetivo claro se pueda modificar el autocontexto.

Se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones:

- 1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta

3) examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos para producir una mejoría clínica.

El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente. De esta manera cada paso progresivo del tratamiento sirve para desarrollar hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación. Generalmente la terapia consta de 15 o 20 sesiones una vez a la semana.

Esta es una idea somera de la básica concepción terapéutica cognitiva, es claro que partiendo de estas premisas primordiales muchos desarrollos se han experimentado y continúan haciéndolo.

#### 2.4.4.3 Psicoterapia humanista

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.

## A. Psicoterapia transpersonal

La psicoterapia transpersonal, tal como la definen los psicoterapeutas cuya práctica clínica incluye este tipo de trabajo, es el aspecto de la terapia que trasciende los objetivos del ego y conecta lo psicológico con la práctica espiritual. Tradicionalmente, la terapia occidental se ha preocupado sobre todo por la psicodinámica, la modificación del comportamiento y el crecimiento personal. Se ha considerado que una personalidad bien adaptada es sana y se ha ignorado mayormente todo aspecto del ser que trascienda la personalidad. Durante las últimas décadas han aparecido numerosas psicologías del yo cuya meta es ayudar a los individuos a que se adapten a la sociedad y alcancen sus objetivos personales en la vida.

Además, las orientaciones existencialistas y humanísticas han asignado un lugar central a la búsqueda de significado y a la indagación de la identidad individual. El mundo interior de la psique ha sido explorado en profundidad por la psicología analítica de Carl Jung y otros. Sin embargo, sólo en la década de 1970 han empezado a interesarse los terapeutas occidentales por la investigación personal de la meditación y de otras técnicas orientadas a la alteración de la consciencia, y a incorporar las técnicas orientales a la práctica de la terapia.

En tanto que el ámbito de lo transpersonal era previamente dominio exclusivo del gurú o maestro espiritual, a los psicoterapeutas que trabajan con el tipo de problemas humanos que ponen en juego los valores, el significado y el propósito se les ha hecho cada vez más evidente que cuando el crecimiento psicológico trasciende la personalidad, plantea invariablemente cuestiones de naturaleza espiritual. Con frecuencia se considera que la psicoterapia orientada a la resolución de conflictos psicodinámicos y al crecimiento personal es una buena preparación para las disciplinas espirituales que se ocupan exclusivamente de los dominios transpersonales del ser.

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

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

En su investigación de esas personas relativamente sanas, Abraham Maslow encontró una amplia variedad de lo que él llamaba «meta motivos», por ejemplo los impulsos hacia la

verdad, la estética, la auto realización, etc. El prefijo “meta”, tal como se usa aquí significa algo superior o trascendente e indica que estos motivos están más allá de las necesidades de supervivencia básicas y se extienden a las vivencias de identidad y a modos del ser que no están limitados por las fronteras habituales del ego. Cuando se manifiestan, tales motivos y experiencias son análogos a los que se describen y buscan en las grandes disciplinas religiosas y espirituales, que ahora empiezan a ser comprensibles en términos psicológicos.

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

Se puede decir, entonces, que la psicoterapia transpersonal abarca una gama de la experiencia humana más vasta que la que constituía en el pasado la preocupación predominante de la psicoterapia en Occidente. Las experiencias o vivencias transpersonales, entendiendo como tales las que extienden la percepción más allá de los límites del ego, forman parte integral del proceso terapéutico. El trabajo pionero realizado por Stanislav Grof sobre la terapia con sustancias psicodélicas durante la década de los sesenta y principios de los setenta fue uno de los primeros indicios de que las experiencias transpersonales se presentaban a la vez como significativas y como terapéuticas, y de que potencialmente estaban al alcance de todos. Además, un número cada vez mayor de personas tenían experiencias transpersonales fuera de todo marco terapéutico, como resultado del difundido empleo de las sustancias psicodélicas o de la práctica de disciplinas como el yoga o la meditación. Los que encontraban perturbadoras tales experiencias sentían, con frecuencia, que la intervención psicoterapéutica era inapropiada o que iba en detrimento de las experiencias mismas cuando no tenía en cuenta el valor potencial de éstas.



Se hizo así cada vez más obvia la necesidad de contar con terapeutas que tuvieran un conocimiento personal de estos campos; y los profesionales que comenzaron a investigar estas disciplinas encontraron en ellas instrumentos útiles para trabajar no sólo con sus clientes, sino consigo mismos. Algunos terapeutas empezaron a incorporar a su práctica regular algunas técnicas meditativas para la relajación y la concentración.

Otros fueron más lejos y empezaron a sugerir la práctica de otras disciplinas, como el yoga, además de la terapia. La apreciación cada vez mayor de la importancia de tratar el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu como un todo coincidió con la aparición de la medicina holista, que a su vez insistía en tratar a la persona entera en vez de centrarse en síntomas específicos.

Aunque la palabra psicoterapia significó originariamente la atención o el cuidado del aliento o el espíritu (alma), ha llegado a estar asociada a la práctica médica. La psicoterapia transpersonal no excluye lo que tradicionalmente se considera «mejorar», pero además incluye una amplia variedad de técnicas para trabajar con el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu, tomadas tanto de la psicología oriental como de la occidental.

Así pues, un terapeuta transpersonal, al mismo tiempo que trabaja con los sueños y la fantasía puede sugerir que en el curso del tratamiento se tengan en consideración la dieta y el ejercicio físico. Aunque no es probable que haya profesionales expertos en todos los campos, la apreciación del valor del trabajo con el cuerpo, de la meditación y de la atención consciente en la práctica diaria da como frecuente resultado recomendaciones que pueden ser consideradas como adiciones a la psicoterapia, siendo en realidad parte integral de la búsqueda de la salud y el bienestar.

Un terapeuta transpersonal puede ser ecléctico en el empleo de diversas técnicas en la terapia, pero el matiz transpersonal de la orientación depende del contexto en que se emplean dichas técnicas.

Un contexto transpersonal está condicionado por los valores, creencias, actitudes y puntos de vista sobre la naturaleza humana que adopta el terapeuta como elementos para la práctica de la psicoterapia. De un terapeuta transpersonal se puede esperar, pues, que examine las creencias que determinan la naturaleza de su trabajo.

Un contexto transpersonal ofrece una visión ampliada de la capacidad humana para el bienestar situándola en una perspectiva basada en su relación con los intentos previos de abordar las cuestiones perennes del bienestar psicológico.

Tradiciones espirituales, como el sufismo, pueden enseñarnos sobre la salud mental, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de la persona entera, en vez de limitarse al ego o a la personalidad. Se trata de una postura, contexto o marco de referencia particular dentro del cual se pueden emplear diversos métodos. Su enfoque echa los cimientos para una mayor integración de las perspectivas oriental y occidental en lo que al estudio de la consciencia se refiere.

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

## B. 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 sí mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura.

El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

## B.1 El proceso terapéutico

Según Rogers, el cliente es el que lleva el peso de la terapia (auto-directividad) y no el terapeuta. Sin embargo, el terapeuta tiene que ofrecer al cliente o paciente una relación que se define por seis condiciones necesarias y suficientes para lograr el éxito de la misma. Las tres primeras características o condiciones son Empatía, Aceptación positiva incondicional y Autenticidad o Congruencia. Estas tres condiciones relacionales son llamadas actitudes de base:

1. La aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Se acepta sin condición alguna la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
2. La empatía centrada en la persona sufre. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.
3. La autenticidad del terapeuta permite a menudo un diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufre.

La relación centrada en el cliente se define además por un mínimo de contacto establecido entre el cliente y el terapeuta, el cliente debe estar en un estado de incongruencia y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida (lo que, a veces, no ocurre, por ejemplo en caso de una psicosis aguda).

Una relación definida por las actitudes de base genera una multitud de interacciones terapéuticas cada vez adaptadas a la relación con el cliente, a su persona y su situación particular y favorece la capacidad natural e inherente en cada persona de poder desarrollarse de manera constructiva (tendencia natural de cada persona a su auto-actualización, es decir a desarrollarse y madurarse).

## B.2 El proceso de convertirse en persona

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

- Fijeza: es el estado que comúnmente es descrito como neurótico.
- Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado: Al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en ambiente que no le condiciona, lo que convierte en innecesarios los patrones de comportamiento que ha desarrollado para enfrentar al mundo hostil y condicionante en que se desenvuelve cotidianamente.
- Desarrollo y flujo de la expresión simbólica: la persona en proceso comienza a desarrollar una expresión verbal más allá de los lugares comunes y que le permita expresarse con más propiedad conforme a su vivencia.
- Flexibilización de los constructos y flujo de los sentimientos: se comienzan a cuestionar los valores y creencias que han llevado a la persona a un estado de permanente insatisfacción, y se permite ver las cosas de forma distinta. Además, en esta etapa se advierte una mayor libertad para expresar los sentimientos.
- Flujo orgánico: la estructura personal del cliente manifiesta una mayor relajación, los sentimientos son expresados con mayor libertad, las creencias son libremente cuestionadas y hay una necesidad por explorar nuevas formas de comportamiento.

- Inicio de la experienciación plena: es la fase de la terapia en que las personas llegan al "punto de no retorno", donde es posible que abandonen el proceso terapéutico y no experimenten retrocesos dado que toman conciencia de que son ellas las responsables de su vivencia y experiencia.
- Fluidez: es la descripción de una persona que funciona plenamente.

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

### C. Terapia gestalt

La terapia Gestalt es una terapia perteneciente a la psicología humanista (o Tercera Fuerza), la cual se caracteriza por no estar hecha exclusivamente para tratar enfermos, sino también para desarrollar el potencial humano. Nació en la década de 1940 con la publicación del libro *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method* (Durban, 1942) escrito por Fritz Perls y Laura Perls. Aunque más conocido con el subtítulo *The Beginning of Gestalt Therapy*, éste sólo fue añadido para una nueva edición en 1966.

Hacia finales de la década de los cincuenta y comienzos de los años sesenta, con la moda del crecimiento personal que se concentra en California, Fritz Perls se ve cada vez más atraído por el concepto de la terapia Gestalt como una forma de vida más que un modelo de terapia y comienza a dar cursos de formación en esa dirección en la Costa Oeste. Se abre así una brecha entre la Terapia Gestalt de la Costa Este, representada por el *New York Institute*, bajo la dirección de Laura Perls (con otra corriente afin en Cleveland), y la Terapia Gestalt de la Costa Oeste, liderada por Fritz Perls. Durante los setenta y ochenta, los centros de entrenamiento en psicoterapia Gestalt se esparcieron globalmente, aunque en su mayoría no estaban alineados con centros académicos formales.

Mientras la revolución cognitiva eclipsó la terapia Gestalt en la psicología, muchos pensaron que ella era anacrónica. En manos de sus practicantes, esta terapia se convirtió en una disciplina aplicada en los campos de la psicoterapia, desarrollo organizacional, acción social y eventualmente *coaching*.

Hasta el cambio de siglo, los terapeutas Gestalt desdeñaron el empirismo de corte positivista, subrayando lo que ellas/ellos percibieron como un asunto para la investigación más formal, así pues, en gran medida ignoraron la necesidad de utilizar la investigación para desarrollar la terapia Gestalt más allá y darle mayor soporte a la práctica, algo que ha comenzado a cambiar.

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 de estar sucediendo. Utiliza el método del darse cuenta ("*awareness*") predominando el percibir, sentir y actuar.

El cliente aprende a hacerse más consciente de lo que hace. De este modo, va desarrollando su habilidad para aceptarse y para experimentar el "aquí y ahora" sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado. Se prefiere usar el término cliente que paciente, ya que un paciente es alguien enfermo que va a que otro le cure, mientras que cliente es un término más neutro, el cual sólo indica que es alguien que acude a la consulta del terapeuta. En esta terapia, el paciente es quien tiene que "autocurarse", el terapeuta sólo le guía y le ayuda para que lo consiga, haciendo más bien una función de observador externo y no tanto de "el que cura".

El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a 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.

## C.1) Conceptos principales

1. El principio del ahora: Este es uno de los principios más vigorosos y más fecundos de la TG. Con el fin de fomentar la conciencia del ahora, y facilitar así el darse cuenta, sugerimos a la gente que comunique sus experiencias en tiempo presente. La forma más efectiva de reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas es traerlas al presente, actualizarlas. Hacer que el sujeto se sitúe allí en fantasía y que haga de cuenta que lo pasado está ocurriendo ahora. Para ello hacemos preguntas como las siguientes: ¿De qué tienes conciencia en este momento? ¿De qué te das cuenta ahora? ¿A qué le tienes miedo ahora? ¿Qué estás evitando actualmente? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Qué deseas?
2. La relación Yo-Tú: Con este principio procuramos expresar la idea de que la verdadera comunicación incluye tanto al receptor como al emisor. Al preguntar ¿A quién le estás diciendo eso? se le obliga al sujeto a enfrentar su renuencia a enviar el mensaje directamente al receptor, al otro. De este modo suele solicitársele al paciente que mencione el nombre de la otra persona; que le haga preguntas directas ante cualquier duda o curiosidad; que le exprese su estado de ánimo o sus desacuerdo, etc. Se busca que tome conciencia de la diferencia que hay entre "hablarle a" su interlocutor y "hablar" delante de él. ¿En qué medida estás evitando tocarlo con tus palabras? ¿Cómo esta evitación fóbica para el contacto se expresa en tus gestos, en el tono de tu voz, en el rehuir su mirada?
3. Asumir la propiedad del lenguaje y la conducta, o sea, responsabilizarse de lo que se dice y/o se hace: Esto se vincula directamente con el lenguaje personal e impersonal. Es común que para referirnos a nuestro cuerpo, a nuestras acciones o emociones, utilicemos la 2º ó 3º persona. "Me causas pena" en lugar de "Yo siento pena"; "Mi cuerpo está tenso" en lugar de "Yo estoy tenso", etc. Merced al simple recurso de convertir el lenguaje impersonal en personal aprendemos a identificar mejor la conducta y a asumir la responsabilidad por ella.



Como consecuencia, es más probable que el individuo se vea más como un ser activo, que "hace cosas", en lugar de creerse un sujeto pasivo, al que "le suceden cosas". Las implicancias para la salud mental y para dejar atrás nuestras "neurosis" son obvias.

4. Es prohibido decir "no puedo"; en su lugar se debe decir "no quiero", esto es, ser asertivo: Ello debido a que muchas veces el sujeto se niega a actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera. No se puede obligar a la persona a hacer algo que no desea, pero sí se le puede exigir responsabilidad, a asumir las consecuencias de su decisión evasiva, para lo cual un honesto "no quiero" es lo más adecuado.
5. El continuum del darse cuenta: El dejar libre paso a las experiencias presentes, sin juzgarlas ni criticarlas, es algo imprescindible para integrar las diversas partes de la personalidad. No buscar grandes descubrimientos en uno mismo, no "empujar el río", sino dejarlo fluir solo, libremente.
6. No murmurar: Toda comunicación, incluso las que se supone son "privadas" o que "no interesan al grupo", debe ventilarse abiertamente en él o en su defecto evitarse. Las murmuraciones, los cuchicheos sobre los demás, las risitas cómplices, son evitaciones, formas de rehuir el contacto, además de faltar el respeto al grupo e ir contra su cohesión al establecer temas "que no le competen" en su presencia. Esta regla tiene por fin el promover sentimientos e impedir la evitación de sentimientos.
7. Traducir las preguntas en afirmaciones; salvo cuando se trata de datos muy concretos: Preguntas como "¿Puedo ir al baño? ¿Me puedo cambiar de sitio? ¿Me puedo ir?", etc., deben ser traducidas como "Quiero ir al baño; Me quiero cambiar de sitio; Me quiero ir".

Así, el preguntón asume su responsabilidad y las consecuencias de lo que afirma, en lugar de adoptar una postura pasiva y de proyectar su responsabilidad en el otro, a fin de que él le dé la autorización.

8. Prestar atención al modo en que se atiende a los demás. ¿A quién le prestamos atención? ¿A quién ignoramos?, etc.
9. No interpretar ni buscar "la causa real" de lo que el otro dice. Simplemente escuchar y darse cuenta de lo que uno siente en función a dicho contacto.
10. Prestar atención a la propia experiencia física, así como a los cambios de postura y gesto de los demás. Compartir con el otro lo que se observa, lo obvio, mediante la fórmula de "ahora me doy cuenta de ..."
11. Aceptar el experimento de turno; correr riesgos al participar en la discusión.
12. Considerar, aunque no se haga explícito, que todo lo dicho y vivido en el grupo es estrictamente confidencial.

## C.2) El ciclo de la experiencia

Se inicia cuando el organismo, estando en reposo, siente emerger en sí alguna necesidad; el sujeto toma conciencia de ella e identifica en su espacio algún elemento u objeto que la satisface, vale decir, que dicho elemento se convierte en figura, destacando sobre los demás que son el fondo. Acto seguido, el organismo moviliza sus energías para alcanzar el objeto deseado hasta que entra en contacto con él, satisface la necesidad y vuelve a entrar en reposo nuevamente.

En el esquema clásico del ciclo se identifican seis etapas sucesivas:

- 1) Reposo
- 2) Sensación
- 3) Darse cuenta o formación de figura
- 4) Energetización
- 5) Acción
- 6) Contacto.

En el reposo o retraimiento el sujeto ya ha resuelto una Gestalt o necesidad anterior, y se encuentra en un estado de equilibrio, sin ninguna necesidad apremiante. Su extremo patológico puede ser el autismo.

En la sensación el sujeto es sacado de su reposo porque siente "algo" difuso, que todavía no puede definir. Como por ejemplo, puede sentir movimientos peristálticos o sonidos en su estómago, o sino cierta intranquilidad.

En el darse cuenta, la sensación se identifica como una necesidad específica (en los ejemplos anteriores, como hambre o como preocupación, respectivamente) y se identifica también aquello que la satisface: se delimita cierta porción de la realidad que adquiere un sentido vital muy importante para el sujeto, es decir, se forma una figura.

En la fase de energetización el sujeto reúne la fuerza o concentración necesaria para llevar a cabo lo que la necesidad le demanda.

En la acción, fase más importante de todo el ciclo, el individuo moviliza su cuerpo para *satisfacer su necesidad, concentra su energía en sus músculos y huesos y se encamina activamente al logro de lo desea.*

En la etapa final, el contacto, se produce la conjunción del sujeto con el objeto de la necesidad; y, en consecuencia, se satisface la misma. La etapa culmina cuando el sujeto se siente satisfecho, puede despedirse de este ciclo y comenzar otro. Así ad infinitum.

Entre los diversos eslabones que conforman el ciclo se pueden formar o autointerrupciones, dando lugar a diversos tipos de patologías. Allí también actúan los mecanismos de defensa.

En términos generales, se puede decir que el ciclo de la experiencia, dado en un contacto específico y significativo, constituye en sí misma una Gestalt. Un ciclo interrumpido es una Gestalt inconclusa; un ente que parasitará al organismo consumiendo su energía hasta verse satisfecho.

### C3.) Los estratos del yo

De acuerdo a Fritz Perls, en el Yo de todo ser humano existen seis capas que recubren, a manera de una cebolla, al Ser auténtico de las personas. Estas capas o estratos del Self, como también se les conoce, son las siguientes: 1) E. Falso; 2) E. del como sí; 3) E. Fóbico; 4) E. Implosivo o del Atolladero; 5) E. Explosivo; y 6) El Self verdadero.

En el estrato Falso se encuentra nuestra "fachada", lo que colocamos en nuestra vitrina de nosotros mismos y dejamos ver a los demás. Luego viene el estrato del "como sí"; allí están los roles, los juegos que empleamos para manipular a los demás, el actuar "como sí" fuéramos esto o aquello. Es nuestro carácter o forma habitual y rígida de actuar.

Si en el proceso terapéutico atravesamos el estrato Falso y el del "como sí" llegaremos al estrato Fóbico. Allí se encuentran todos nuestros temores y todas nuestras inseguridades frente a nosotros mismos; nuestros secretos mejor guardados y nuestras heridas narcisísticas; la pena, el dolor, la tristeza o la desesperación; aquello que no queremos ver ni tocar de nuestra personalidad y menos aún descubrir frente a los demás.

Si logramos pasar lo fóbico sentiremos una sensación de vacío, de inamovilidad, de falta de energía, de muerte. Hemos llegado al estrato del Atolladero, donde nos sentimos "atorados", sin salida.

Sin embargo, detrás se encuentra el estrato Implosivo, donde se hallan todas nuestras energías sin usar, nuestra vitalidad "congelada" o dirigida hacia nosotros mismos para mantener nuestras defensas.

Finalmente, detrás de lo implosivo se encuentra el estrato Explosivo, donde las fuerzas estancadas se disparan hacia afuera en un arranque de autenticidad, dando paso al Yo verdadero que permanece oculto. Existen básicamente cuatro tipos de explosión: gozo, aflicción, orgasmo y coraje.

En base a lo anterior, podemos imaginarnos a una persona X, que al comenzar la terapia se mostrará superficial, formal o convencional (buenos días, qué calor hace, qué gusto de verlo, blá, blá, blá: las Cacas de las que hablaba Perls). Detrás de ello hallaremos sus temores, sus "traumas", sus evitaciones, que es necesario confrontar. Lo meteremos así en un atolladero temporal, en donde él se vivenciará sin fuerzas, casi muerto. Sin embargo, si confía en su organismo y le da libertad éste le mostrará sus fuerzas sin utilizar, que emergerán libremente como figuras al despejarse el campo de evitaciones, su verdadero potencial, y experimentará una verdadera explosión de alegría, placer, ira o pena (todas ellas positivas, terapéuticas y necesarias) que darán paso al verdadero ser humano que hay detrás del sujeto X. Esto debe hacerse repetidas veces, a cada momento de la terapia, hasta que el sujeto se conozca lo suficiente y puede realizar el proceso por sí mismo.

Una persona madura es capaz de experimentar y sostener todo tipo de experiencias emocionales en el "aquí y ahora"; además, utiliza sus propios recursos (autosuporte) en lugar de manipular a los demás y al ambiente para conseguir apoyo.

En síntesis, la TG persigue:

- Vivir en el ahora.
- Vivir en el aquí.
- Dejar de imaginar y fantasear en exceso sustituyendo al contacto real.
- Dejar de pensar innecesariamente sustituyendo a la acción.

- Dejar de aparentar o jugar al "como sí".
- Expresarse o comunicar.
- Sentir las cosas desagradables y el dolor.
- No aceptar ningún "debería", más que los propios, impuestos por uno mismo en base a nuestras necesidades y experiencias.
- Tomar completa responsabilidad de las acciones, sentimientos, emociones y pensamientos propios.
- Sea lo que Ud. es... sin importar lo que Ud. sea.

## D. Psicoterapia alternativas

### D.1) Biodanza

Es un sistema de integración afectiva, renovación orgánica y reeducación de las funciones vitales basado en vivencias (experiencias aquí y ahora) creadas por el movimiento, la danza, el canto y situaciones de encuentro en grupo. Fue creado por Rolando Toro Araneda.

Fomenta la importancia de cosas tan necesarias para lograr una vida feliz como respirar, caminar, comunicar nuestras emociones y sentimientos, compartir, amar...La Biodanza pretende despertar esas funciones innatas del ser humano que están casi totalmente reprimidas en nuestra civilización

### D.2) La terapia bioenergética

Es una técnica terapéutica de trabajo energético-corporal. Afirma que, no es que tengamos un cuerpo, es que somos nuestro cuerpo y el conjunto de experiencias que vivimos a lo largo de nuestra vida, van dejando huella en él, configurando una "coraza" muscular en función de nuestras vivencias, que determina nuestra manera de ser y de actuar en el mundo. Esta coraza distorsiona el flujo de nuestra energía vital.

El terapeuta bioenergético trabaja para que surjan las emociones reprimidas por los pacientes, registradas en el cuerpo como tensiones musculares. Para ello, masajea con sus manos los músculos contraídos, prescribe posiciones estresantes y movimientos expresivos y trabaja la respiración, mientras el paciente ha de abandonarse a las emociones que le surgen.

La bioenergética sugiere ejercicios que coinciden con el tai chi chuan, el yoga, y las meditaciones dinámicas orientales. La idea es canalizar la energía vital de cada persona de manera que influya positivamente en los trastornos energéticos del cuerpo, de modo que mejore tanto la salud mental como la física del paciente.

### D.3) Chi Kung

Consiste en una serie de movimientos lentos y relajantes que se coordinan con la respiración del practicante. Se basa en la medicina china tradicional y tiene como fin la mejora y el mantenimiento de la salud.

El Chi Kung es una técnica desarrollada tras miles de años que refuerza la circulación del Chi a través del cuerpo humano. Chi se refiere al "aliento vital," la fuerza energética que, según las corrientes médicas, filosóficas y espirituales del oriente, se encuentra presente en todo organismo viviente. Bloqueos en la circulación natural del Chi pueden resultar en enfermedades físicas y desequilibrios emocionales y mentales. La práctica del Chi Kung promueve la relajación del cuerpo y la mente, y puede ser practicado por gente de todas edades. Hay ejercicios desarrollados tanto para mantener la salud en general como para el tratamiento de enfermedades específicas.

### D.4) Constelaciones familiares (Terapia familiar)

En casi todas las familias hay ciertos hechos que tienen un profundo impacto residual en todos sus miembros, perturbando la armonía familiar.

Con este trabajo se logran, una y otra vez, traer a la luz lo oculto y hacer visible la causa de determinados conflictos. La realidad aceptada es liberadora, disuelve las implicaciones en viejas ilusiones y abre paso a la reconciliación. De esta manera la perspectiva se amplía y con ella también la responsabilidad y el compromiso de solucionar el problema y así la persona encuentra el camino hacia la reconciliación con el propio destino.

#### D.5) Gemoterapia

Desde la antigüedad se han utilizado los cristales de cuarzo y diversos minerales por sus extensas propiedades.

Toda materia tiene una vibración intrínseca, cuanto más lenta, más densa es la materia y viceversa, hasta llegar a la vibración sutil de la energía. Esta vibración no se puede observar con los sentidos físicos, pero sí se pueden llegar a sentir sus efectos en el cuerpo humano.

Cada cristal además, tendrá su propia frecuencia o 'música' dependiendo del color y de la forma que tenga.

Según la tradición milenaria oriental, el cuerpo humano tiene canales de energía con unos puntos concretos principales, donde ésta se manifiesta con mayor intensidad. Hay muchos, pero los más conocidos son 7, los llamados chakras principales, aunque recientemente se ha sabido que tenemos más por encima de la cabeza (coronilla) y por debajo de los pies. Y también se les asigna un color determinado a estos centros de energía, siguiendo la gama del arco iris. Así pues, los cristales o piedras preciosas van a sintonizar con cada centro dependiendo del color, pues vibrarán con la misma resonancia, armonizándolos.

Cada *chakra* dependiendo de su situación en el cuerpo físico tiene unas características y por eso nos afecta cuando está inarmónico en áreas concretas de la vida. Por igual motivo, cuando hemos conseguido volvernos a centrar, y sobreviene una situación que nos altera, influye en ese *chakra* concreto, desequilibrándolo.



No se trata tanto de creer que siempre tenemos que estar pendientes de eso, sino de vivir con conciencia de por qué o para qué nos está sucediendo algo y de relacionarlo con el centro energético determinado, cosa que nos ayudará a entender en primero lugar, para después integrar la información.

No es por casualidad que en estos momentos hay una fuerte expansión de los minerales, y las personas cada vez se sienten más atraídas hacia uno u otro sin saber apenas nada de sus características individuales y de lo que pueden llegar a ayudar simplemente por estar cerca.

Cuando se utilizan en terapia, la persona suele sentir sus efectos casi de inmediato, como hormigueo, cosquilleo y sensaciones que se parecen a una corriente interna que se pone en marcha. Eso no es más que nuestro circuito energético que responde a esa vibración equilibradora.

Algunos minerales son muy buenos para 'limpiar' ambientes cargados (ordenador, T.V., aparatos electrónicos en general), para armonizar el espacio vital y familiar, etc. Sus aplicaciones son múltiples y a muchos niveles, y cuando se les da un lugar en el hogar o centro de trabajo, se hacen sentir sus efectos beneficiosos.

También necesitan ciertos cuidados mínimos, pues son seres vivos y se puede llegar a establecer una relación entre el cuarzo y la persona, que a veces puede parecer imposible a personas que no lo hayan llegado a experimentar.

## D.6) Coaching

Es un proceso muy efectivo que ayuda a las personas a alcanzar sus metas y a realizar los cambios necesarios para empezar a vivir mejor. Coaching es un proceso de conversaciones que se basa en tres fundamentos: tomar conciencia, reflexión y acción.

En las sesiones el coach se usa varias herramientas que incitan al cliente a examinar su manera de pensar y actuar, crear estrategias para superar obstáculos, y reconocer las fortalezas y recursos que le van a apoyar en el proceso de alcanzar la meta deseada.

Coaching inspira y motiva a las personas a crear el tipo de vida que quieren vivir.

#### D. 7) Gemoterapia

Desde la antigüedad se han utilizado los cristales de cuarzo y diversos minerales por sus extensas propiedades.

Toda materia tiene una vibración intrínseca, cuanto más lenta, más densa es la materia y viceversa, hasta llegar a la vibración sutil de la energía. Esta vibración no se puede observar con los sentidos físicos, pero sí se pueden llegar a sentir sus efectos en el cuerpo humano.

Cada cristal además, tendrá su propia frecuencia o 'música' dependiendo del color y de la forma que tenga.

Según la tradición milenaria oriental, el cuerpo humano tiene canales de energía con unos puntos concretos principales, donde ésta se manifiesta con mayor intensidad. Hay muchos, pero los más conocidos son 7, los llamados chakras principales, aunque recientemente se ha sabido que tenemos más por encima de la cabeza (coronilla) y por debajo de los pies. Y también se les asigna un color determinado a estos centros de energía, siguiendo la gama del arco iris. Así pues, los cristales o piedras preciosas van a sintonizar con cada centro dependiendo del color, pues vibrarán con la misma resonancia, armonizándolos.

#### D.8) Risoterapia: mejora tu vida divirtiéndote

La Risoterapia es una hermosa puerta para lograr la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de amar, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad, sencillamente utilizando la risa como camino. Se ha comprobado que la risa franca, la carcajada, aporta múltiples beneficios: rejuvenece, elimina el estrés, tensiones, ansiedad, depresión, colesterol, adelgaza, dolores, insomnio, problemas cardiovasculares, respiratorios cualquier enfermedad. Nos aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre nuestros sentidos, ayuda a transformar nuestras pautas mentales.

## Conclusiones

- **Violencia intrafamiliar se refiere a cualquier acción, omisión o conducta, mediante la cual se ocasiona sufrimiento físico, psicológico, sexual y patrimonial mediante el engaño, seducción, amenaza, acoso, coacción o cualquier otra medida en contra de uno o más miembros de la familia.**
- **La seriedad de las consecuencias de la violencia intrafamiliar se derivan no solo del abuso y su severidad sino fundamentalmente, de la traición que la víctima experimenta ante un maltrato ejercido por quien le debía especial respeto, atención y cuidado.**
- **Las actividades ilegales que desarrollan jóvenes, cuya conducta no discurre por unas causas sociales aceptadas ni sigue las mismas pautas de integración que la mayoría, no surgen repetidamente, sino que forman parte de un proceso gradual de socialización desviada que poco a poco se va agravando.**
- **Psicopatología, es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales, puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, psicodinámico, socio-biológico y el conductual, entre otros.**
- **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.**
- **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 alívio de corta duración.**

## **Capítulo 3**

### **Referente metodológico**

#### **Introducción**

En la Práctica Profesional Dirigida se brinda atención psicológica a personas que lo demanden, así como se capacita a padres, maestros, estudiantes con temas de salud mental, se realiza dentro del curso de práctica determinada metodología a utilizar en el trabajo con los pacientes con avances se llevaría a cabo este proceso, dicha metodología se presenta a continuación.

#### **3.1 Programa de práctica profesional dirigida**

##### **I. 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.

## II. 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**

## III. 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.**

#### IV. Contenido temático del curso

1. Planificación de programas de aplicación de la Psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en 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

#### V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la Universidad
- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.
- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.

- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

## VI. Formas / Técnicas / Procedimientos de evaluación

Actividades	Punteo
<b>I FASE</b>	
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
<b>Total</b>	<b>35 puntos</b>
<b>II FASE</b>	
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
<b>Total</b>	<b>35 puntos</b>
<b>III FASE</b>	
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
<b>Total</b>	<b>30 puntos</b>
<b>Total de las 3 fases</b>	<b>100 puntos</b>

El curso se aprueba con 70 puntos.



### 3.2 Cronograma de práctica profesional dirigida

#### I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
29 y 5-02	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información general</li> <li>• Asignación de Centros de Práctica</li> <li>• Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</li> <li>• Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo</li> <li>• Diagnóstico de Conocimientos</li> </ul>	<p>Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos</p>
12 y 19-02 26 y 5-03	<p>Uso del Manual de Estilo</p> <p>La entrevista</p>	<p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo</p> <p>Ejercicios con resumen de entrevista</p>	<p>Guía de lectura Valor 5 puntos</p>
12 y 19 03	<p>Documentos de registro: Historia clínica, plan Terapéutico. Informe Clínico</p>	<p>Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de Marzo</p> <p>Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades</p>	<p>Entrega y revisión Valor 5 puntos</p>
		<p>Investigación de problemática principal atendida en el centro de Práctica</p>	<p>Entrega y revisión Valor 5 puntos</p>
26 y 9-04	<p>Referente metodológico</p>	<p>Elaboración de Referente metodológico</p>	<p>Entrega y revisión Valor 5 puntos</p>
Mes de marzo	<p>Detección y atención de casos en c</p>	<p>Atividades de rapport e inicio de detección de casos/dinámicas, juegos, Entrevistas, etc. Discusión de casos</p>	<p>Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos 2 casos)</p>
16 y 23- 04	<p>Marco de referencia</p>	<p>Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios</p>	<p>Entrega y revisión Valor 5 puntos</p>
30-4 y 7- 05  14 y 21- 05	<p>Análisis y discusión de formas de Psicoterapia</p>	<p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Informes/ cada mes</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes</p>

## II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de Trabajos
28 -05 y 4-06	Supervisión de actividades primer grupo		
11 y 18-06	Supervisión de actividades segundo grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica. Valor 10 puntos
Meses de junio y julio	Atención de casos <i>individuales Y familiares</i>	Elaboración de Historias Clínicas <i>Discusión de casos/ llevar caso principal al aula</i>	Presentación de 5 historias Clínicas. Valor 5 puntos Participación
2 y 9-07	Aplicación de técnicas de Intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico  Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. Valor 5 puntos
16, 23-30-07	Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	I investigación sobre tema de Psicopatología. Valor 5 puntos
6 y 13-08	Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos
20 y 27-08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores  Elaboración de Proyecto de Salud Mental  Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad.  Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas  Entrega de proyecto Valor 5 puntos  Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

### III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

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

### 3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Planificación de Práctica Profesional Dirigida.

Nombre del Alumno: *Nancy Julissa Herrera Morales*

Centro de Práctica: *Liga Guatemalteca de la Salud Mental*

Asesora: *Licda. Sonia Pappa*

#### Mes de abril

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<p>➤ Conoce las fortalezas y debilidades del centro de práctica, por medio de las entrevistas realizadas con los encargados y personas beneficiadas, identificando las principales necesidades que se presentan en la institución.</p> <p>➤ Analizar los casos detectados en el centro de práctica, realizando las entrevistas a las debidas personas, tomando en cuenta los temas sobresalientes para las charlas a impartir.</p>	<p><input type="checkbox"/> Entrevistas con los encargados de la institución.</p> <p><input type="checkbox"/> Entrevistas con personas que obtienen beneficios de parte de la institución.</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnóstico institucional.</p> <p><input type="checkbox"/> Investigación acerca de la problemática principal del centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Detectar las necesidades del centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Detección de casos en el centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Entrevistas con las personas de los casos detectados.</p> <p><input type="checkbox"/> Realización de hojas clínicas de los casos atendidos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Humanos: -Encargados de la Institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p><input type="checkbox"/> Describe las debilidades del centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Enumera cada una de las fortalezas que destacan a la institución.</p> <p><input type="checkbox"/> Conoce a qué población atiende la institución.</p> <p><input type="checkbox"/> Analiza la problemática principal y clasificar las necesidades observadas.</p> <p><input type="checkbox"/> Enumera y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Conoce a las personas a las que atiende la institución.</p> <p><input type="checkbox"/> Analizar la problemática principal y clasificar los temas a tratar.</p>

Mes de mayo

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<p><input type="checkbox"/> Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p>	<p><input type="checkbox"/> Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Entrevistas con las personas de los casos detectados.</p> <p><input type="checkbox"/> Realización de hojas clínicas de los casos atendidos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p><input type="checkbox"/> Enumera y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Entrevista a las personas de cada uno de los casos a tratar.</p> <p><input type="checkbox"/> Escribe las hojas clínicas de cada uno de los casos.</p>

Mes de junio

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<p><input type="checkbox"/> Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p>	<p><input type="checkbox"/> Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos.</p> <p><input type="checkbox"/> Realización de hojas clínicas de los casos atendidos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p><input type="checkbox"/> Enumera y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Utiliza las técnicas y estrategias en los casos atendidos.</p> <p><input type="checkbox"/> Escribe las hojas clínicas de cada uno de los casos.</p> <p><input type="checkbox"/> Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.</p>

Mes de julio

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<p><input type="checkbox"/> Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p>	<p><input type="checkbox"/> Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p><input type="checkbox"/> Enumera y describe cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Utiliza las técnicas y estrategias en los casos atendidos.</p> <p><input type="checkbox"/> Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.</p>

Mes de agosto

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE LOGRO
<p><input type="checkbox"/> Dar a conocer al encargado de la institución los informes de los casos atendidos durante la práctica, como también los temas que fueron impartidos durante la misma.</p>	<p><input type="checkbox"/> Informe de los casos detectados en el centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Clausura en el centro de práctica.</p>	<p><input type="checkbox"/> Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p><input type="checkbox"/> Describe cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Explica el avance y tratamiento que se brinda a cada caso.</p> <p><input type="checkbox"/> Plática con los encargados agradeciéndoles por permitir realizar la práctica.</p>

## 3.4 Subprogramas

### 3.4.1 Programa de atención de casos

#### I. Introducción:

El programa de atención de casos, responde a la demanda de asistencia psicológica a personas que la necesiten, se llevará a cabo en las instalaciones de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, como un servicio a la comunidad, esperando contribuir a la buena salud mental de los vecinos chimaltecos. En dicho programa se podrá recibir asesoramiento, atención psicológica individualizada y/o entrenamiento en grupo, según los casos.

#### II. Objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares desde un punto de vista integral, donde se trata de coordinar la atención a las distintas necesidades de ambos, a nivel físico, psicológico y social.
- Permitirle al paciente que encuentre por sí mismo la solución que le conviene mediante el emprendimiento de un diálogo constructivo.
- Impulsar la auto aceptación

### III. Actividades:

- **Brindar Atención Preventiva**

Este tipo de atención se brinda a través de la implementación de cursos, talleres, conferencias, campañas y todas aquellas actividades que giren en torno a la prevención en salud mental.

- **Orientación Psicológica**

El objetivo es brindar atención individual a través de orientación psicológica en diferentes situaciones que afecten la vida del individuo (depresión, problemas familiares, personales, de pareja, etc.)

#### 3.4.2 Programa de Capacitación

##### 3.4.2.1 Programa de capacitación de violencia familiar

###### A.) Introducción

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

###### B.) Objetivos

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



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

### C.) Actividades

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

### 4.3 Proyecto de Salud Mental

ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación (énfasis en la intervención psicológica que se brindará)	Mirian Castro (español) Aisha Tepaz (Kaqchiquel)	10 min
Información general sobre las actividades a desarrollarse (especialidades médicas, atención psicológica a grupos específicos, entrega de medicamentos, etc.)	Sara Bala	10 min
Intervención psicológica a los grupos específicos, de acuerdo a cada plan de acción elaborado	Cada grupo responsable, de acuerdo al plan de intervención elaborado para la población específica que será atendida	El tiempo que sea necesario
Conducción de personas a las especialidades médicas (aclaración de dudas, persuasión de la necesidad de exámenes para mujeres, etc.)	Cada grupo responsable	15 min
<b>REFACCIÓN PARA LOS COLABORADORES</b>		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea necesario
<b>ALMUERZO PARA COLABORADORES Y ESTUDIANTES (30 min)</b>		
Continuación de la intervención psicológica y atención médica		
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	5 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de Fuentes	Toda la actividad

## **Capítulo 4**

### **Presentación de resultados**

#### **Introducción**

Como todo trabajo que se emprende, en la Práctica Profesional Dirigida se presentaron ciertas limitaciones, pero también se obtuvieron grandes logros, los cuales se detallan en el presente capítulo. Se presentan resultados de cada uno de los programas en forma gráfica para una mejor comprensión de los mismos.

#### **4.1 Programa de atención de casos**

##### **4.1.1 Logros**

- Durante el período de práctica en el Liga Guatemalteca de Higiene Mental la asistencia a la clínica de psicología aumentó considerablemente el número de pacientes atendidos, entre niños, adolescentes y adultos.
- Se observó la frecuencia de los pacientes que asistían con regularidad a sus citas, mostrando avances significativos por medio del tratamiento.

##### **4.1.2 Limitaciones**

- La principal limitante encontrada en el centro de práctica, fue que al inicio del proceso no frecuentaban pacientes el centro por falta de promoción de los servicios.

- La Liga Guatemalteca de Higiene Mental, no cuenta con un psicólogo de planta que brinde atención psicológica todos los días, solamente llega el día sábado.
- Las personas buscan ayuda psicológica, y cuando están los estudiantes de psicológica la encuentran y luego se quedan sin dicha ayuda, en temporada de vacaciones, dígame de septiembre a marzo.

#### 4.1.3 Conclusiones

- La Práctica Profesional Dirigida requiere mucho profesionalismo, entrega y responsabilidad, ya que se enfrentan problemas reales de personas en situaciones reales, a los que se les debe dar la debida importancia.
- El área de psicología se abre campo lentamente entre la población urbana y rural de Chimaltenango, que cada vez más busca los servicios del psicólogo, muchas veces por iniciativa propia y en su mayoría por recomendación del médico general o especialista.
- El psicólogo clínico también cumple la función de orientador y educador en los temas de salud, ya que el paciente muchas veces puede evitar problemas físicos y emocionales con una buena orientación.

#### 4.1.4 Recomendaciones

- Es importante que la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, cuente con un psicólogo de planta, para ayudar a las personas que necesiten ayuda psicológica, ya que las personas llegan en busca de ayuda y por falta de, se regresan.

- Es necesario un contar con un el equipo de profesionales necesarios para realizar exámenes médicos necesarios según el caso a un costo accesible a la población, que en su mayoría no cuenta con los recursos para asistir a un centro privado.
- Es importante que la población Chimalteca conozca de la valiosa ayuda que puede brindar la Liga Guatemalteca

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

##### Historia clínica No. 1

###### 1. Datos generales

Nombre: J.P.P.C

Edad: 12 años

Sexo: Masculino

Dirección: zona 4, Chimaltenango

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: 5to. Primaria

Religión: Católico

Evaluador: Nancy Julissa Herrera Morales

## 2. Motivo de consulta

Remitido por el maestro de su escuela. Se queja frecuentemente de dolores de cabeza, guiñe constantemente el ojo derecho, hace un ruidito como si estuviera cantando) empuja hacia fuera los ojos, especialmente cuando está ansioso o preocupado por algo.

## 3. Enumeración de los síntomas

- ✓ Nivel cognitivo: CI dentro del rango normal, pensamientos recurrentes sobre temores a la muerte o la enfermedad.
- ✓ Nivel afectivo: afecto adecuado.
- ✓ Nivel conductual: Se muestra amable, educado, obediente, pero tímido, callado y da respuestas cerradas.
- ✓ Nivel motivacional: manifiesta tristeza por las molestias físicas y porque teme que le ataquen estando en público.
- ✓ Nivel físico: dolores de cabeza frecuentes, mueve el cuello y empuja hacia delante los ojos de forma repetitiva.

## 4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: en el ambiente familiar se muestra temeroso de quedarse solo, es muy dependiente de la madre.

4.2 Relaciones sociales: se relaciona solamente con un compañerito de clase que tiene un año menos que él, es tímido cuando se encuentra en grupo.

## 5. Historia de la queja actual y episodios previos

5.1 Atribución sobre los problemas: la madre le atribuye los síntomas a dos golpes recibidos en la cabeza y uno en la frente, a los dos años.

5.2 Historia del problema: los tics iniciaron cuando entró a la escuela, pero aumentaron hace un año cuando murió su abuelita, a la que quería mucho, un día después sufrió una caída, no sabe si fue un desmayo y se golpeó la cabeza.

5.3 Episodios previos similares: ha tenido episodios de menor intensidad desde que inició la escuela.

5.4 Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales: tratamiento médico con suplementos alimenticios y vitaminas.

## 6. Historia Familiar

Es el menor de dos hijos, tienen una hermanita mayor que él, nació en un hogar integrado, por su padre de 35 y la madre 33 años. Durante el embarazo la madre sufrió problemas emocionales y tuvo amenazas de aborto, pero nació sano con un peso y talla adecuados, creció muy dependiente de su madre ya que el padre tiene un carácter fuerte y espera mucho de él por ser el único varón. Desde pequeño fue un niño tímido y temeroso.

7. Social: Es un niño reservado, tímido y temeroso, se relaciona con un grupo pequeño de niños de su edad, teme a sus compañeros mayores.

7.1 Educacional: Es un buen estudiante, dedicado y ha obtenido muy buenas calificaciones.

## 8. Diagnóstico Multiaxial

Eje I (Trastorno identificado)

- Tics crónicos motores.
- Trastorno por estrés postraumático.

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

Eje III (Trastornos somáticos identificados): Ninguno

Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico): Ninguno

Eje V (Grado de adaptación psicosocial): EEAG: 60

9. Tratamiento: referencia al psiquiatría o neurología, fortalecimiento de autoestima, terapia cognitivo conductual.

## Historia clínica No. 2

### 1. Datos Generales

Nombre:	E.A.T.I
Edad:	8 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Itzapa, Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Escolaridad:	3to. Grado primaria
Religión:	Cristiano
Evaluador:	Nancy Julissa Herrera Morales
Fecha:	19 de mayo de 2010

### 2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, se niega a cumplir con las tareas escolares, y tareas que se le encomienden en casa, toma dinero de sus abuelos y mamá.

### 3. Enumeración de los síntomas

- ✓ Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- ✓ Nivel afectivo: afecto restringido, que manifiesta tristeza.
- ✓ Nivel conductual: rebeldía, inconstancia, enojo.
- ✓ Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- ✓ Nivel físico: cansancio, sueño, manchas en la piel

#### 4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: constantemente recibe regaños por sus padres, no le gusta bañarse, tiene dos hermanas una mayor que él, una menor que él y su hermanito de 8 meses (no lo quiere), cuando su madre lo deja al cuidado de él lo empuja y le da almohadazos en la cabeza.

4.2 Relaciones sociales: no le gusta relacionarse con los niños de su edad, les pega y no respeta a las personas mayores.

4.3 Atribución sobre los problemas: se atribuye el problema a que desde hace un año él y su hermana mayor duermen con sus abuelos para hacerles compañía, sus abuelos no los corrigen y se mantiene de muy mal humor en casa con su familia, con los que está todo el día.

#### 5 Historia del problema:

E.A.T.I ha sufrido desde muy pequeño porque su abuela no acepta a su mamá y la trata muy mal, entonces le dice que no le haga caso, manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde que se fue a vivir con ellos.

Anteriormente presentó cambios en su conducta y rendimiento escolar, pero en menor grado que en la actualidad.

#### 6. Antecedentes familiares

- Antecedentes psíquicos y físicos: baja autoestima del padre, depresión en la madre.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (no me quieren.)

Manifiesta que le gusta jugar fut bol con su padre, pero que casi nunca lo hace, pero que su madre tiene un carácter más fuerte y le restringe el hacer actividades que otros niños de su edad realizan.



## 7. Historia personal:

### Historia familiar:

J.C.P.C. es un niño de 8 años de edad, hijo de J. F. B. de treinta y cinco años, quien es albañil, y sale todo el día de su casa, y cuando llega esta muy cansado, y su madre M. E. P.M de 28 años, se dedica a vender tortillas los tres tiempos de comida por lo cual no puede atender a los niños, la madre es la única que se encuentra cerca de los niños, más no puede atenderlos ni jugar con ellos y al llegar la noche esta muy cansada, lo que ha ocasionado que los niños prefieran estar con sus abuelos quienes no le educan y dejan que hagan lo que quiera.

## 8. Diagnóstico inicial

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

Presiones inapropiadas de los padres

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

9. Tratamiento: fortalecimiento de autoestima, terapia conductual y terapia familiar.

## Historia clínica No. 3

### 1. Datos de Generales

Nombre: L.R.D.L.

Edad: 14 años

Sexo: Masculino

Dirección: El tejero Chimaltenango

Escolaridad: Segundo básico

Estado civil: soltero

Religión: Cristiano Evangélico

Evaluador: Nancy Julissa Herrera Morales

Fecha: 18-08-2010

### 2. Motivo de consulta

Sus padres fueron a traer las notas del colegio y se encuentran que ha dejado 7 clases, no se le queda lo que estudia, no tiene deseos de ir a estudiar.

### 3. Enumeración de los síntomas

- ✓ Nivel cognitivo: nivel bajo de atención, poca memoria.
- ✓ Nivel afectivo: afecto adecuado
- ✓ Nivel conductual: descuidado e inquieto.
- ✓ Nivel motivacional: manifiesta deseos de superarse

- ✓ Nivel físico: manifiesta dolor de cabeza cuando estudia.

#### 4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

Familia: existen discusiones constantes con su madre debido a las quejas de los catedráticos y el director del colegio.

Relaciones sociales: tiene una actitud irrespetuosa hacia sus catedráticos.

#### 4. Historia de la queja actual y episodios previos

4.1 Atribución sobre los problemas: la madre refiere que el joven siempre ha presentado esos problemas.

4.2 Historia del problema: desde que el joven entró a primer grado se le dificultó el aprender a leer y escribir.

5. Historia familiar: L.R.D.L. vive actualmente con su madre K.B.M.R. de 40 años, quien trabaja en bus escolar, y su padre también con quien tiene una relación amistosa, más no con la madre, ya que la madre desea que todo lo que hace se lo diga y a L.R.D.L. le molesta.

Su abuela paterna murió hace una semana, lo cual le ha entristecido mucho.

L.R.D.L. tiene una hermana menor de 8 años con quien no tiene muy buena comunicación.

6. Social: L.R.D.L. es un niño muy sociable, amistoso y siempre comparte con las personas.

7 Educacional: tiene una percepción mala del colegio, ya que lo considera aburrido y molesto. Esta percepción también es hacia los catedráticos con quienes ha tenido muchos roces y les contesta de manera inadecuada todo el tiempo.

## 8. 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): experiencias negativas en la niñez, hechos conducentes a la pérdida de autoestima durante la niñez.

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

9. Tratamiento: fortalecimiento de autoestima, terapia conductual, aprendizaje de técnicas y hábitos de estudio.

## Historia clínica No. 4

### 1. Datos generales

Nombre: A.Y.O.M

Edad: 40 años

Dirección: El tejtar, Chimaltenango

Ocupación: Ama de Casa

Escolaridad: 6to. Secretariado Bil.

Estado civil: Casada

Religión: Católica

Profesión: Secretaria Bilingüe

Lugar de Trabajo: No trabaja

Evaluador: Nancy Julissa Herrera Morales

## 2. Motivo de consulta

Experimenta muchos temores, inseguridad, celos y esto le desencadena molestias físicas como: náusea, repulsión al olor de la comida, sensación de obstrucción en la garganta y dificultad para respirar.

## 3. Enumeración de los síntomas

- ✓ Nivel cognitivo: ideaciones neuróticas.
- ✓ Nivel afectivo: estado de ánimo ansioso, irritable, en ocasiones disfórico. Afecto apropiado, lábil.
- ✓ Nivel conductual: se muestra tensa, ansiosa, preocupada.
- ✓ Nivel motivacional: manifiesta deseo y voluntad de recuperación.
- ✓ Nivel físico: molestias del sistema digestivo, náuseas, dificultad para respirar, no puede tragar la comida porque siente que algo le obstruye la garganta.

## 4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: tiene problemas con su hija mayor, quien tiene 8 años y es muy aprensiva con su hija menor de 6 años, a quien transmite su ansiedad, es muy celosa con su esposo e infunde constantemente sus temores y ansiedades a la familia.

4.2 Relaciones sociales: se muestra insatisfecha y deprimida debido a que se vino a vivir al Tejar ya que ella vivía en Guatemala, aquí no se siente a gusto, y su esposo trabaja en Guatemala lo que le ha bajado mucho el autoestima y cree que su esposo ya no la quiere, estaba acostumbrada a salir con sus amigas a refaccionar a platicar y ahora ya no las tiene cerca.

5. Historia del problema: A.Y.O.M comenzó a experimentar temor a dormir sola en su adolescencia ya que su padre a los 14 años de edad trato de abusar de ella, su madre nunca le creyó, y su ansiedad y molestias físicas iniciaron en el embarazo de su primer hijo.

5.1 Episodios previos similares: cuando era adolescente sentía temor de dormir sola y sus molestias físicas se iniciaron en el embarazo de su primera hija y se repiten cuando debe viajar y dejar a su familia.

5.2 Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales: anteriormente estuvo en tratamiento psiquiátrico y con medicamento para la depresión. Actualmente se automedica cápsulas naturales para regular el sistema nervioso. (Nervaden)

## 6. Antecedentes familiares

6.1 Antecedentes psíquicos y físicos: la madre fue víctima de violencia doméstica y tuvo varias parejas.

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

La px. no ha recibido apoyo de su madre y percibe que la madre no la ha querido nunca, ya que la abandonó con la abuela desde la edad de tres años.

## 7. Historia personal

7.1 Historia familiar: fue abandonada por sus padres a los tres años de edad, dejándola con su abuela en Tecpan, y ellos se fueron a vivir a Guatemala, a los 6 años ella se integro a su familia, luego tuvo tres hermanos, todos de los mismos padres, pero cuando ella tenia 14 años su padre quiso abusarle sexualmente, por el hecho de ser niña, y todos sus hermanos hombres su madre le hecho la culpa más nunca quiso aceptar lo sucedido, a raíz de eso ella quería salir corriendo de su casa casándose a los 17 años, por lo cual se volvió muy dependiente a su esposo.

Reconoce que es excesivamente aprensiva con sus hijas, debido a sus múltiples temores.

7.2 Social: siempre ha sido una persona alegre, muy sociable, amable y con buenas relaciones humanas.

7.4 Educacional: fue una estudiante promedio, pero muy participativa en actividades culturales de su establecimiento.

7.5 Sexual-afectiva: manifiesta problemas para disfrutar las relaciones sexuales con su esposo, quien es muy comprensivo, paciente y cariñoso hacia ella.

## 8. Diagnóstico multiaxial

Eje I (Trastorno identificado): trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Somatización.

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

Eje III (Trastornos somáticos identificados): enfermedades del aparato digestivo.

Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico): problemas ocupacionales, problemas de vivienda y problemas económicos.

Eje V (Grado de adaptación psicosocial): EEAG= 51( actual)

9. Tratamiento: terapia cognitivo conductual y terapia familiar.

## Historia Clínica No. 5

### 1. Datos Generales

Nombre:	P.V.H
Edad:	12 años
Dirección:	Zona 4, Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Escolaridad:	5to. Primaria
Religión:	Cristiano
Evaluador:	Nancy Julissa Herrera Morales
Fecha:	19 de mayo de 2010

### 2. Motivo de consulta

Remitido por su maestra de grado, a ella le preocupa mucho el comportamiento del niño ya que últimamente, tiene un estado de ánimo triste, se niega a cumplir con las tareas escolares, y tareas que se le encomienden en casa.

### Enumeración de los síntomas

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

### 4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: constantemente contesta, es muy enojado y le pega a sus hermanos.



4.2 Relaciones sociales: se relaciona adecuadamente con los niños de su edad y personas mayores, pero no manifiesta la misma energía que los niños de su edad.

4.3 Atribución sobre los problemas: se atribuye que, su padre trabajaba en un estacionamiento en donde vivían, dice el niño que un hombre que llevaba el carro a guardar lo manoseo y le bajo el pantalón, más no llegó a violarlo, desde ese día el cambio rotunda mente expresando enojo hacia las demás personas, actualmente se cambiaron de casa y de trabajo.

## 5 Historia del problema:

Manifestando tristeza, cambios de humor, (mucho enojo) bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde lo sucedido.

Anteriormente presentó cambios en su conducta y rendimiento escolar, pero en menor grado que en la actualidad.

## 6. Historia Familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: baja autoestima, cambios de humor.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

Manifiesta que su padre es muy bueno, no acepta que su mamá le regañe.

## 7. 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

Presiones inapropiadas de los padres

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

9. Tratamiento: fortalecimiento de autoestima, terapia conductual y terapia familiar.

## 4.2 Programa de Capacitación

### 4.2.1 Logros

- A través del programa de capacitación se pudo cumplir una función preventiva y educativa en temas de importancia tales como violencia doméstica, prevención del abuso sexual, autoestima entre otros.
- Es importante mencionar que la población alcanzada fue muy variada, niños, adolescentes, jóvenes y adultos de distintos niveles económicos y sociales.

### 4.2.2 Limitaciones

- Una de las limitaciones encontradas fue el acceso a la institución, ya que no se encuentra en un área céntrica y esto hace difícil el acceso para algunas personas.
- La población chimalteca desconoce que existe la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

### 4.2.3 Conclusiones

- Hoy en día existe una saturación de información por todos los medios, pero no necesariamente es provechosa o saludable, es por ello que el psicólogo cumple una función importante como orientador en las principales áreas de la vida.
- Un tema básico para el desarrollo integral del ser humano es la autoestima, quizás escuchado por muchos, pero no sabe como convertirlo en una vivencia.
- Actualmente la sexualidad es vista desde muchos puntos de vista, unos muy liberales, algunos intermedios y otros aún muy cerrados y llenos de tabúes. Es por ello que es necesario brindar una orientación equilibrada que resalte el carácter humano de la sexualidad y no solo el carácter físico e instintivo de la misma.

### 4.2.4 Recomendaciones

- Las instituciones educativas y laborales deben dar la importancia necesaria a la capacitación de las personas que las integran. Ya que de esta manera se pueden prevenir diversos problemas que les pueden llegar a afectar en las diferentes áreas en que se desenvuelven.
- Todos los profesionales podrían brindar un servicio social, compartiendo temas básicos de la vida del ser humano, para contribuir a la formación de una sociedad prevenida, educada y fuerte.

## 4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

### 4.2.5.1 Charla I

**Tema: La Autoestima**

Dirigida a jóvenes de primero básico, secciones “A” y “B” del Instituto de Educación Básica INEB Jornada Vespertina, los días 16 y 12 de agosto de 2010, en horario de 14:30 a 16:30 horas.

#### A. Objetivos

Los jóvenes asistentes a la charla:

- Comprenden el significado de la palabra autoestima.
- Valoran la importancia de una buena autoestima.
- Enumeran sus cualidades y defectos.
- Identificar su estado emocional y su nivel de autoestima.
- Poner en práctica formas para cuidarse física y emocionalmente.
- Enumeran sus metas y proponen formas de lograrlas

#### B. Técnicas a utilizar

- Dinámica rompe hielo “El Merequetengue tengue tengue”
- Exposición del tema
- Taller individual de fortalezas y debilidades

### C. Recursos

- Equipo de sonido
- Pizarrón
- Computadora portátil
- Cañonera
- Hojas de trabajo
- Crayones
- Lapiceros

### D. Agenda de actividades

<b>Actividad</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y presentación	Tema: Autoestima	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Carrera de globos	10 minutos
Dinámica el espejo	Autoconocimiento y aceptación	10 minutos
Desarrollo primera Parte	Concepto de Autoestima	15 minutos
Hoja de trabajo 1	Mis cualidades y defectos	15 minutos
Hoja de trabajo 2	Mi autorretrato	15 minutos
Dinámica merequetengue	Sé tú mismo	10 minutos
Desarrollo segunda parte	Causas de una baja autoestima	10 minutos
Hoja de trabajo 3	Mi árbol	15 minutos
Desarrollo tercera parte	Declaración de autoestima	10 minutos

#### 4.2.5.2 Charla II

**Tema: Problemas que afectan a los adolescentes y como resolverlos**

Dirigida a jóvenes de segundo básico, secciones “A” y “B” del Instituto de Educación Básica INEB Jornada Vespertina, los días 19 y 23 de agosto de 2010, en horario de 14:30 a 16:30 horas.

##### A. Objetivos

Los jóvenes asistentes a la charla:

- Enumeran problemas que afectan su estado físico y emocional.
- Identifican soluciones favorables para actuar frente a los problemas que le afectan cotidianamente.
- Identificar su estado emocional y su nivel de autoestima.
- Poner en práctica formas para cuidarse física y emocionalmente.
- Valoran la importancia de el tener una buena autoestima.
- Enumeran sus metas y proponen formas de lograrlas.

##### B. Técnicas a utilizar

- Dinámica rompe hielo “El Periquito”
- Proyección de una reflexión “La mariposa Azul”
- Exposición del tema
- Taller grupal de identificación de problemas que les afectan.
- Puesta en común de los resultados del taller.

## C. Recursos

- Equipo de sonido
- Pizarrón
- Computadora portátil
- Cañonera
- Papelógrafos
- Marcadores

## D. Agenda de actividades

<b>Actividad</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y presentación	Tema: Problemas que afectan a los adolescentes y como resolverlos	10 minutos
Dinámica rompe hielo	El Periquito	15 minutos
Desarrollo primera Parte	Proyección de reflexión	15 minutos
Dinámica merequetengue	Sé tú mismo	10 minutos
Desarrollo segunda parte	Exposición del tema	25 minutos
Taller	Identificación de problemas que afectan a los adolescentes y como resolverlos	25 minutos
Desarrollo tercera parte	Exposición por grupos de trabajo	20 minutos

## 4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

### 4.3.1 Logros

- Durante el proyecto de salud mental se logró promocionar el trabajo que realiza el profesional de psicología y en qué lugares pueden consultarlo.

- También se brindó un aporte significativo a los afectados por la tormenta Agatha en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango. Brindando atención psicológica, médica, planificación familiar y Vacunación.

### 4.3.2 Limitaciones

Una de las limitantes que se presentó fue que en una de las comunidades citadas al proyecto el día planificado para el mismo se llevó a cabo una actividad política, lo que llamó la atención de los habitantes, impidiendo su participación en el proyecto.

### 4.3.3 Conclusiones

- Las catástrofes repercuten en la integridad psicológica de los afectados, tanto víctimas como profesionales que actúan en el lugar del hecho.
- *Es esencial el desempeño de la intervención psicológica que permita que las personas afectadas adquieran una actitud positiva dentro del difícil marco que están viviendo.*
- Esto se logrará a través de la intervención terapéutica adecuada, que irá restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis. Igualmente, esta ayuda será de gran beneficio para el correcto manejo del duelo resultante de la pérdida de seres queridos, víctimas de la catástrofe experimentada en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, de Santa Apolonia en Chimaltenango.



#### 4.3.4 Recomendaciones

- Realizar una intervención psicológica inmediata en la situación de catástrofe (primeros auxilios psicológicos), fundamental dada la dimensión y el gran impacto psicológico que sufren las víctimas y familiares de las comunidades en mención.
- Dar seguimiento psicológico a los afectados después de la catástrofe, para ayudarlos a reanudar en lo posible, el desarrollo de sus actividades, o bien la adaptación a cambios importantes originados por la catástrofe. De esta manera se minimizará el nivel del trastorno de estrés postraumático.
- Evaluar y dar atención psicológica a los profesionales que se desempeñan en situaciones de catástrofe, enfocándose específicamente a prevenir el Síndrome de Burnout.

#### 4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

##### Introducción

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

Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza. Sin embargo,

en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo. Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágatha que recientemente golpeara a Guatemala.

## 1. Antecedentes

Guatemala es uno de los países que más severamente ha sido afectado en los últimos tiempos debido a eventos climáticos de fuerza mayor, tal es el caso de tormentas, huracanes y depresiones tropicales. Debido a la incesante tala de árboles en extensas áreas de los diversos departamentos del país, se ha dado el fenómeno de los deslaves, derrumbes y erosiones que han dado paso a severas inundaciones y catástrofes que han cobrado muchas vidas, específicamente en el área rural del occidente del país.

En este sentido, el departamento de Chimaltenango, situado en el área del altiplano central del país, ha sido uno de los más afectados con tales eventos, específicamente en los municipios de Tecpán Guatemala, Santa Apolonia, San Martín Jilotepeque y otros más. La destrucción que ha quedado posterior al paso de los eventos climáticos que se han experimentado, ha cambiado no sólo la geografía del área, sino la vida de los pobladores más afectados.

El 29 de mayo, la tormenta tropical Agatha tocó tierra en las costas del departamento de San Marcos en Guatemala, y comenzó a debilitarse. Sin embargo y contra todos los pronósticos, al adentrarse en el territorio nacional, ésta cobró fuerza dando paso a uno de los mayores desastres naturales que la población guatemalteca ha enfrentado en el presente siglo. Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país.

Dentro de los lugares más afectados a nivel de infraestructura, vivienda y vidas humanas, se encuentra el municipio de Santa Apolonia, del departamento de Chimaltenango. Los pobladores perdieron gran parte de sus pertenencias, reportándose al 31 de agosto, un total de 19 víctimas mortales y más de 1,500 personas damnificadas. Adicionalmente, la infraestructura vial y las viviendas de los pobladores quedaron seriamente dañadas, lo cual ha impedido continuar con una cotidianidad normal y equilibrada, lo cual queda de manifiesto en la actitud de desolación que se palpa en una gran mayoría de los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del citado municipio.

## 2. Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, y luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores puedan lograr una resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian después del paso de la tormenta Ágatha; esto, a través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

Así mismo, de acuerdo a información recabada y datos estadísticos proporcionados por el Área de Salud de Chimaltenango, se determinó que era necesario proporcionar también ayuda de otra índole, tal es el caso de asistencia médica, exámenes de diagnóstico, métodos de planificación familiar, medicamentos gratuitos, etc. De esta manera se estaría proporcionando apoyo de forma integral a la población enfocada en el proyecto mencionado, haciendo énfasis en la intervención psicológica que se desarrollará en forma individual y apegada a las necesidades de cada grupo específico (niños, adolescentes, mujeres y hombres), enfocándose en lograr restablecer en un porcentaje considerable, la salud mental de los pobladores, principalmente en cuanto al valor de la vida, la familia y los recursos con que aún cuentan.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 General**

**Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Ágatha, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.**

#### **3.2 Específicos**

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

#### **4. Descripción de la crisis provocada por el estrés postraumático**

La crisis que un grupo social o bien una persona sufre luego de experimentar un evento catastrófico, es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios del individuo y del grupo, se hace presente un estado de invalidez, de desprotección e incapacidad para continuar la vida cotidiana. Aún cuando todavía se cuenta con algunos medios y recursos para subsistir, el grupo o la persona, que está severamente afectada e impresionada, se niega de alguna forma, a ver el lado positivo de la situación, que radica en descubrir su potencial para salir adelante con lo que le ha quedado.

#### **5. Pautas para elaborar un programa de intervención**

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

- Dar seguimiento evaluando las etapas de acción. Brindar la ayuda psicológica después de la catástrofe.

## 6. Tratamiento del estrés postraumático

La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Con la intervención terapéutica se reduce el impacto psicológico y se evita la cronificación del trastorno.

Las alternativas terapéuticas que existen y las cuales el profesional puede utilizar para obtener los resultados deseados, son:

- Testimonio: Consiste en que el grupo o el paciente relate la historia lo más detalladamente posible; de este modo se gana control sobre el pasado y la experiencia va pasando de ser rígida, a ser más flexible y se consigue una reelaboración del trauma.
- Técnicas cognitivas:
  - Resolución de problemas
  - Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas
  - Análisis de creencias erróneas (no es culpable de su experiencia)
  - Inoculación del estrés para disminuir la tensión, la activación fisiológica, sustituir ideas negativas por pensamientos positivos
  - Técnicas Conductuales:
    - Desensibilización sistemática para conseguir la habituación del objeto temido
    - Interrupción del pensamiento
    - Técnicas de relajación
    - Terapias de grupo (grupos de autoayuda)
    - Terapia familiar, si es necesaria
    - Recuperación de actividades cotidianas de acuerdo a la nueva situación general

## **7. Atención psicológica para el profesional**

En la intervención psicológica ante una catástrofe, se hace fundamental proporcionar recursos y técnicas para afrontar las situaciones estresantes, al profesional que intervendrá en dicha situación. De esta manera se previene el desgaste emocional y profesional (Síndrome de Burnout). Se deberá trabajar toda el área concerniente al manejo del estrés, de la ansiedad y aplicación del autocontrol ante dicha situación.

## **8. Metodología**

Para el desarrollo del proyecto de salud mental, los alumnos de quinto año de Psicología y Consejería Social, desarrollaron una serie de discusiones, análisis de las necesidades de las comunidades seleccionadas para la ayuda, así como la elaboración de un plan de acción que se apegara a dichas necesidades. En tal sentido, se definió lo siguiente:

### **8.1 Datos generales**

**Lugar:** Comunidades de La Vega y Parajbey, Santa Apolonia,

**Chimaltenango**

**Fecha:** Sábado 16 de octubre de 2010

**Hora:** De 9:00 a.m., a 4:00 p.m.

**Dato estimado de la Población:** 800 a 1,000 personas aproximadamente

### **8.2 Grupos de intervención psicológica**

Con la finalidad de proporcionar una intervención psicológica más efectiva y orientada a las necesidades individuales observadas, se determinó dividir a la población atendida en grupos determinados.

**Para ello se elaboró un plan de acción específico dirigido a:**

- a) Niños
- b) Adolescentes
- c) Mujeres
- d) Hombres

### **8.2.1 Plan de acción de cada grupo**

Véanse anexos.

### **8.3 Comisiones de trabajo**

Para definir una mejor organización y ahorrar tiempo y recursos, se tomó la decisión de formar comisiones de trabajo encargadas de los distintos aspectos que se necesitaba cubrir. En tal sentido se nombraron las siguientes comisiones:

- a) Publicidad
- b) Logística
- c) Proyecto escrito
- d) Recolección y distribución de víveres
- e) Monitoreo de la actividad

### **8.4 Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas**

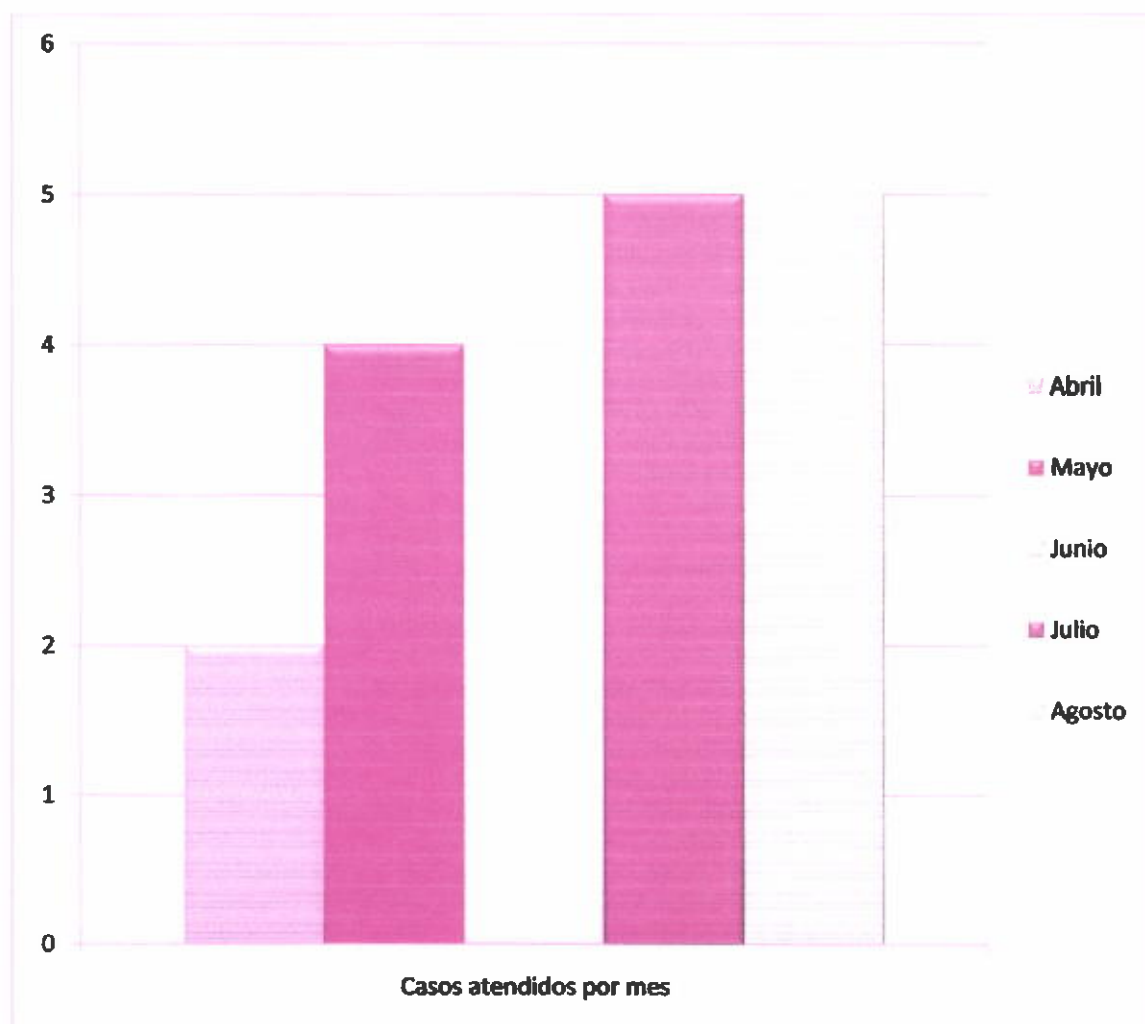
- Psicología Clínica
- Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (papanicolau)
- Planificación familiar (colocación de Jadelle y T de cobre)
- Medicina general (AMES, estudiantes de EPS del Puesto de Salud)
- Medicamentos gratuitos
- Sorteo de víveres como estímulo



#### 4.4.1 Presentación de resultados

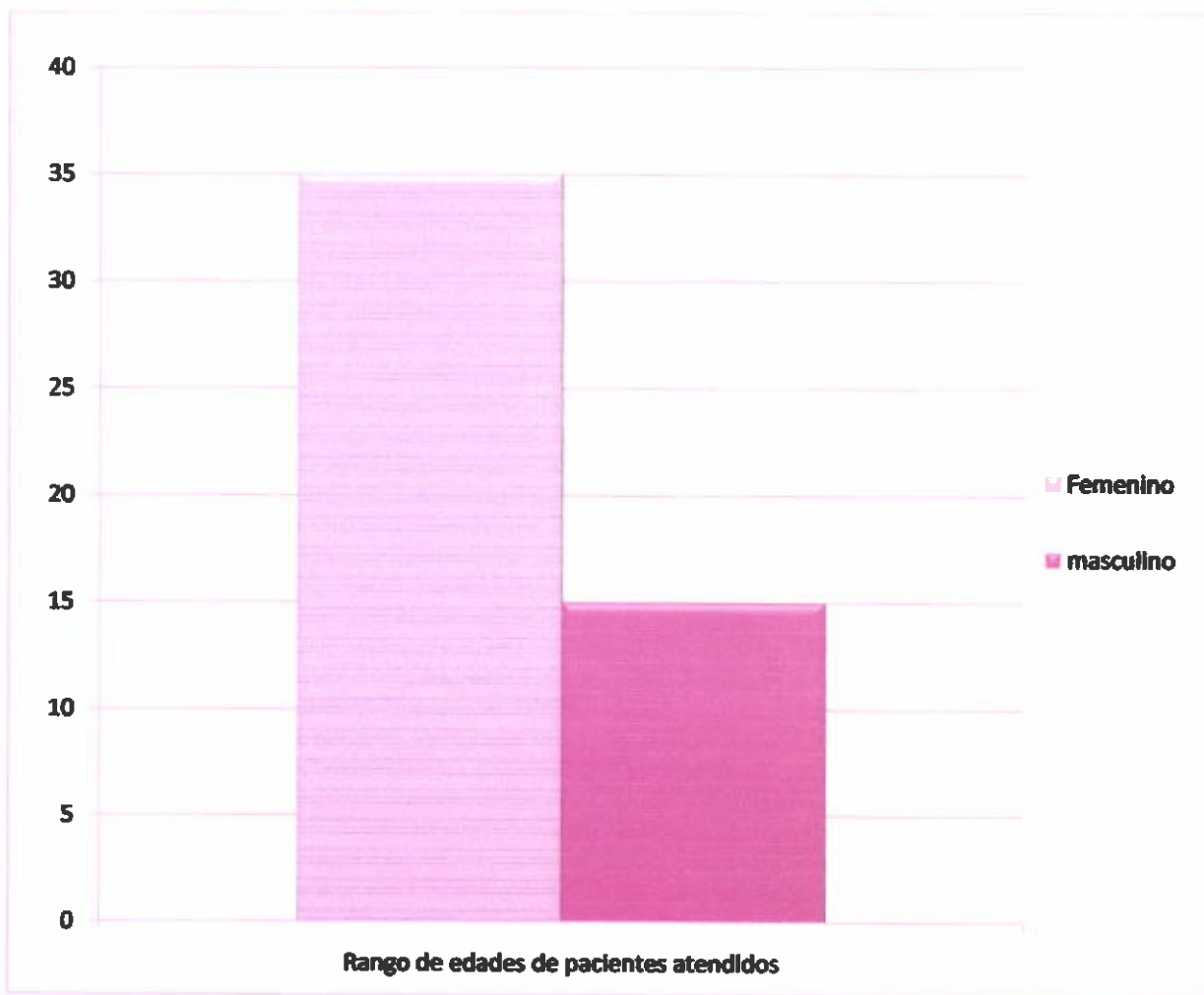
##### 4.4.1.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1. Casos atendidos por mes en el centro de práctica.



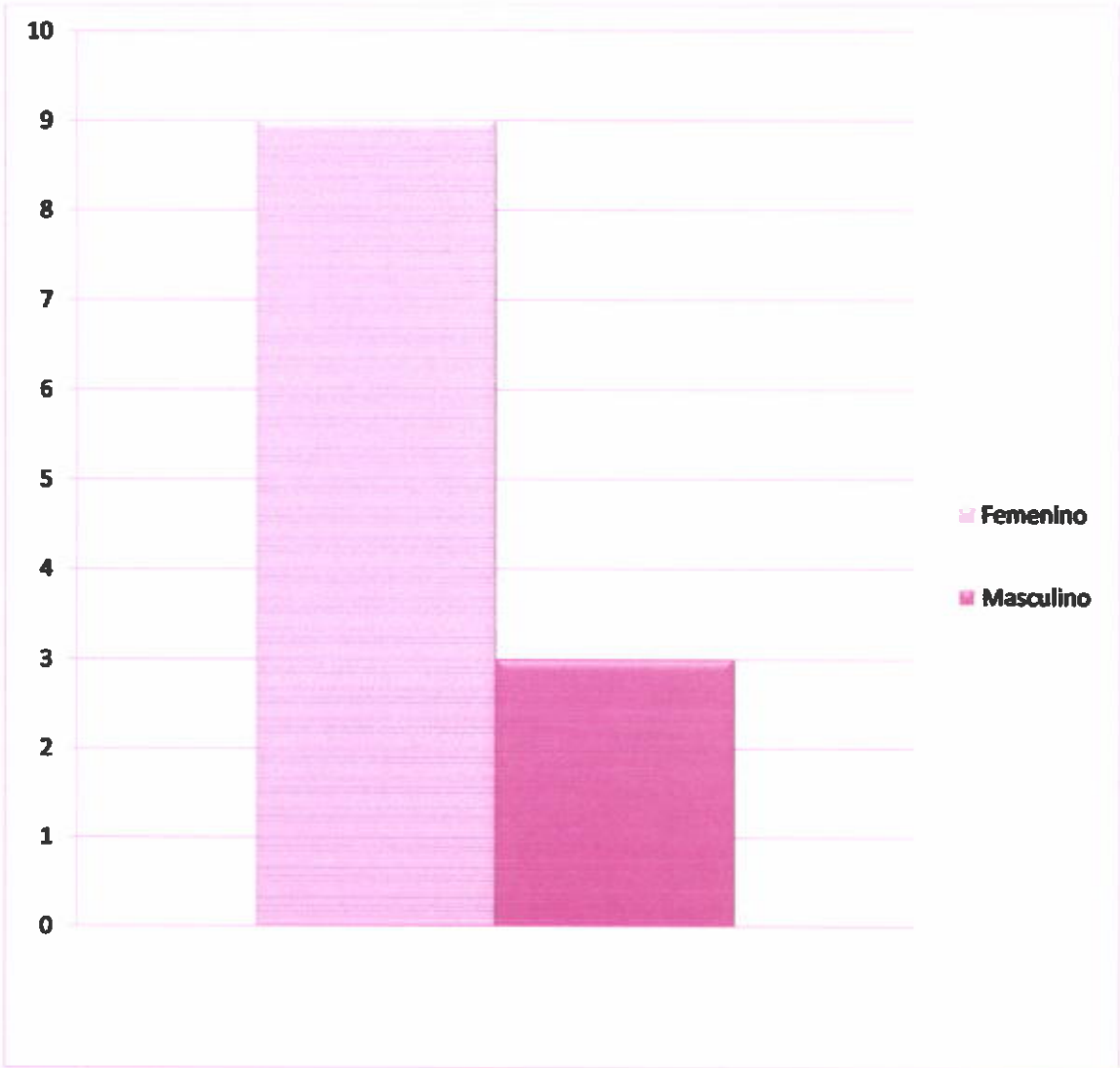
Fuente: Elaboración propia

**Gráfica 2. Rango de edades de pacientes atendidos en La Liga Guatemalteca de Higiene Mental.**



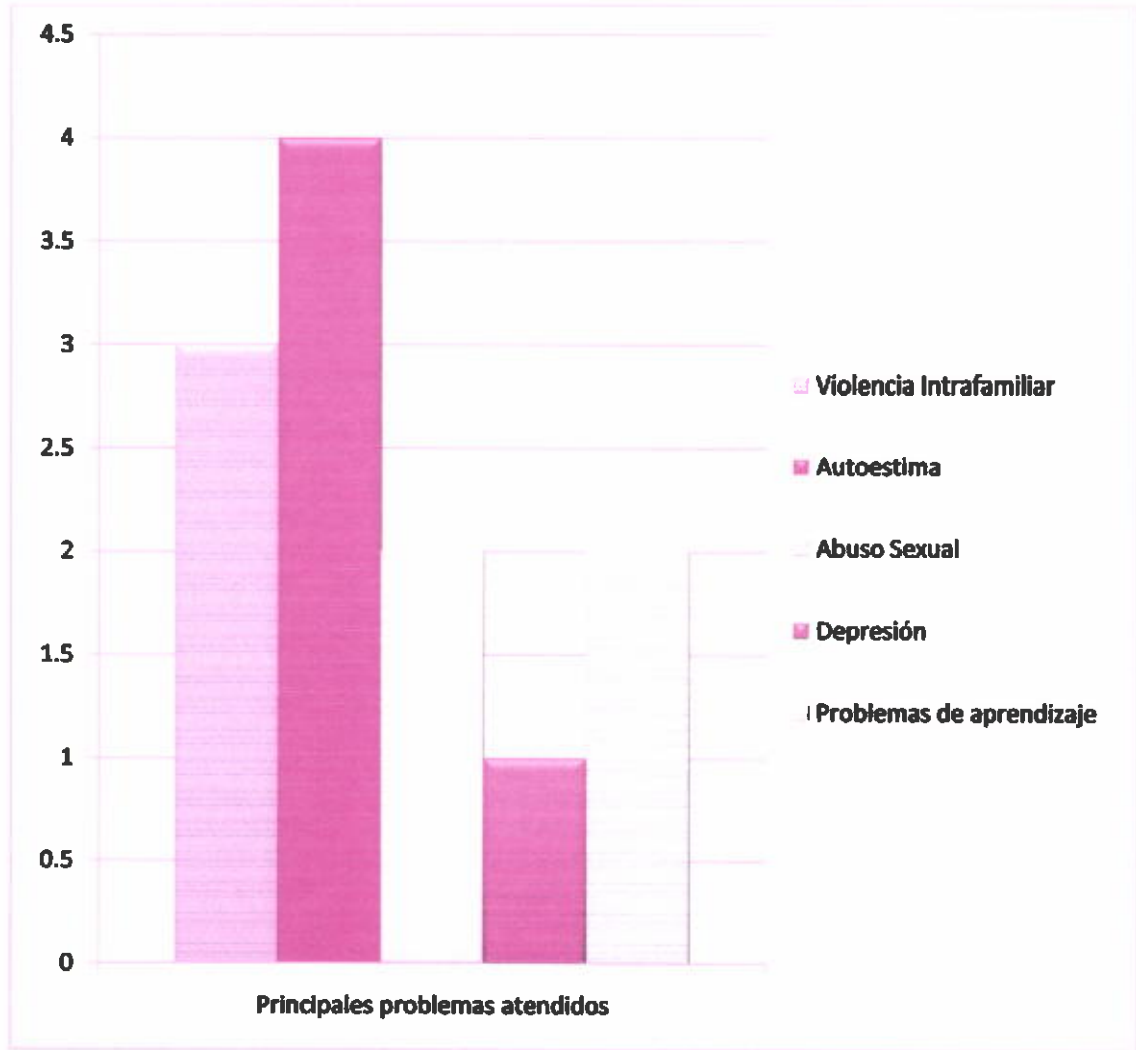
Fuente: Elaboración propia

**Gráfica 3. Clasificación de pacientes atendidos por sexo en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.**



Fuente: Elaboración propia

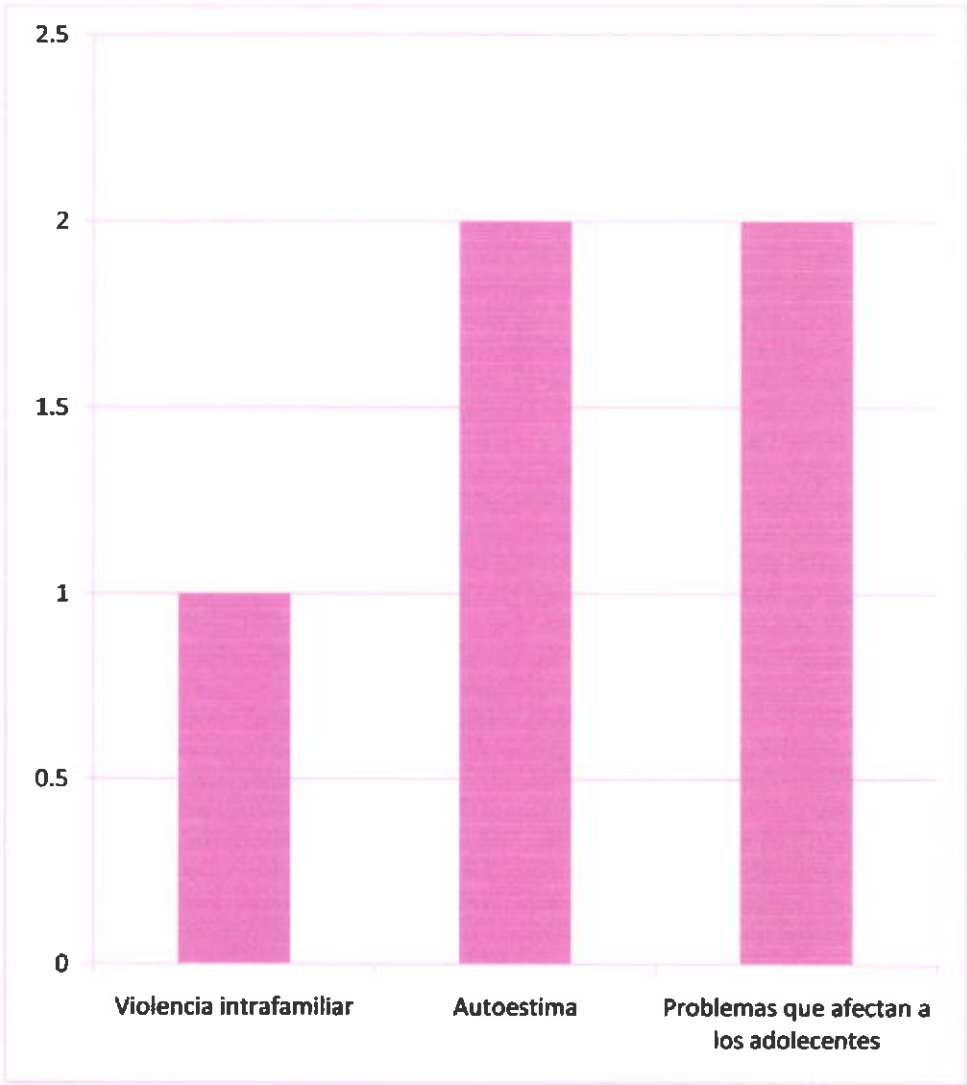
**Gráfica 4. Principales problemas atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.**



Fuente: Elaboración propia

### 4.4.1.2 Programa de capacitación

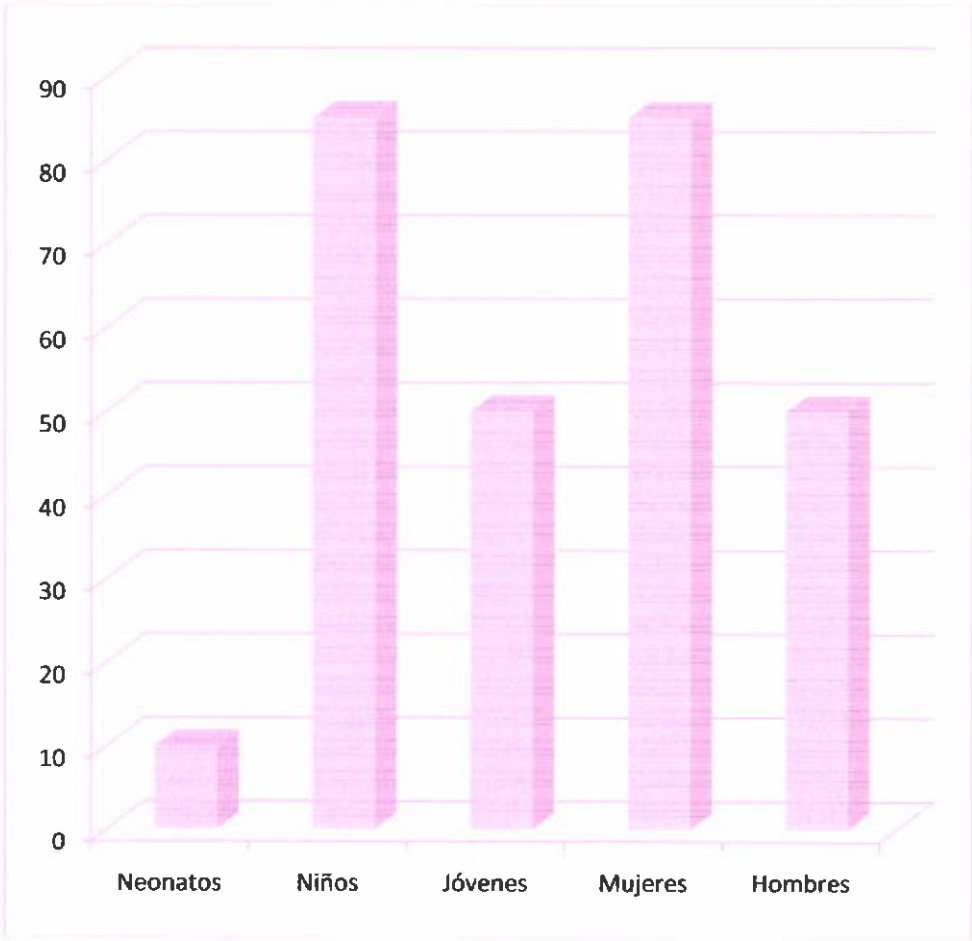
Grafica 5. Capacitaciones realizadas en el centro de práctica con la participación de pacientes y estudiantes de Instituto Nacional de Educación básica de el municipio de El Tejar, Chimaltenango.



Fuente: Elaboración propia

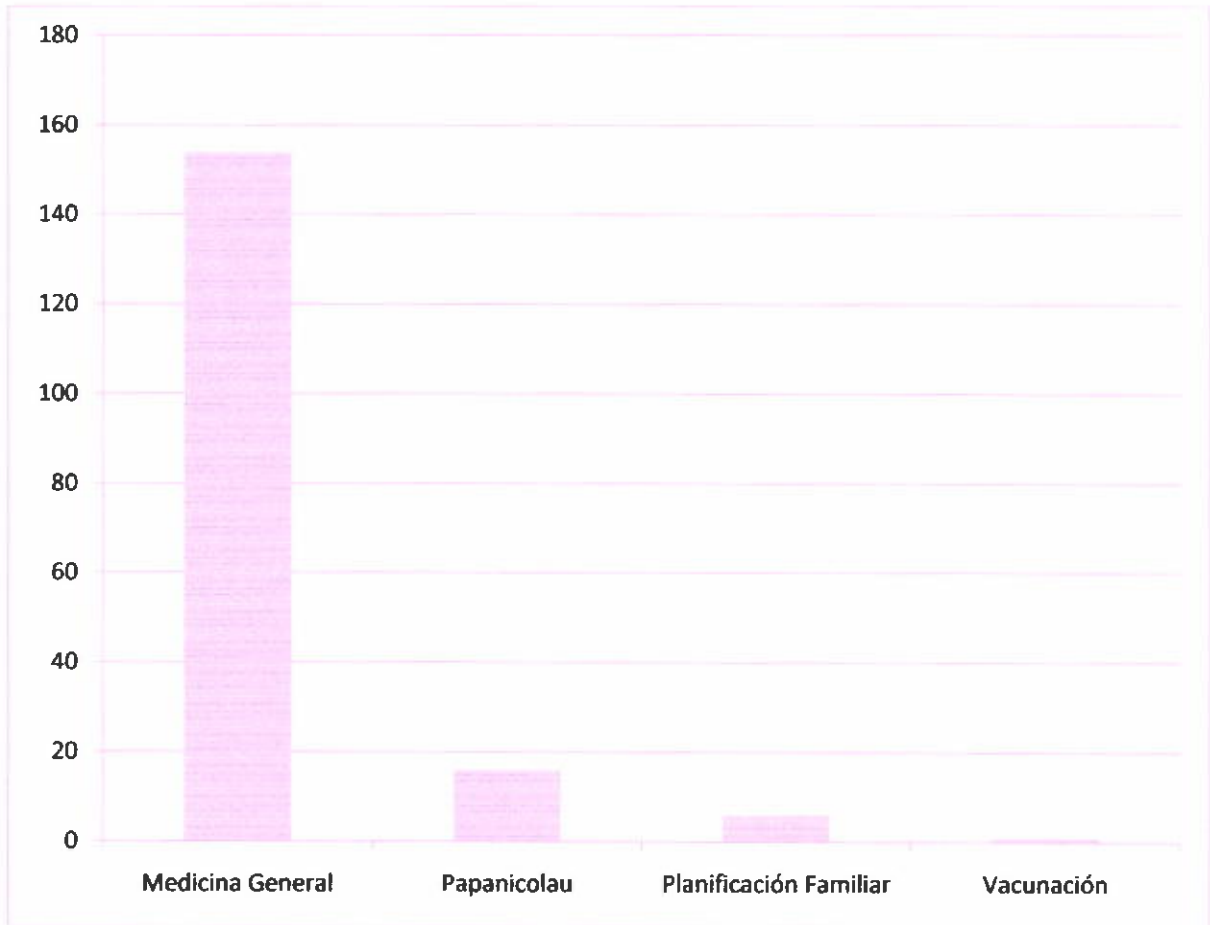
### 4.4.1.3 Proyecto de salud mental

Gráfica 6. Población atendida en la intervención psicológica.



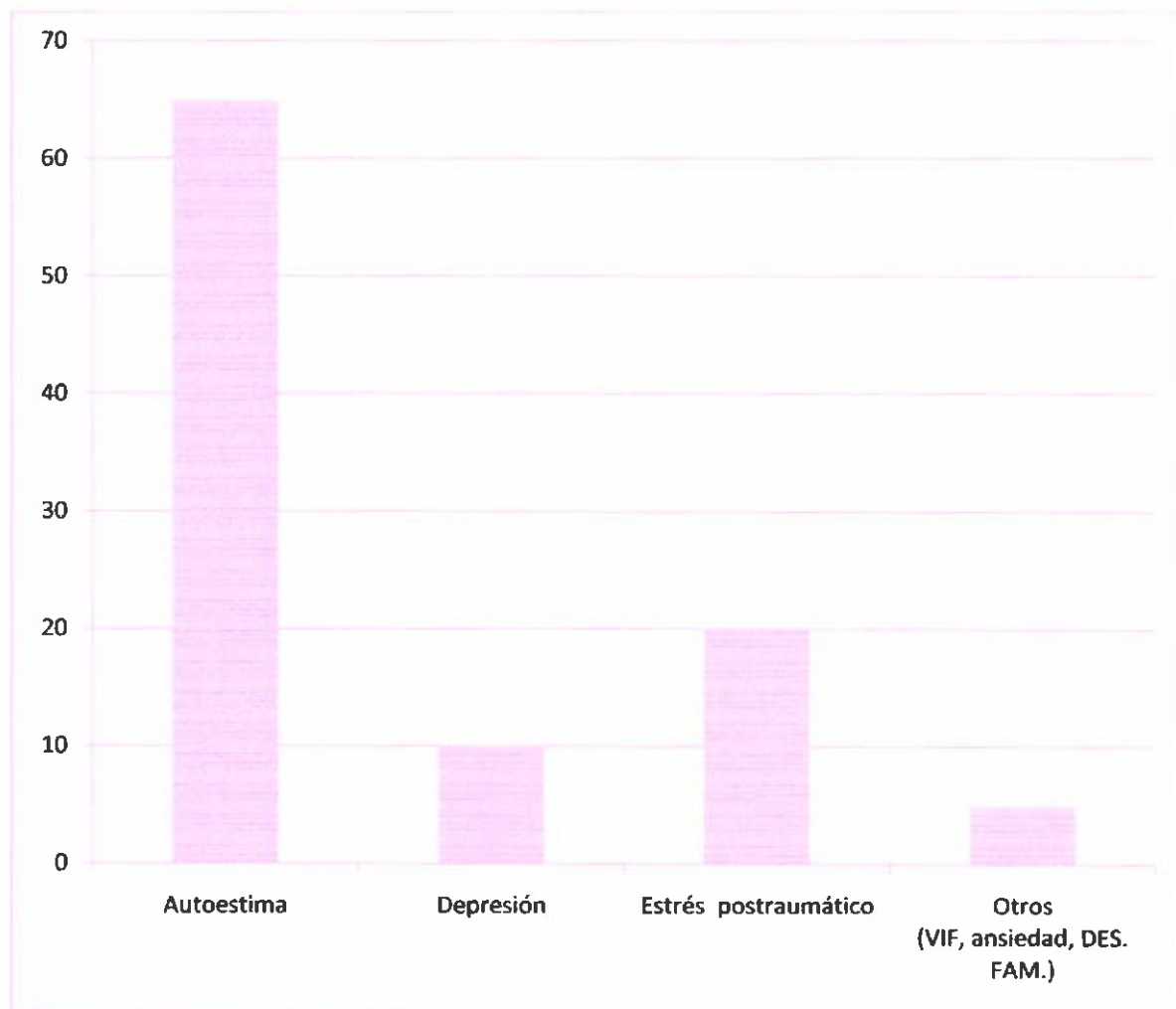
Fuente: Elaboración propia

Gráfica No. 7 Servicio prestado a la población en el proyecto de Salud Mental.



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfica 8. Cuadros patológicos atendidos en el proyecto de Salud Mental.

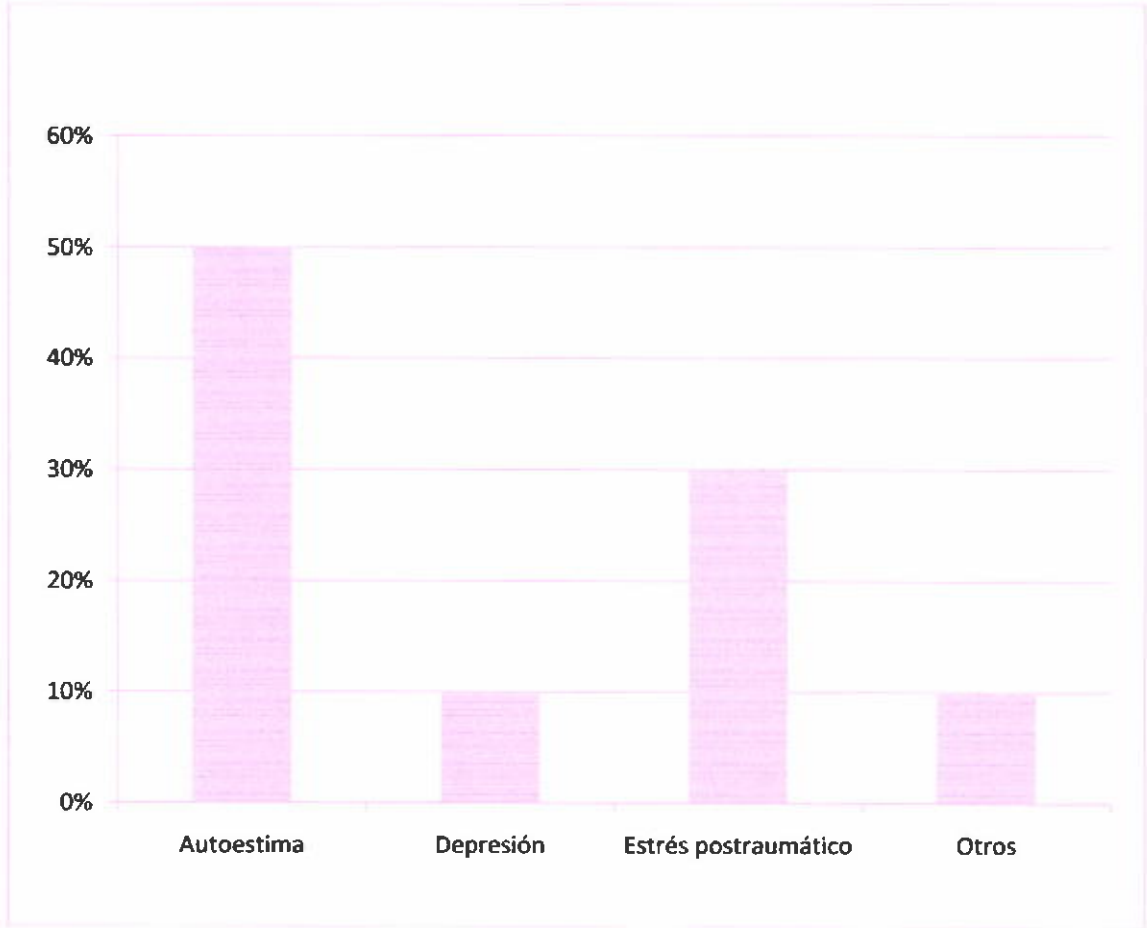


Fuente: Elaboración propia



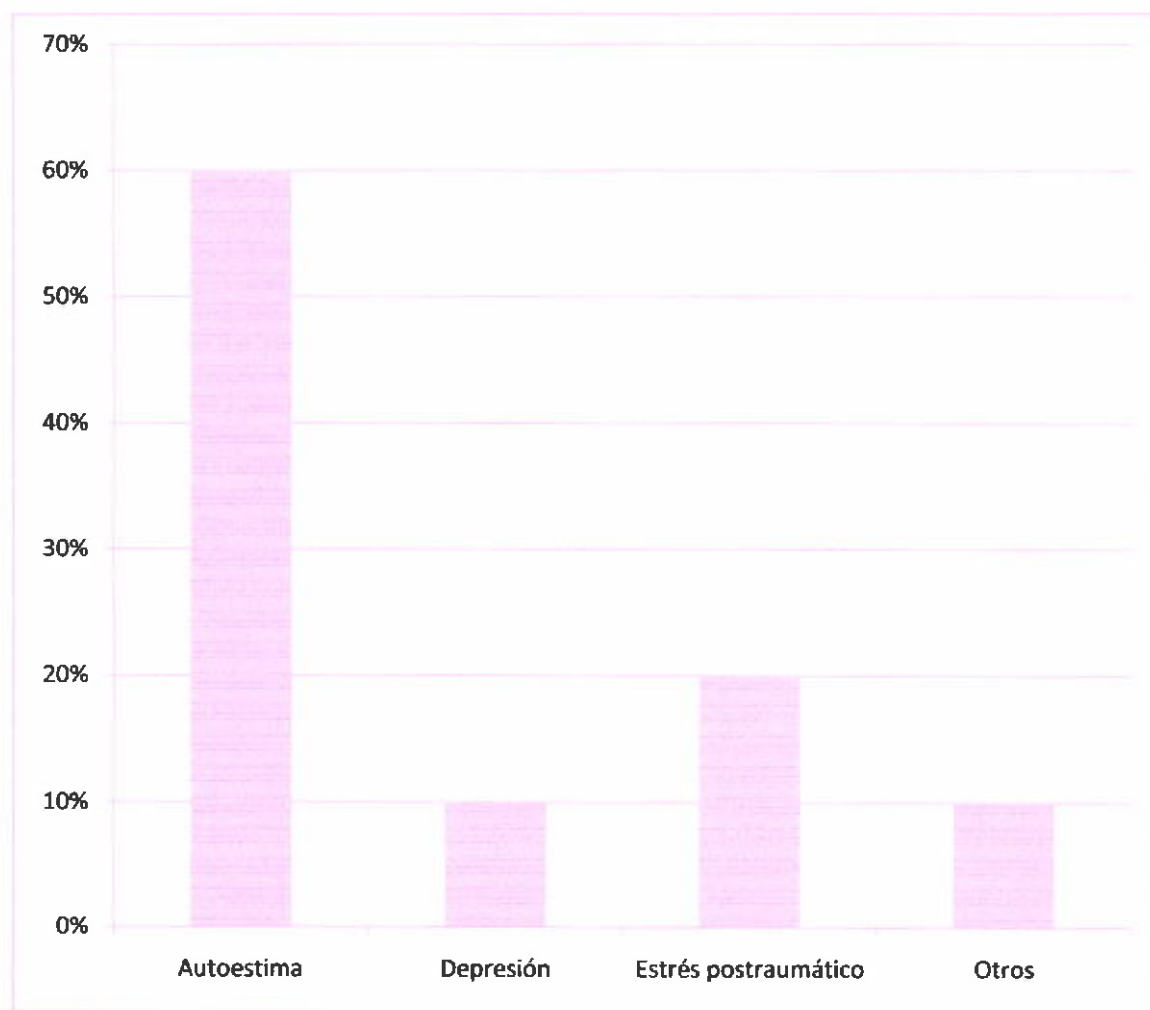
# Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

Gráfica 9. Cuadros patológicos presentados en niños.



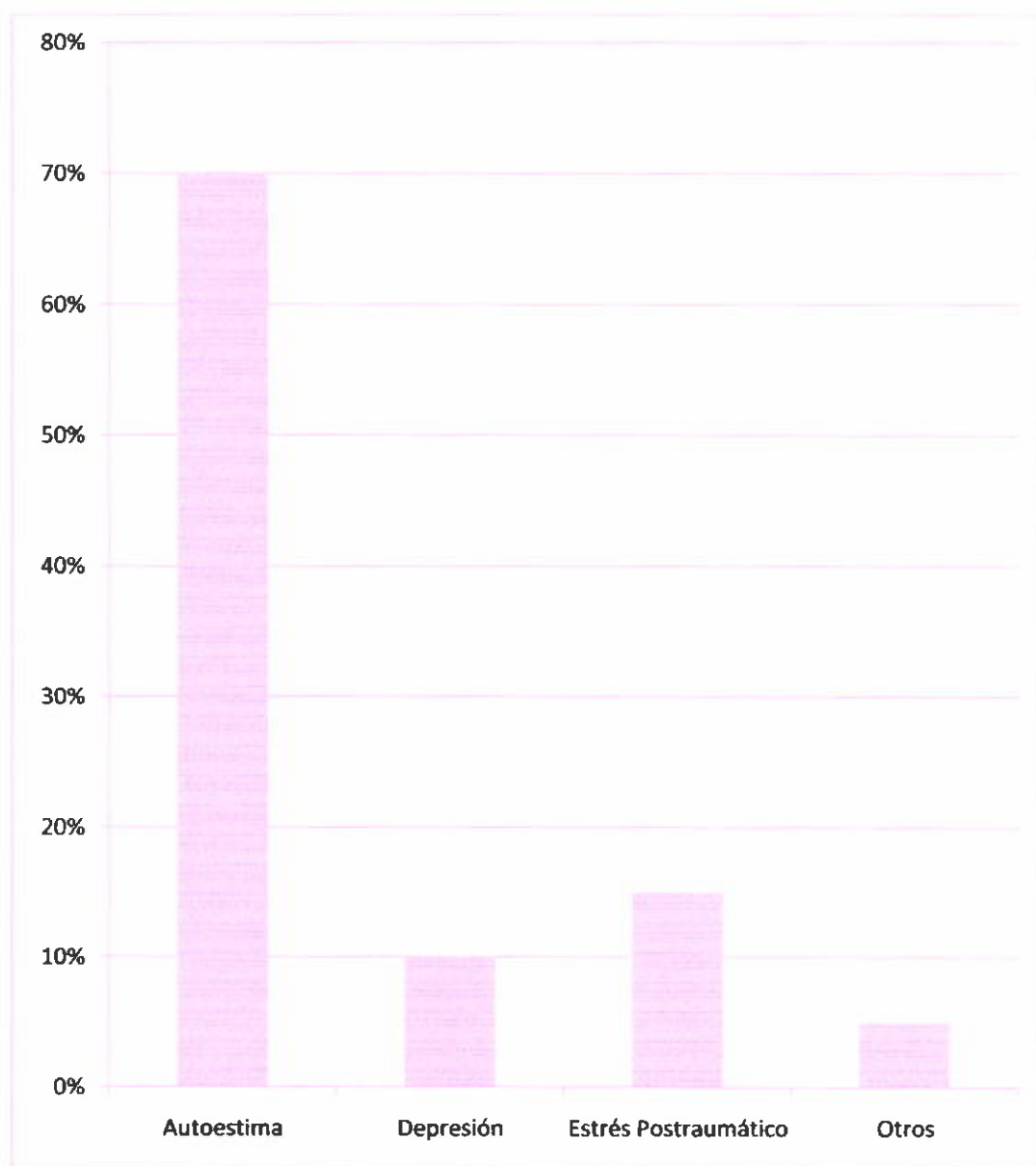
Fuente propia

Gráfica 10. Cuadros patológicos presentados en jóvenes:



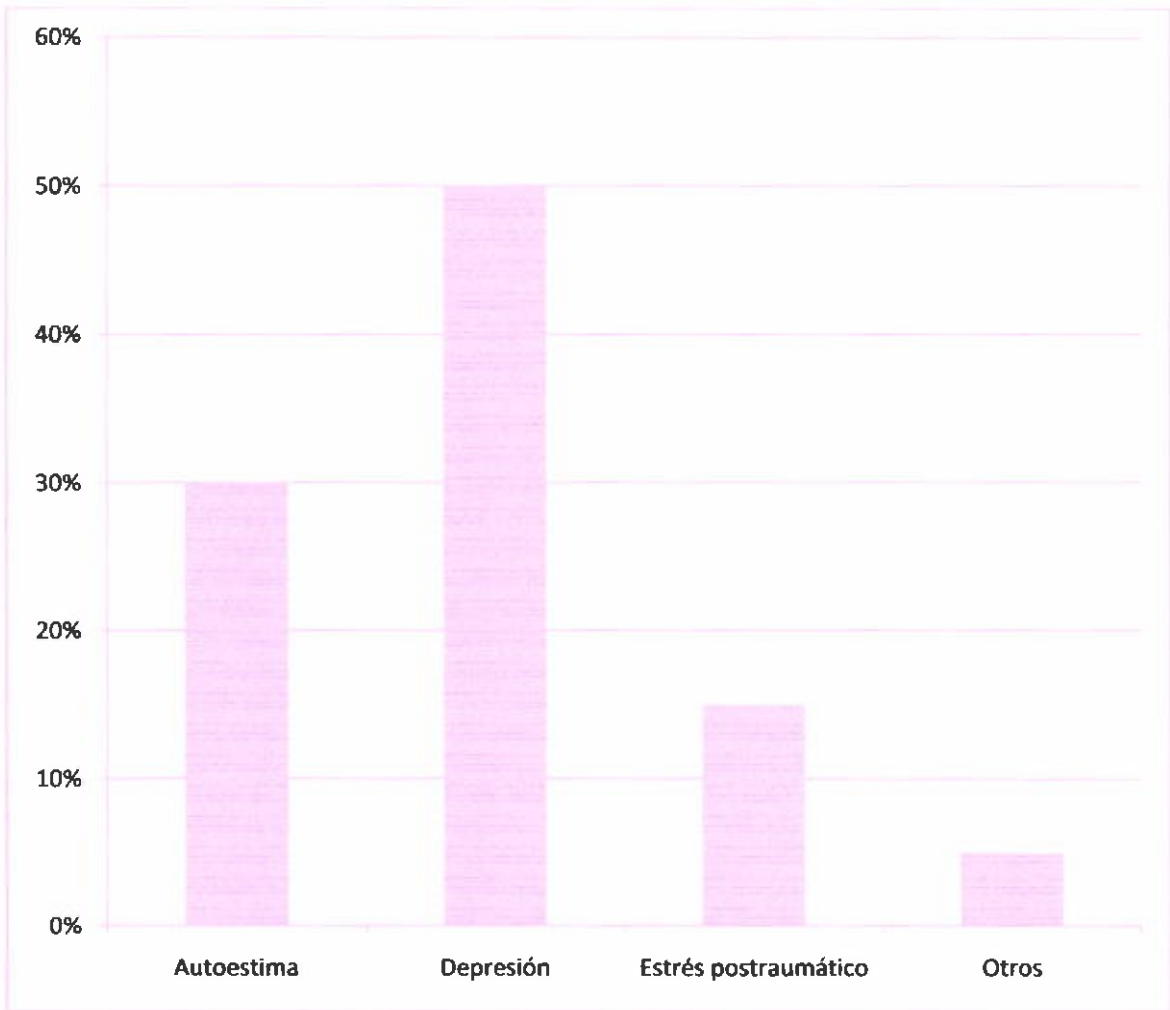
Fuente propia

Gráfica 11: Cuadros patológicos presentados en mujeres:



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 12. Cuadros patológicos presentados en hombres:



Fuente: Elaboración propia

## **Conclusiones**

1. El período de Práctica Profesional Dirigida es una oportunidad para aplicar los conocimientos adquiridos en relación al área clínica y a la vez se brinda un servicio a la comunidad.
2. El área de psicología clínica se va dando a conocer lentamente en nuestras comunidades, gracias a la referencia de los médicos de las diferentes especialidades y personal de los centros de salud de los municipios.
3. La psicología es un área importante dentro del campo de la salud, ya que forma parte del desarrollo integral de la persona e influye de manera directa e indirecta en el bienestar físico y social de la persona.
4. El profesional de psicología puede cumplir una función preventiva a través promoción de los principios de la higiene mental y así generar cambios a nivel social.
5. Los problemas más frecuentes en niños y niñas son los problemas de aprendizaje y baja autoestima en niños, probablemente se deba al sistema de aprendizaje existente y a los patrones de crianza de las familias, el cual no incluye una estimulación adecuada.
6. En adultos los que más buscan la asistencia psicológica son las mujeres que presentan cuadros de depresión o ansiedad, probablemente debido a la situación actual que se vive en Guatemala, donde la economía y la seguridad están en declive.
7. La educación machista aún existente en la sociedad guatemalteca dificulta que los varones adultos busquen ayuda, ya que al igual que la mujer ellos también sufren la situación de la sociedad guatemalteca.

## **Recomendaciones**

1. Es importante que las autoridades prioricen las necesidades en el área de salud, ya que la gran mayoría de la población no tiene acceso a los servicios básicos de salud.
2. Es ideal que en cada institución de salud urbana o rural se implementen los servicios de orientación psicológica para prevenir y tratar los problemas de salud mental, que es un área muy abandonada en la población guatemalteca.
3. Los problemas emocionales deben ser tratados con la misma urgencia y humanidad con que se tratan los problemas físicos, ya que esto contribuye al bienestar general del paciente.
4. Es importante que el profesional de psicología sea un agente de cambio en la mentalidad de los guatemaltecos y guatemaltecas, con la finalidad de promover la atención psicológica en los varones, quienes son la cabeza de los hogares y necesitan ser orientados y tratados, ya que ellos también están propensos a sufrir trastornos psicológicos.

## Referencias

- Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prestice-Hall.
- Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
- Belloch , A y Sandisn B.(1,997) *Manual de Psicopatología*, volumen I,España: Mcgraw-Hill.
- Bernstein, A. ( 1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
- Bolaños E. María del Carmen. "Educación Afectivo sexual en la educación infantil".España.
- Brenner , D. (1990). *La terapia efectiva*. New York: Pergamon.
- Cormier, W y Comier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- 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. "Mi Cuerpo es mío". Estados Unidos.1985
- González N, J. de J.( 1999). *Psicoterapia de Grupos*. México: El Manual Moderno.
- Harry Stack Sullivan. *La entrevista psiquiátrica*. Edit. Psique.

- 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.
- Páginas Web
- *Historia Clínica Psicológica*. Recuperado el 20.03.2009
- <http://reflexionpsicologica.blogspot.com/2006/04/historia-clinica-psiquiatrica.html>
- *Informe Psicológico*. Recuperado el 20.03.2009 <http://www.cepvi.com/DSM/indice.shtml>
- *El informe Psicológico*. Recuperado el 21.03.2009 <http://comenio.wordpress.com/2007/08/28/el-informe-psicologico/>



- *Pruebas Psicométricas*. Recuperado el 20.03.2009. <http://www.galeon.com/pcazau/312-lista-test.htm>
- *Psicodiagnóstico laboral*. Recuperado el: 20.03.2009. <http://www.angelfire.com/ak/psicologia/psicodiagnosticolaboral.html>
- *Psicología Educativa*. Recuperado el 27.03.2009. <http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=240>
- *Psicodiagnóstico*. Recuperado el 27.03.2009. <http://www.psicodiagnostico.cl/Colegios.htm>.

## **Anexos**

## **Anexo 1**

**Horas de práctica realizadas en El centro de práctica**



# LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

"Armonía consigo mismo y con los demás, es salud mental"

Chimaltenango, octubre del año 2010.

Licenciada:

Sonia Pappa

Asesora de Práctica.

Universidad Panamericana

Presente.

Respetable Licenciada:

Por medio de la presente deseo manifestarle que la estudiante **NANCY JULISSA HERRERA MORALES**, ha realizado 260 horas de práctica profesional en esta institución.

Ante esto deseo manifestar que la señorita Herrera Morales demostró interés, responsabilidad, dedicación y profesionalismo en el desarrollo de su práctica.

Por lo anterior, hago llegar mis agradecimientos a Usted y a la Universidad Panamericana, por enviarnos a las practicantes y esperamos brindarles siempre el espacio, con el fin de formar profesionales con calidad y responsabilidad en el campo de la psicología.

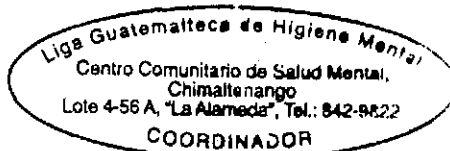
En tal virtud, me suscribo no sin antes hacerle llegar mi más elevada consideración.

Atentamente.

*Lic. Rafael López*

Coordinador.

Área de Chimaltenango







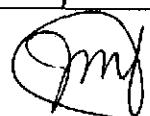


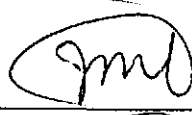

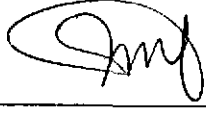
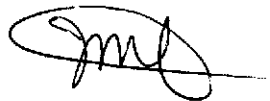
**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
**"Sabiduría ante todo adquiere sabiduría"**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
*Licenciatura en Psicología y Consejería Social*

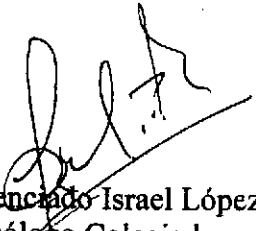
**Registro de horas de práctica profesional dirigida**

Practicante: Nancy Julissa Herrera Morales  
Centro de Práctica: Liga Guatemalteca de Higiene Mental, Chimaltenango

No.	Semana	Horas Cumplidas	Firma
1	12 al 16 de abril 2010	12	
2	19 al 23 de abril 2010	12	
3	26 al 30 de abril 2010	12	
4	03 al 07 de mayo 2010	12	
5	10 al 14 de mayo 2010	12	
6	17 al 21 de mayo 2010	12	
7	24 al 28 de mayo 2010	12	
8	31 de mayo al 04 de junio 2010	12	
9	07 al 11 de junio 2010	12	
10	14 al 18 de junio 2010	12	
11	21 al 25 de junio 2010	12	
12	28 de junio al 02 de julio 2010	12	
13	05 al 09 de julio de 2010	12	

Liga Guatemalteca de Higiene Mental  
Centro Comunitario de Salud Mental,  
Chimaltenango  
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822  
COORDINADOR

14	12 al 16 de julio de 2010	12	
15	19 al 23 de julio de 2010	12	
16	26 al 30 de julio de 2010	12	
17	02 al 06 de agosto de 2010	12	
18	09 al 13 de agosto de 2010	12	
19	16 al 20 de agosto de 2010	12	
20	23 al 27 de agosto de 2010	12	
21	30 de agosto al 03 de septiembre de 2010	12	
22	06 al 10 de septiembre de 2010	8	

  
 Licenciado Israel López  
 psicólogo Colegiado  
 Liga guatemalteca de Higiene Social



Sello de la Institución



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**

**"Sabiduría ante todo adquiere sabiduría"**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

*Licenciatura en Psicología y Consejería Social*

**Control de supervisión**

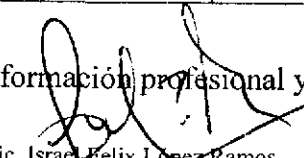
Nombre de la Institución: Liga Guatemalteca de Higiene Mental Dirección: Lote 4-56 Parcelamiento La Alameda Chimaltenango

Director: Lic. Israel Felix López Ramos Fecha: 8 de septiembre de 2010

Nombre de la alumna practicante: Nancy Julissa Herrera Morales Grado: Quinto

No.	ASPECTOS A CALIFICAR	INEFICIENTE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
	Puntualidad			X	
	Asistencia			X	
	Iniciativa			X	
	Creatividad			X	
	Actitud Ética			X	
	Conocimiento			X	
	Aplicaciones de técnica				X
	Relaciones interpersonales				X
	Apoyo a la Institución				X
0	Interés por aprender				X
1	Atención a pacientes				X
2	Entrega de tareas			X	
3	Presentación personal				X
4	Realización de capacitaciones			X	
5	Actividades Institucionales			X	

Observaciones: Siga adelante en su formación profesional y en la actualización científica.

  
 Lic. Israel Felix Lopez Ramos  
 Psicólogo  
 Colegiado No. 392

*Liga Guatemalteca de Higiene Mental*  
 Centro Comunitario de Salud Mental,  
 Chimaltenango  
 Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-8822  
**COORDINADOR**

Liga Guatemalteca de Higiene Mental  
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada  
Lidia Pappa  
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida  
Universidad Panamericana  
de Chimaltenango  
Presente.


Respetable Licenciada:

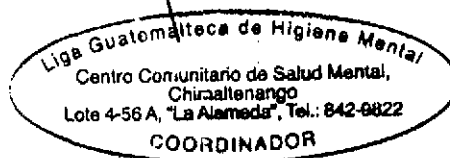
Reciba un cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame  
abundantes bendiciones en su vida.

Por este medio se hace constar que las alumnas *Nancy Julissa Herrera Morales, Carol  
María Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz*, de quinto año de La Carrera de  
Psicología y Consejería Social, impartieron los días 12 y 16 julio de 2010, de 14:30 a 16:30  
horas, dos charlas con el tema La Autoestima, a los alumnos de primero básico de las  
secciones A y B, del Instituto Nacional de Educación Básico INEB jornada Vespertina, en  
las instalaciones que ocupa la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la formación integral de los jóvenes Chimaltecos, y  
deseamos contar con su apoyo en otra oportunidad.

Respetuosamente,

  
Licenciado Israel López  
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental  
Chimaltenango





Liga Guatemalteca de Higiene Mental  
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada  
Dionisia Pappa  
Metodológica de Práctica Profesional Dirigida  
Universidad Panamericana  
de Chimaltenango  
asistente.


Respetable Licenciada:

Reciba un cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame  
abundantes bendiciones en su vida.

Por este medio se hace constar que las alumnas *Nancy Julissa Herrera Morales, Carolina Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz*, de quinto año de La Carrera de  
Psicología y Consejería Social, el día 12 de mayo de 2010, brindaron a las señoras  
vecinitas de la Alameda, Chimaltenango, *Una actividad motivacional dedicado al día de  
madre*, en horario de 14:30 a 17:00 horas, en las instalaciones que ocupa la Liga  
Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la Actividad programada para este día, y deseamos contar  
con su apoyo en otra oportunidad.

Atentamente,

  
Licenciado Israel López  
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental  
Chimaltenango



Liga Guatemalteca de Higiene Mental  
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada  
Lidia Pappa  
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida  
Universidad Panamericana  
Chimaltenango  
Presente.

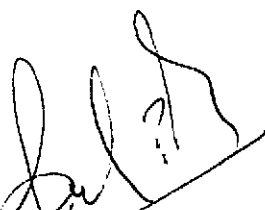
Respetable Licenciada:

Reciba un cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame  
abundantes bendiciones en su vida.

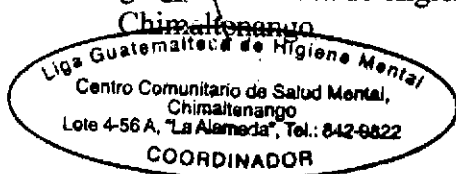
Por este medio se hace constar que las alumnas *Nancy Julissa Herrera Morales, Carol  
Lidia Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz*, de quinto año de La Carrera de  
Psicología y Consejería Social, impartieron los días 19 y 23 julio de 2010, de 14:30 a  
16:30 horas, dos charlas con el tema Problemas que afectan a los adolescentes y como  
resolverlos, a los alumnos de segundo básico de las secciones A y B, del Instituto Nacional  
de Educación Básico INEB jornada Vespertina, en las instalaciones que ocupa la Liga  
Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la formación integral de los jóvenes Chimaltecos, y  
deseamos contar con su apoyo en otra oportunidad.

Respetuosamente,



Licenciado Israel López  
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental



**Clínica Guatemalteca de Higiene Mental**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nivel de escolaridad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Padre o encargado:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Motivo de Consulta:**

**Historia Clínica:**

**Tratamiento:**



# LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

Otorga el presente diploma a:

*Nancy Julissa Herrera Morales*

Por su colaboración en la atención a la población que asiste al Centro de Salud Mental Comunitaria

Alameda Chimaltenango, octubre de 2010

Lic. Marco Antonio Garavito

Director

Liga Guatemalteca de Higiene Mental

Lic. Israel López

Coordinador de Área de Chimaltenango

**Anexo 3**  
**Fotografias**







