

PPD-ED-74
S161

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



08 ABR 2011

BIBLIOTECA UPANA I. E. 104

Q. 100. -

**Problemas de violencia intrafamiliar encontrados en los pacientes
atendidos en el centro de apoyo local (CEADEL) en el
departamento de Chimaltenango
(Informe de Práctica Profesional Dirigida)**

Karla Siomara Salazar Pérez

Chimaltenango febrero 2011



**Problemas de violencia intrafamiliar encontrados en los pacientes
atendidos en el centro de apoyo local (CEADEL) en el
departamento de Chimaltenango
(Informe de Práctica Profesional Dirigida)**

Karla Siomara Salazar Pérez (Estudiante)
Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango febrero 2011



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

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: **Problemas de violencia intrafamiliar encontrados en los pacientes atendidos en el centro de apoyo local (CEADEL) en el departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Karla Siomara Salazar Pérez**, 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)

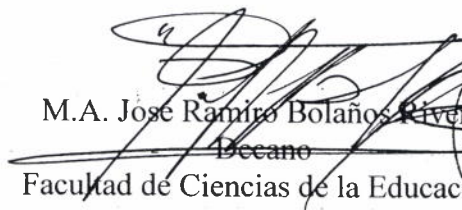



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"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: **Problemas de violencia intrafamiliar encontrados en los pacientes atendidos en el centro de apoyo local (CEADEL) en el departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Karla Siomara Salazar Pérez**, previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


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



- Carretera a San Isidro, Aldea Acatán Zona 16 - PBX: 2390 1200
- www.universidadpanamericana.edu.gt

DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

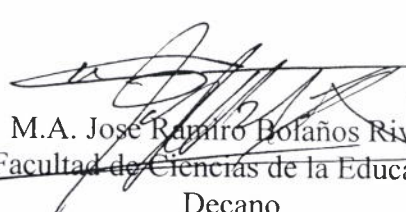
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA


ASUNTO: **Karla Siomara Salazar Pérez** estudiante
de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería
Social, de esta Facultad solicita autorización para la
realización de la Práctica Profesional Dirigida
para completar requisitos de graduación.

Dictamen No. 017 10/2010

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

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **“Problemas de violencia intrafamiliar encontrados en los pacientes atendidos en el Centro de Apoyo Local (CEADEL) en el departamento de Chimaltenango”**. Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante: **Karla Siomara Salazar Pérez** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.


M.A. Jose Ramiro Bofaños Rivera
Facultad de Ciencias de la Educación
Decano

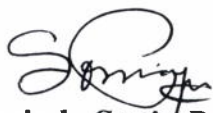


UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, noviembre de dos mil diez. –

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Centro de Apoyo de Desarrollo Local (CEADEL), presentado por la estudiante

Karla Siomara Salazar Pérez

Quien se identifica con número de carné 0601823 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

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 Marco de referencia	3
1.1 Descripción de la institución	3
1.2 Misión	3
1.3 Visión	4
1.4 Organigrama de CEADEL	4
1.5 Objetivos	5
1.6 Población que atiende	5
1.7 Planteamiento del problema	5
Capítulo 2 Referente teórico	6
2.1 Problemas de violencia intrafamiliar	6
2.1.1 Violencia intrafamiliar	6
2.1.1.1 Tipos de violencia	7
2.2 Psicopatología	16
2.2.1 Clasificación de la psicopatología	17
2.2.2 El objeto de estudio de la psicopatología	18
2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos	19
2.3 Métodos de psicodiagnóstico	20
2.3.1 Instrumentos de psicodiagnóstico	31
2.4 Psicoterapia	50
2.4.1 La relación del terapeuta	51
2.4.2 Competencias de la psicoterapia	53
2.4.3 El proceso terapéutico	54
2.4.4 Modelos de psicoterapia	56
2.4.5 Formas de psicoterapia	68

Capítulo 3 Marco metodológico	101
3.1 Programa del curso de práctica supervisada	101
3.2 Planificación de actividades por mes	109
3.3 Planificación y cronograma de capacitación y charlas	114
3.4 Cronograma de trabajo de proyecto de salud mental	116
Capítulo 4 Presentación de resultados	118
4.1 Programa de atención de casos	118
4.1.5 Muestra de cinco casos	120
4.2 Contenido de capacitación y charlas	133
4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	134
Conclusiones	143
Referencias	144
Anexos	145
Anexo 1 Horas de práctica	146
Anexo 2 Carta de solicitud	148
Anexo 3 Carta de aceptación	149

Resumen

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

En la primera fase el estudiante adquirió una información general de los contenidos durante la Práctica Profesional Dirigida. Así mismo se elaboraron los documentos para la solicitud de la realización del trabajo de campo.

En la segunda fase se realizó la supervisión de las primeras actividades dándole inicio a la elaboración de las historias clínicas de cada paciente. Se aplicaron técnicas de intervención clínica en el psicodiagnóstico, se llevaron a cabo capacitaciones y talleres a grupo de personas que estaban en la institución.

En la tercera fase se elaboró y ejecutó el proyecto de salud mental en comunidades rurales en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango afectadas por la tormenta Aghata. En esta fase se culminó el proceso y se realizó el análisis de resultados y logros.

Y por último en la parte final del presente informe se encuentran los resultados obtenidos durante la etapa de trabajo de campo.

Introducción

A continuación se presenta un informe detallado sobre lo realizado durante el transcurso de la práctica supervisada, en la que el primer capítulo refleja una observación sobre el centro de práctica la cual contribuye a la creación de respeto a los derechos humanos y laborales de las mujeres trabajadoras y de la niñez y la adolescencia en riesgo.

También se observarán temas de importancia tratados en el centro de la práctica. Y uno de estos temas fue el de la violencia intrafamiliar que es cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro. Este abuso incluye maltrato físico, psicológico o de cualquier otro tipo. Se considera que existe violencia intrafamiliar en un hogar, si hay una actitud violenta repetitiva, no por un solo hecho aislado.

Además, es importante destacar que dentro de la violencia intrafamiliar están considerados el maltrato infantil, la violencia hacia el adulto mayor, hacia minusválidos y entre cónyuges. En este último tipo de maltrato el más común es de parte de los hombres hacia las mujeres; sin embargo, existen también algunos casos de violencia de mujeres hacia hombres.

Pero no sólo este tema se observará sino también están los temas de psicopatología, en los que se incluyen algunos problemas mentales, también están los métodos psicodiagnósticos, en los que se observan los pasos que un psicólogo debe seguir al momento de tener un paciente, y por último está la psicoterapia, que acá se incluyen las técnicas o terapias que se pueden utilizar.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

A continuación se presenta un pequeño informe sobre lo observado en el centro de práctica en donde se ve la organización de la institución, la visión y misión que se pretende este incorporado siempre en cada actividad que se organiza para beneficio de las personas atendidas en esta institución.

1.1 Descripción de la institución

La Asociación Centro de Estudios y Apoyo al Desarrollo Local CEADEL, es una institución fundada en el año 1997 como el equipo de trabajo Solidaridad con la Niñez y Juventud con la iniciativa de responder a las necesidades de los niños y jóvenes en riesgo del departamento.

CEADEL contribuirá a la creación de una cultura de respeto a los derechos humanos y laborales de las mujeres trabajadoras y de la niñez y la adolescencia en riesgo, que permita la construcción de una sociedad justa y democrática.

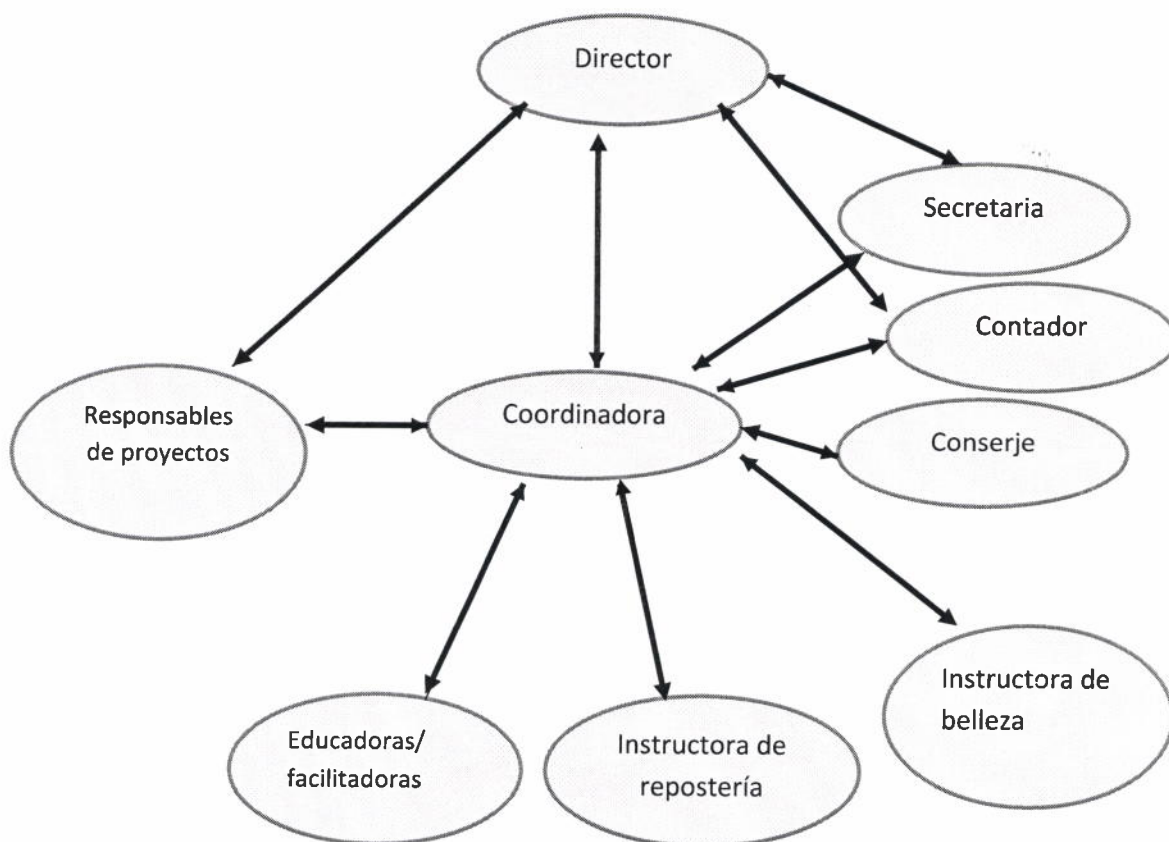
1.2 Misión

Organización de la sociedad civil de carácter socioeducativo que implementa procesos de promoción, defensa y reivindicación de los derechos laborales, educativos, de participación y protección de la niñez, la adolescencia, juventud en riesgo y de las mujeres trabajadoras de la maquila e industria agroexportadora.

1.3 Visión

En el 2011 CEADEL será una organización modelo en la promoción y protección de los derechos de las mujeres trabajadoras, de la niñez, adolescencia y juventud en riesgo en todo el departamento de Chimaltenango. De esa forma contribuirá a la significativa disminución de las violaciones a los derechos humanos y a la sostenibilidad de la organización de sus beneficiarias y beneficiarios. Para lograr tales fines desarrollará mecanismos de sostenibilidad institucional.

1.4 Organigrama de CEADEL



1.5 Objetivos

- Implementar un sistema de comunicación social especializado en temas y problemáticas de la mujer trabajadora, de la niñez, adolescencia y juventud en riesgo.
- Centro de Información con atención directa al público, con un área de documentación y una revista electrónica de distribución institucional.
- Campaña de comunicación que incluye eventos educativos, programas en radio y televisión y documentos publicitarios.

1.6 Población que atiende

La institución atiende a niños, jóvenes, señoritas, señoras y trabajadores desempleados.

1.6.1 Descripción de la población

La población a la que atiende la institución son personas de escasos recursos y no han podido estudiar o bien tienen deseos de superarse. Los y las niñas que trabajan ya sea en empresas o en casa se les da un apoyo en los estudios y se les brinda una primaria acelerada y los jóvenes y las señoritas que trabajan se les apoya en cursos de repostería y peluquería a todas estas personas también se les comparte charlas en la que se les desarrolla la autoestima o bien a defender sus derechos. Ahora con las personas desempleadas y que fueron despedidos injustamente se les brinda un apoyo legal.

1.7 Planteamiento del problema

El principal problema que se atiende en el centro de estudios y apoyo al desarrollo local CEADEL es la violencia intrafamiliar, problema que repercute en la conducta de la población en Chimaltenango, por lo que la atención psicológica es imprescindible para mejorar la salud mental de dicha población.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

A continuación se presentan una serie de temas en los cuales resaltan algunos problemas psicológicos vistos durante la práctica, como también temas de importancia para la aplicación de la psicología.

2.1 Problemas de violencia intrafamiliar

2.1.1 Violencia intrafamiliar

Es cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro. Este abuso incluye maltrato físico, psicológico o de cualquier otro tipo. Se considera que existe violencia intrafamiliar en un hogar, si hay una actitud violenta repetitiva, no por un solo hecho aislado.

La víctima de violencia intrafamiliar es cualquier persona considerada cónyuge del agresor o que haya convivido de alguna manera con él. Así, podría ser hacia un conviviente actual o ex pareja, entre padres de un hijo común, o hacia un pariente consanguíneo hasta el tercer grado. Además, es importante destacar que dentro de la violencia intrafamiliar están considerados el maltrato infantil, la violencia hacia el adulto mayor, hacia minusválidos y entre cónyuges. En este último tipo de maltrato el más común es de parte de los hombres hacia las mujeres; sin embargo, existen también algunos casos de violencia de mujeres hacia hombres.

"El amor no debe doler. El amor implica confianza, protección, respeto a los gustos del otro, comunicación, caricias, ayudas al crecimiento emocional y espiritual. Consiste en compartir la vida con alegría, dialogar sobre las diferencias y preferencias, y respetar la integridad física, moral y espiritual de la persona amada".

La violencia intrafamiliar es un fenómeno de ocurrencia mundial en el que las mujeres y los niños son los grupos más vulnerables. La organización mundial de salud OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con población que no la padece.

La violencia intrafamiliar no siempre resulta fácil de definir o reconocer. En términos generales podríamos designarla como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja o al ambiente más cercano. Se trata del abuso psicológico, sexual o físico habitual. Sucede entre personas relacionadas afectivamente, como son marido y mujer o adultos contra los menores que viven en un mismo hogar.

La violencia intrafamiliar no es solamente el abuso físico, los golpes, o las heridas. Son aún más terribles la violencia psicológica y la sexual por el trauma que causan, que la violencia física, que todo el mundo puede ver. Hay violencia cuando se ataca la integridad emocional o espiritual de una persona. La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad. Quien ha sufrido violencia física tiene huellas visibles y puede lograr ayuda más fácilmente. Sin embargo, a la víctima que lleva cicatrices de tipo psicológicas le resulta más difícil comprobarlo.

2.1.1.1 Tipos de violencia intrafamiliar

a) Violencia directa

Es la que realiza un emisor o actor intencionado (en concreto, una persona), y quien la sufre es un ser dañado o herido física o mentalmente. Remitiéndonos a la definición de violencia como la aplicación de métodos fuera de lo natural hablaremos de un abuso de autoridad en el que alguien cree tener poder sobre otro.

Generalmente se da en las relaciones asimétricas: el hombre sobre la mujer o el padre sobre el hijo, para ejercer el control. Si bien la más visible es la violencia física, manifestada a través de golpes que suelen dejar marcas en el cuerpo (hematomas y traumatismos), no por ello es la única que se practica.

b) Violencia estructural

Se manifiesta cuando no hay un emisor o una persona concreta que haya efectuado el acto de violencia. La violencia estructural se subdivide en interna y externa. La primera emana de la estructura de la personalidad que todos hemos hecho de pequeños. La segunda proviene de la propia estructura social, ya sea entre seres humanos o sociedades.

De acuerdo con Galtung, las dos principales formas de violencia estructural externa, a partir de la política y la economía, son: represión y explotación. Ambas actúan sobre el cuerpo y la mente, y aunque no sea consuelo para las víctimas, no necesariamente son intencionadas. Se consideran casos de violencia estructural aquellos en los que el sistema causa hambre, miseria, enfermedad o incluso muerte, a la población. Son ejemplos los sistemas cuyos estados o países no aportan las necesidades básicas a su población.

c) Violencia cultural

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

Como se observa, la violencia directa es clara y visible, por lo que resulta relativamente sencillo detectarla y combatirla. En cambio, la violencia cultural y la violencia estructural, son menos visibles, pues en ellas intervienen más factores, detectar su origen, prevención y remedio es más complicado.

d) Violencia emocional

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

e) Violencia juvenil

Se refiere a los actos físicamente destructivos (vandalismo) que realizan los jóvenes y que afectan a otros jóvenes (precisemos, aquí, que los rangos de edad para definir la juventud son diferentes en cada país y legislación). En todos los países, los principales actores de este tipo de violencia son los hombres, y la educación social es tal que el joven violento lo es desde la infancia o temprana adolescencia. Sin embargo, la interacción con los padres y la formación de grupos, parches, galladas o pandillas aumenta el riesgo de que los adolescentes se involucren en actividades delictivas, violentas y no violentas (acción directa).

Se cuestiona la utilización del argumento de las diferencias biológicas para justificar una serie de desigualdades en términos de derechos, privilegios y actividades entre hombres y mujeres, como si fueran parte de la naturaleza humana, cuando en realidad son construcciones sociales y culturales. La violencia de género se puede manifestar de forma similar para ambos sexos sin embargo, la opresión que experimentan las mujeres, existe y se reproduce en la cultura y la sociedad, es más dominante.

2.1.1.2 Efectos de la violencia intrafamiliar

Al revisar las causas de la violencia intrafamiliar también se hace importante identificar que tipo de efectos tiene dicho fenómeno, entre los que se encuentran: la disfunción de la familia, el distanciamiento de sus miembros y las mutaciones en su comportamiento o actitudes mentales.

Los efectos pueden ser clasificados en: psicofísicos y psicosociales, específicos y genéricos o generales.

Los efectos psicofísicos son aquellos que producen cambios psíquicos o físicos, en un mismo acto. Los Psíquicos hacen referencia a la desvaloración, baja autoestima y estrés emocional producido por las tensiones que produce el maltrato, en los empleados por ejemplo produce una baja en su rendimiento laboral ya que las tensiones emocionales dificultan la concentración.

En cuanto a los físicos se manifiestan en forma de hematomas, heridas abiertas, fracturas, quemaduras, etc. En el acto sexual también se presenta violencia cuando este se produce en forma forzada, produciendo cambios en la personalidad y alteraciones en las relaciones con el violador, marido o compañero permanente o con los otros miembros de la familia.

Los efectos psicosociales se dividen en internos y externos. Los primeros son aquellos que generan la marginación. La exclusión y la violación de los derechos fundamentales de la mujer y los niños. Cuando se presenta un maltrato hacia la mujer esta se ve obligada a aislarse de ciertas actividades sociales, de relaciones inter familiares y hasta en su propio hogar.

Dentro de la exclusión se ven afectados los niños en cuanto al afecto, puesto que una madre marginada forzosamente por la violencia intrafamiliar no puede brindar a sus hijos el amor que necesitan, lo que puede llevar a estos niños a la drogadicción, la prostitución y la delincuencia.

2.1.1.3 Causas de la violencia intrafamiliar

La violencia se origina en la falta de consideración hacia la sociedad en que se vive, si crea mayor conciencia, si se analiza que la violencia no es la mejor forma de alcanzar las metas, de seguro la sociedad crecerá y se desarrollaría.

- ✓ El alcoholismo: El alcoholismo: un sin número de casos registran que, en un gran porcentaje de los casos en los que las mujer 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).
- ✓ 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 a la mujer; muchos hombres golpean a la mujer por un conflicto interno "odian a las mujeres" (misóginos).

2.1.1.4 Consecuencias de la violencia intrafamiliar

2.1.1.4.1 Consecuencias físicas

a) Consecuencias para la salud: La violencia contra la mujer y la niña, y demás miembros de la sociedad, aumenta su riesgo de mala salud. Un número cada vez mayor de estudios que exploran la violencia y la salud informan sistemáticamente sobre los efectos negativos. La verdadera medida de las consecuencias es difícil de evaluar, sin embargo, porque los registros médicos carecen generalmente de detalles vitales en cuanto a las causas violentas de las lesiones o la mala salud.

Las consecuencias de la violencia contra la mujer pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis (golpes, moretones) a discapacidad crónica o problemas de salud mental. También pueden ser mortales; ya sea por homicidio intencional, por muerte como resultado de lesiones permanentes o SIDA, o debido a suicidio, usado como último recurso para escapar a la violencia. En esta carpeta de información, Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer y la niña, se explora el tema en más profundidad.

b) Homicidio: Numerosos estudios informan que la mayoría de las mujeres que mueren de homicidio son asesinadas por su compañero actual o anterior.

En las culturas en que se practica la costumbre de la dote (bienes que aporta la mujer al matrimonio o que dan a los esposos sus padres o terceras personas, en vista de su matrimonio), esta puede ser mortal para la mujer cuyos padres no pueden satisfacer las demandas de regalos o dinero. La violencia que comienza con amenazas puede terminar en "suicidio" forzado, muerte por lesiones u homicidio.

c) Lesiones graves: Las lesiones sufridas por las mujeres debido al maltrato físico y sexual pueden ser sumamente graves. Muchos incidentes de agresión dan lugar a lesiones que pueden variar desde equimosis (golpes y moretones) a fracturas hasta discapacidades crónicas. Un alto porcentaje de las lesiones requiere tratamiento médico.

d) Lesiones durante el embarazo: Las investigaciones recientes han identificado a la violencia durante el embarazo como un riesgo a la salud tanto de la madre como del feto no nacido. Las investigaciones sobre este rubro han indicado mayores niveles de diversas condiciones.

e) Lesiones a los niños: Los niños en las familias violentas pueden también ser víctimas de maltrato. Con frecuencia, los niños se lastiman mientras tratan de defender a sus madres.

f) Embarazo no deseado y a temprana edad: La violencia contra la mujer puede producir un embarazo no deseado, ya sea por violación o al afectar la capacidad de la mujer de negociar el uso de métodos anticonceptivos. Por ejemplo, algunas mujeres pueden tener miedo de plantear el uso de métodos anticonceptivos con sus parejas por temor de ser golpeadas o abandonadas.

Los adolescentes que son maltratados o que han sido maltratados como niños, tienen menos probabilidad de desarrollar un sentido de autoestima y pertenencia que los que no han experimentado maltrato.

Tienen mayor probabilidad de descuidarse e incurrir en comportamientos arriesgados como tener relaciones sexuales en forma temprana o sin protección. Un número creciente de estudios indica que las niñas que son maltratadas sexualmente durante la niñez tienen un riesgo mucho mayor de embarazo no deseado durante la adolescencia. Este riesgo mayor de embarazo no deseado acarrea muchos problemas adicionales. Por ejemplo, está bien documentado que la maternidad durante la adolescencia temprana o media, antes de que las niñas estén maduras biológica y psicológicamente, está asociada con resultados de salud adversos tanto para la madre como para el niño. Los lactantes pueden ser prematuros, de bajo peso al nacer o pequeños para su edad gestacional.

Cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de resolver su dilema por medio del aborto. En los países en que el aborto es ilegal, costoso o difícil de obtener, las mujeres pueden recurrir a abortos ilegales, a veces con consecuencias mortales.

g) Vulnerabilidad a las enfermedades: Si se comparan con las mujeres no maltratadas, las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves. Se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber en parte a la inmunidad reducida debido al estrés que provoca el maltrato. Por otra parte, también se ha responsabilizado al auto descuido y a una mayor proclividad a tomar riesgos. Se ha determinado, por ejemplo, que las mujeres maltratadas tienen mayor probabilidad de fumar que aquellas sin antecedentes de violencia.

2.1.1.4.2 Consecuencias psicológicas

a) Suicidio: En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas

b) Problemas de salud mental: Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse, sin darse cuenta, parece, que se están metiendo en otros problemas, aunque menos graves, pero dañino igualmente.

La violación y el maltrato sexual del niño pueden causar daños psicológicos similares. Un episodio de agresión sexual puede ser suficiente para crear efectos negativos duraderos, especialmente si la niña víctima no recibe posteriormente apoyo adecuado. Al igual que la violencia contra la mujer en el seno familiar, el maltrato del menor suele durar muchos años y sus efectos debilitantes pueden hacerse sentir en la vida adulta. Por ejemplo, la pérdida de autoestima de la mujer que ha sido maltratada en la niñez puede traducirse en un mínimo de esfuerzo para evitar situaciones en que su salud o seguridad estén en peligro.

Ser víctima de violación o abuso sexual es una experiencia muy traumática y sus consecuencias pueden prolongarse por mucho tiempo. Víctimas (mujeres, niñas y niños) que han sufrido ataques sexuales describen los siguientes sentimientos:

- Temor.
- Culpa.
- Desvalorización
- Odio
- Vergüenza
- Depresión
- Asco
- Desconfianza
- Aislamiento
- Marginalidad

- Ansiedad
- Ser diferente (se sienten diferentes a los demás)

Es un mito que la violencia sexual la ejercen solamente extraños, muchas violaciones y abusos son cometidos por hombres que la víctima conoce, incluyendo parejas y amigos íntimos. Por ello los ataques ocurren en cualquier momento del día.

2.1.1.5 Tratamiento de la violencia intrafamiliar

En una familia con conductas violentas, suele ser alguno de los hijos el primero que va a terapia, como portavoz del conflicto familiar. Ahí las madres siempre colaboran y algunos padres no: ni siquiera asisten a pedido del terapeuta de su hijo.

La mujeres golpeada, en algún momento, suele ir a grupos de ayuda mutua o terapia individual, a veces ocultándose al marido para evitar que la presione para que abandone.

Pero son esas mujeres, las que primero pudieron comprender cómo funciona el círculo de la violencia, reconocer que están inmersas en un vínculo disfuncional y fortalecer su autoestima, casi las únicas que pueden sostener en el tiempo la decisión de separarse e iniciar acciones judiciales. Las demás, suelen desistir a la primera presión que reciben de su marido.

2.2 Psicopatología

La psicopatología es una ciencia, en tanto, conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico.

Sin embargo, esto no significa, que este mismo grupo de fenómenos, no puedan ser estudiados, ni sean objeto de otras ciencias distintas, como la Neurología, Psicofarmacología, Psicometría y

Filosofía entre muchas otras. Como ciencia, tiene un carácter objetivo, no es el fruto de la voluntad y creación de un hombre en particular, es el producto de la necesidad histórica de la humanidad, para poder enfrentar uno de sus grandes problemas, esto es, su salud mental.

En términos generales, es un reflejo del conocimiento logrado a través de múltiples esfuerzos, de todo aquello que se ha logrado establecer, como por ejemplo: los vínculos, relaciones, causas y factores implicados en los fenómenos psicopatológicos. Es el fundamento esencial de la Psiquiatría Clínica, en tanto, rama de la medicina encargada del diagnóstico, investigación y tratamiento de las enfermedades mentales.

El conocimiento de la psicopatología surge y se desarrolla en el seno de la práctica médica, por ejemplo: cuando se empezaron a observar conductas anormales, enfermas con manifestaciones psíquicas absurdas y fenómenos mentales caóticos. Y como parte lógica de su desarrollo, en el proceso del pensamiento médico, se fueron creando palabras, construyéndose juicios y conceptos acerca de esas diversas observaciones. Es así, como se han ido generando los conocimientos, investigándose y edificando teorías explicativas.

De tal manera, que se puede definir a la psicopatología, como la rama del conocimiento que, sistematiza, selecciona, diferencia, describe y clasifica, la forma y el contenido de los fenómenos que constituyen las experiencias psíquicas anormales, sus signos y síntomas. No obstante, cuando es posible, busca establecer las relaciones existentes entre los diversos fenómenos, haciendo asociaciones comprensibles, investigando vínculos significativos y realizando diversas articulaciones entre los elementos encontrados, con el fin de dar coherencia a las distintas observaciones. La psicopatología, al igual que otras ciencias, tiene su clasificación y división, la cual ha sido hecha de muy variadas formas, aquí se hace, de acuerdo al objeto al que se aplica.

2.2.1 Clasificación de la psicopatología

- ✓ Psicopatología general: es aquella que abarca la totalidad del conocimiento, relativo a los trastornos y fenómenos mentales patológicos. Conocimiento siempre en progreso, nunca

acabado, que va desde su fundamento epistemológico, axiológico y ontológico, hasta los de índole lógicos, físico-matemáticos, históricos, culturales y sociales.

- ✓ Psicopatología evolutiva: es aquella que estudia los fenómenos psicopatológicos, en relación con las diversas épocas de la vida, por lo que se divide en: infantil, de la adolescencia, adultez y la vejez (ancianidad).
- ✓ Psicopatología experimental: es aquella donde se abarcan e interrelacionan, los fenómenos psicopatológicos con aspectos de investigación en laboratorio, psicométricos, estudios histoquímicos, neuroquímicos y psicofarmacológicos, hasta los aspectos anatomofisiológicos, y en general, todos aquellos conocimientos donde se buscan las relaciones objetivas, es decir, de relaciones cuantitativo- materiales.
- ✓ Psicopatología clínica: es aquella que trata el aspecto teórico de su aplicación práctica, es decir, del conocimiento psicopatológico en el ejercicio clínico, por lo que se relaciona fundamentalmente con la semiología, metodología y nosografía, siendo la base de la psiquiatría clínica, que es la encargada además, de la terapéutica.
- ✓ Psicopatología especial: es aquella que trata los aspectos particulares, de trastornos genéricos, como por ejemplo: de las psicosis, de las neurosis, de los trastornos mentales orgánicos, incluidas las de las manifestaciones mentales de trastornos y enfermedades sistémicos.
- ✓ Psicopatología forense: abarca la aplicación de los conocimientos psicopatológicos en particular, los del tipo clínico para el mejor esclarecimiento y en auxilio de la administración de justicia, en otras palabras, son los conocimientos psicopatológicos relacionados con los aspectos legales de la conducta humana y sus anomalías, a la luz de la jurisprudencia.

2.2.2 El objeto de estudio de la psicopatología clínica

Si bien, el objeto de la clínica psicopatología, es darse cuenta del estado mental que guarda un individuo, su finalidad es diversa, pues puede orientarse al diagnóstico y llevar intenciones curativas, o ser objeto de investigación, para finalidades pedagógicas, readaptativas, jurídicas y epidemiológicas entre otras más. Esto ha sido posible, gracias a la aplicación de conocimientos generales, a casos particulares. Es un prejuicio, la creencia de que la misión única y principal de la clínica, es buscar y dar nombre a la enfermedad de un paciente, pues esto, cuando es, es solo nosología pura.

De una manera general, el objetivo de la psicopatología clínica, es buscar los fenómenos, por lo que se interesa por lo pronto y más de cerca, de conocer he identificar los estados psíquicos anormales que puedan ser capaces de modificarse.

2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos estudiados durante la Práctica Profesional Dirigida

Se investigaron algunos trastornos relacionados con el tema objeto de estudio entre ellos:

2.2.3.1 Trastornos del pensamiento

El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo con intervención de los mecanismos de memoria, atención, procesos de comprensión, aprendizaje. Es una experiencia interna e intrasubjetiva. El pensamiento tiene una serie de características particulares, que lo diferencian de otros procesos, como por ejemplo, que no necesita de la presencia de las cosas para que éstas existan, pero la más importante es su función de resolver problemas y razonar.

El pensamiento es una búsqueda activa, un proceso interno de elección, prueba y experimentación con la realidad. Responde a una necesidad de explicar y comprender, y a un deseo de crear. La mayor parte del pensamiento es difícil de precisar y tiene lugar inconscientemente. Por lo tanto se detallan y clasifican una serie de trastornos del pensamiento a continuación.

2.2.3.1.1 Clasificación de trastornos del curso del pensamiento

- i. Bradipsiquia: lentificación en la manera o forma de pensar. El hilo que sigue es muy lento, necesita mucho tiempo para asociar una cosa con otra. Se puede ver en la latencia de respuesta (ante una pregunta se tarda mucho en responder). Hay también un retardo en la asociación de ideas. Este retardo es característico de las depresiones (la obnubilación suele ir acompañada de bradipsiquia).
- ii. Taquipsiquia: demasiada rapidez en la manera o forma de pensar, el hilo que sigue es acelerado, es un pensamiento acelerado que le lleva a hilar mal el razonamiento. La taquipsiquia en su grado máximo, en extremo llega a la fuga de ideas.
La taquipsiquia se asocia al cuadro maniaco. Se puede ver alterada la afectividad del paciente. Este trastorno produce euforia. En la Bradipsiquia y Taquipsiquia se establecen diferencias en cuanto al grado de intensidad.
- iii. Prolijidad: pensamiento con sobreabundancia de detalles, detallista. Persona que cuenta los pormenores de los pormenores. También se puede hablar de minuciosidad, no es un pensamiento troncal, te vas por las ramas, pierdes el hilo y no te acuerdas de lo que estabas diciendo. Pierde el hilo a través de un largo y monótono discurso. Característico de cuadros obsesivos y demencias.

- iv. Perseveración: está relacionada con la prolijidad. Es la repetición constante de una idea con discursos muy semejantes. La proliferación termina en perseverancia y la perseveración es prolija. La prolijeración se hace porque intenta seguir un camino troncal pero siempre encuentra asociaciones. Cambia de tema con detallista. La perseveración no avanza porque inicia un camino y como repite, no avanza. Al no avanzar en razonamientos abstractos, rechaza en lo que está y no avanza. Es monótona y continuada.
- v. Interrupción: llamada o bloqueo o robo de pensamientos por las conclusiones a las que llega el paciente. Se habla y se y pierde el hilo, hay una interrupción de pensamiento. En caso exagerado está hablando de algo y queda en blanco y dice que le roban el pensamiento (delirio).
- vi. Disgregación: asociación de conceptos incongruentes. No hay conexión lógica en este pensamiento. Los elementos no tienen no tienen conexión lógica entre ellos, no hay asociación de conceptos. Se ve en cuadros delirantes (esquizofrenia).
- vii. Incoherencia: Similar a la disgregación. Conglomerado inconexo de percepciones, representaciones y recuerdos, ni siquiera hay conexión gramatical. Se suele dar en cuadros avanzados de demencia donde el pensamiento es pobre.
- viii. Fuga de ideas: pensamiento acelerado, en grado máximo de taquipsiquia con lo que nos da numerosas asociaciones y el pensamiento carece de dirección fija, se dispara y va saltando de una idea a la otra. Llamado también “pensamiento saltón”. No hace un razonamiento troncal. Son ideas a toda velocidad constantemente.

2.2.3.2 Trastornos del pensamiento

En el enfermo mental debido a que está viviendo una situación imaginaria donde predominan alucinaciones, delirios y falsas creencias por tanta confusión mental es frecuente encontrar:

✓ **Pensamientos fantasiosos:** Se denomina así porque está dominado por la imaginación y la fantasía, por lo tanto el relato que está haciendo no es creíble por parte de los familiares y por parte del médico, también es frecuente encontrar el pensamiento mágico que es normal en los niños y en los grupos étnicos de muy bajo nivel cultural se caracteriza:

a. Por qué piensa que las cosas parecidas son completamente iguales, por ejemplo si la figura materna fue punitiva o agresiva piensa que todas las madres son iguales, mas tarde en su desarrollo va a creer que todas las figura femeninas son idénticas, tendrá problemas para relacionarse con la figura femenina.

b. En forma imaginaria a los objetos inanimados les da vida y movimiento como ocurre cuando la niña platica o establece comunicación con su muñeca o cuando el menor convierte una regla en espada, un bolígrafo en una pistola y una escoba en un caballo, es uno de los datos principales que dan origen al rompimiento con la realidad.

✓ **Pensamiento dereístico** cuando el paciente tiene únicamente pensamientos placenteros se imagina un mundo fantasioso donde es feliz, todo le sale bien, no tiene responsabilidades y tiene una continua sensación de bienestar tanto física como mental.

✓ **Pensamiento regresivo** porque sus ideas y sus pensamientos no corresponden a su edad cronológica, puede tratarse de una paciente que sufre un trastorno bipolar y durante la agudización de sus ciclos sintomáticos tiene ideas infantiles propias de una menor de 6 - 8 años a pesar de que ella es una adulta joven.

✓ Pensamiento sonoro cuando el paciente escucha voces diferentes a la suya pero no provienen del exterior (alucinación auditiva) sino de su cabeza o de su cerebro afirma que las voces las escucha dentro de su cráneo y por lo general son las que le ordenan lo que tiene que decir y lo que tiene que hacer o actuar.

2.2.3.3 Trastornos sexuales

El trastorno sexual es un estado funcional o comporta mental que interfiere el ejercicio considerado normal de la función sexual. Se pueden clasificar en tres tipos:

A. 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.

La formación de la identidad sexual es un proceso complejo que empieza en la concepción, pero que se vuelve clave durante el proceso de gestación e incluso en experiencias vitales tras el nacimiento. Existen muchos factores y bastantes combinaciones de los mismos que pueden llevar a la confusión, pero la tradición en la mayoría de las sociedades insiste en catalogar cada individuo por la apariencia de sus genitales. Por esta razón surgen muchos conflictos en personas que nacen con rasgos intersexuales.

Si, por ejemplo, socialmente se le asigna a una persona la identidad sexual de un hombre, pero sus genitales son femeninos, esta persona puede experimentar lo que se ha venido a llamar disforia de género, es decir una profunda inconformidad con el rol de género que le toca vivir.

Algunos estudios indican que la identidad sexual se fija en la infancia temprana (no más allá de los 2 ó 3 años) y a partir de entonces es inmutable. Esta conclusión se obtiene generalmente

preguntando a personas transexuales cuando se dieron cuenta por primera vez que la identidad sexual que les ha asignado la sociedad no se corresponde con la identidad sexual con la que se identifican. Tales estudios no tienen por qué ser exactos, ya que no se han realizado también con personas no transexuales.

B. Parafilias

Etimológicamente, proviene del griego "pará" al lado, desviado y "*philéo*", atracción, amante. Las diferentes definiciones van dando elementos que nos servirán para la nuestra propia. En los diccionarios antiguos simplemente dice: sinónimo de perversión. La edad de comienzo del trastorno suele remontarse a la infancia y las primeras etapas de la adolescencia, donde aparecen conductas parafilicas, pero se definen recién en la adolescencia y la adultez joven.

Las fantasías, impulsos y comportamientos pueden ser elaborados o simples, de una sola serie o de varias parafilias asociadas. La duración debe ser mayor de seis meses, como vimos, pero lo común es que sean recurrentes, se cronifiquen y duren toda la vida, con tendencia a disminuir a lo largo de los años. Pueden haber períodos de mayor expresión, coincidentes con períodos de estrés, como también vimos, y también cuando la persona se encuentra con oportunidades existenciales de practicar sus fantasías y actos.

B.1 Clasificación de las parafilias

B.1.1 Travestismo

Parafilia en que una persona necesita vestirse con ropas del sexo opuesto para lograr el placer sexual. No debe confundirse con el travestismo homosexual para ejercer la prostitución, en este caso es un uniforme de trabajo, tampoco con el uso de ropas de mujer por parte de hombres para caracterizar papeles femeninos en el teatro, la televisión o el cine.

B.1.2 Sadismo

El placer sexual se logra a través de actos que causen dolor físico o humillación y degradación. Hay una sustitución del coito por estas acciones. Es independiente de que la pareja consienta o no, es una parafilia muy grave que puede llevar a delitos sexuales como la violación y la tortura.

B.1.3 Masoquismo

Al igual que en el sadismo el placer sexual se obtiene por sustitución del coito por actos que causen dolor y hasta lesiones físicas y humillación y degradación moral. A diferencia del sadismo la persona provoca intencionalmente estas situaciones.

B.1.4 Fetichismo

En esta parafilia la persona, casi exclusivamente hombres, necesitan de objetos no vivos (ropa, cabellos, uñas) o parte de la persona (pies, cola, manos) deseada para lograr la excitación sexual, la masturbación y el coito.

B.1.5 Coprofilia y urofilia

Relacionadas ambas con los esfínteres, en la coprofilia el placer sexual se da a través de las materias fecales, en la urofilia por la orina.

B.1.6 Frotteurismo

Es el conocido caso del que aprovechando lugares muy congestionados, como ómnibus o colas obtiene placer refregando sus genitales contra las personas.



B.1.7 Clismafilia

El placer sexual se logra por la realización de enemas.

B.1.8 Necrofilia

En este caso se trata de una parafilia en que la relación sexual se realiza solo con cadáveres.

B.1.9 Escatología telefónica

Quien no ha recibido más de una vez alguna llamada con fuerte contenido erótico, quien llamó sufre de esta parafilia.

C. Disfunciones

En las disfunciones alguna fase de la respuesta sexual humana se encuentra alterada impidiéndole al sujeto la consecución de un coito placentero. Pueden darse factores psicológicos y fisiológicos. Se clasifican en cinco trastornos:

C.1 Trastorno del deseo sexual

El deseo sexual responde a un proceso psicossomático complejo basado en la actividad cerebral (un «generador» o «motor» que funciona en forma de reostato cíclico), un medio hormonal escasamente definido y un argumento cognitivo, que incluye los intereses y la motivación sexuales. La desincronización de estos componentes da lugar a trastorno del deseo sexual inhibido.

La forma adquirida suele deberse a aburrimiento o infelicidad en una relación de mucho tiempo, depresión (que en el hombre conduce a la disminución del interés por el sexo con mayor

frecuencia que a la impotencia y en la mujer a inhibición de la excitación), dependencia de alcohol o drogas psicoactivas, efectos secundarios de medicamentos (por ejemplo, antihipertensivos o antidepresivos) y deficiencias hormonales. Este trastorno puede ser secundario a una alteración funcional en las fases de excitación o de orgasmo del ciclo de respuesta sexual.

La variedad generalizada de por vida a veces se asocia a acontecimientos traumáticos durante la infancia o la adolescencia, a la supresión de fantasías sexuales, al contexto de una familia disfuncional o, en ocasiones, a niveles bajos de andrógenos. Por lo general se consideran posibles causas niveles de testosterona inferiores a 300 ng/dl en el hombre y menores de 10 ng/dl en la mujer.

La testosterona es necesaria para mantener intacto el deseo tanto en hombres como mujeres, pero por sí sola no es suficiente; por otro lado, corregir la deficiencia hormonal puede que no mejore el trastorno de deseo sexual inhibido.

El paciente se queja de falta de interés por el sexo, incluso en situaciones habitualmente eróticas. El trastorno conlleva escasa actividad sexual, lo que a menudo da lugar a graves conflictos de pareja.

No obstante, algunos pacientes mantienen relaciones sexuales con una frecuencia satisfactoria para su pareja y pueden no tener problemas en la actividad sexual, aunque siguen encontrándose apáticos en ese terreno. Cuando la causa es el aburrimiento, suele disminuir la frecuencia de relaciones con la pareja habitual, pero el deseo puede conservarse normal o ser incluso intenso hacia otras.

C.2 Dolor en el coito

El dolor en el coito es experimentado tanto por varones como por mujeres, En los varones la dispaurenia, consiste en un dolor en la eyaculación. La dispareunia en la mujer se experimenta en la zona genital durante el coito, o bien sensaciones de ardor, quemazón, molestias, desagrado, etc. Puede darse al iniciar la penetración o durante toda la relación.

El dolor en el coito es experimentado tanto por varones como por mujeres. El manual para los trastornos mentales DSM-IV considera los "trastornos sexuales por dolor". Entre los que considera la "Dispareunia" (dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, no debida a la relación con otros trastornos ni al consumo de sustancias.

C.3 Trastorno de la excitación sexual en la mujer

La disfunción eréctil, el DSM-IV la define como la incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, provocando un malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

C.4 Trastorno de la excitación sexual en el hombre

En el DSM-IV se define según ese manual como: "Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una actividad sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de lo que la persona lo desee". Hay muchas definiciones concerniente a la eyaculación precoz y actualmente la mejor a mi parecer es la siguiente : Hay eyaculación precoz cuando el hombre no puede dominar durablemente su excitación y cuando su eyaculación llega involuntariamente.

La noción esencial en esta definición es la palabra " involuntariamente ", en efecto el eyaculador precoz no puede decidir voluntariamente el momento de su eyaculación. En consultación de sexología, generalmente los hombres que sufren de eyaculación precoz dicen que eyaculan después de menos de veinte vaivenes.

2.2.3.4 Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo de origen psicógeno, extremadamente frecuentes, son únicamente del registro depresivo: elaboración depresiva de una neurosis, descompensación depresiva de una personalidad subnormal o patológica debido a un traumatismo afectivo mayor.

La distimia se liga en esos casos, de una manera relativamente comprensible, a la historia personal del sujeto o a su problemática neurótica. El trastorno de ánimo puede ser también sintomático de una afección psíquica caracterizada (esquizofrenia) o de un ataque cerebral orgánico (epilepsia, tumor cerebral, estado predemencial). El afecto depresivo es en este caso más frecuente que la excitación eufórica.

Trastornos del estado de ánimo es el término que reciben un grupo de trastornos definidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, para los cuales se teorizan una serie de características subyacentes como causa de alteraciones en el estado de ánimo. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

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

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

2.3 Métodos de psicodiagnóstico

El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de la salud de cualquier área para acercarse a la comprensión y posible tratamiento de las condiciones salubres de un individuo. El diagnóstico es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin permitir conocer las características específicas de la situación determinada para así poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento o no. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado.

El término diagnóstico proviene del Latín, *diagnosis*, palabra que a su vez ha sido tomada del Griego y que significa “discernir” o “aprender” sobre determinados elementos. Normalmente, un procedimiento diagnóstico es sugerido ante la presencia de elementos o síntomas anormales para determinadas situaciones de acuerdo a los parámetros comúnmente aceptados como naturales.

El diagnóstico puede aplicarse para ratificar o rectificar la presencia de una enfermedad, como también para conocer su evolución en el caso de confirmarse la misma.

En la mayoría de los casos, para poder completarse un diagnóstico apropiado y certero, se debe contar con material extra, ya sean pequeños instrumentos como complejas y sofisticados equipamientos médicos. Cuenta con un sistema propio de análisis y evaluación de las características presentes, así como también con un particular modo de poner en práctica el accionar requerido.

El Psicólogo Clínico cuenta con instrumentos precisos para hacer un diagnóstico, como la entrevista psicológica, la administración de una batería confiable de tests; y la indispensable experiencia profesional que lo ayudará a despejar dudas y a actuar con la mayor eficacia y precisión posibles.

2.3.1 Instrumentos que se utilizan para hacer un diagnóstico clínico

El diagnóstico es un proceso complejo que debe realizarse a dos niveles: descriptivo y estructural. Los instrumentos utilizados para realizar un diagnóstico pueden ser:

A.Observación

Consiste en la observación detallada y continuada de una serie de datos eleccionados con anterioridad sobre el comportamiento de la persona; la observación ha de regirse por normas rigurosas y fijas, no basta una observación esporádica y asistemática. Mediante la observación se trata de calificar cuantitativamente los rasgos del comportamiento.

A.1. Tipos de observación

- ✓ Ocasional: ocurre con independencia de la intención del psicólogo; es casual; a veces da lugar a importantes descubrimientos.
- ✓ Sistemática: Se la programa y la realiza con una finalidad. Ej. toma de test de campo: se da en situaciones naturales. Atendiendo a la realidad que intenta describir directa: se refiere a los fenómenos, a lo que podemos percibir.
- ✓ Indirecta: se refiere a lo no observado y que se considera que existe (constructos hipotéticos: los mapas conceptuales, la inteligencia...)

Por su parte, Sierra y Bravo (1984), la define como: “la inspección y estudio realizado por el investigador, mediante el empleo de sus propios sentidos, con o sin ayuda de aparatos técnicos,

de las cosas o hechos de interés social, tal como son o tienen lugar espontáneamente”. Van Dalen y Meyer (1981) “consideran que la observación juega un papel muy importante en toda investigación porque le proporciona uno de sus elementos fundamentales; los hechos”.

La observación es la recolección de datos de las realidades empíricas, y puede ser:

- Ocasional, como cuando se produce fuera de un programa o estrategia y es, por tanto, casual.
- Sistemática, que es la más frecuente, se da bajo normas concretas sobre un campo debidamente delimitado y con una finalidad concreta. La observación sistemática debe hacerse en términos cuantitativos y puede ser de campo o de laboratorio.

Como método de verificación, la observación sistemática consiste en recoger datos de unas conductas determinadas de antemano, en situaciones también determinadas y con la intención de comprobar la verdad de una hipótesis; aquí la observación se suele realizar:

- En situaciones naturales: observaciones de campo que suelen utilizar como técnica de registro el formato de campo o cuaderno;
- O en la práctica clínica: orientada a recabar datos sobre un enfermo con los tipos de registro que llamamos escalas evaluativas o protocolos de anotaciones.

La observación sistemática se hace utilizando técnicas de registro (por ejemplo los protocolos de anotaciones), y en algunos casos utilizando también medios técnicos (cámaras de video, grabadoras,...) Se suele estudiar la conducta no verbal (movimientos corporales), la conducta espacial (la distancia espacial interpersonal en la comunicación), la conducta extralingüística (tono de voz, rapidez, secuencia en las intervenciones) y la conducta lingüística. Se utiliza fundamentalmente en la etología y en la intervención psicológica o psicoterapia.

B. La entrevista psiquiátrica

La psiquiatría es definida como el campo de estudio de las relaciones interpersonales, destacando más la interacción de los participantes. Su principal instrumento de observación es su ego: su personalidad, él como persona y la situación que se crea entre éste y aquél. Los datos psiquiátricos son originarios por una observación ya que en la psiquiatría no existen datos objetivos. La entrevista psiquiátrica se podría decir que es una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos o más voluntariamente integrados sobre una base de experto – cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del cliente.

El carácter oral de la entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal. Si se tienen en cuenta los aspectos no verbales, es factible en realidad hacer una formulación errónea. La entrevista va dirigida al propósito de dilucidar normas características de la vida. La distorsión paratáctica puede ser, en realidad, un oscuro intento de comunicar algo que verdaderamente necesita ser comprendido por el terapeuta, y tal vez finalmente necesita ser comprendido por el paciente también.

El experto en psiquiatría debe tener una comprensión muy extensa, maravillosamente detallada o ambas cosas a la vez. En la entrevista existen datos pertinentes y fuera de lugar, teniendo que investigar el psiquiatra hasta los datos más minuciosos tanto de su cultura como de su orden social los cuales le ayudarán a saber quién es el cliente y de qué manera se han producido las cosas en su vida.

Como en todo proceso hay obstáculos acá no es la acepción por lo general a todos los seres humanos se les enseña a que no deberían necesitar ayuda y se experimenta la sensación que son unos tontos al buscarla o esperar que alguien se las dé. La entrevista psiquiátrica puede ser considerada como compuesta por una serie de etapas hipotéticas, novelescas, abstractas y artificiales.

La indagación es una parte necesaria de la técnica de las entrevistas en todas sus y es tan peculiarmente una abstracción de técnica, que nada tiene que ver con el propósito ostensible, pero vale la pena que el entrevistador la tenga perfectamente organizada en su mente, sea cual fuere la base sobre la que entrevista a otra persona, por la cual la transición se divide en:

- ☉ Transición suave: la cual se desarrolla cuando el entrevistador desea cambiar el tema de la conversación y puede realizar la transición por medio de una declaración adecuada y por lo menos superficialmente veraz.
- ☉ Transición acentuada: no se emplea una de esas maneras corteses de trasladarse el psiquiatra y su paciente, de la manera de un tópico a otro, sino que el primero indica.
- ☉ Transición abrupta: Se introduce un nuevo tópico de la conversación que es pertinente pero que ha sido introducido en lo que podría llamarse un punto socialmente inoportuno.

La transición suave se utiliza para pasar poco a poco a otro tópico; la transición acentuada ahorra tiempo y aclara la situación; y la transición abrupta es utilizada para evitar una ansiedad peligrosa, o para provocar ansiedad cuando se observa que de otra manera no es posible llegar a la que se busca.

El entrevistador psiquiátrico realiza cuatro acciones significativas para la entrevista las cuales son:

- Estudia lo que puede querer decir el paciente con lo que expresa.
- Estudia a la mejor manera en que él mismo puede exponer lo que desea comunicar al paciente.
- Observa el tiempo general de los hechos que se le comunican o que se están discutiendo.
- Toma nota de todo lo que tenga un valor significativo evocativo.

La integración interpersonal del entrevistador y el entrevistado son los hechos interpersonales y la norma de su curso, los que generan las informaciones o datos de la entrevista; es decir que es el entrevistador experimenta la manera en que los hechos interpersonales se siguen uno a otro. La entrevista posee cuatro etapas las cuales se desarrolla de manera general e individual dando inicio en el comienzo formal, el reconocimiento el cual deberá ser breve, y de ningún modo extenso, como la historia de una vida. Pero en el reconocimiento, en el cual el entrevistado está más o menos contestando a una serie organizada de preguntas, el entrevistador tiene una oportunidad, estando con el oído alerta y el ojo avizor, de recoger un gran número de pistas para su exploración ulterior.

El reconocimiento puede durar unos veinte minutos, en el caso de que el entrevistador no espere volver a ver a la persona, o durará entre siete y media hora a quince horas. La habilidad que un entrevistador puede manifestar en la obtención e interpretación de esa historia en bosquejo, tiene mucho que ver con la facilidad o dificultad del interrogatorio detallada subsiguiente. El uso de la asociación libre se desarrolla dentro del reconocimiento y es posible que el entrevistador oiga hablar de alguna situación de un momento perteneciente al pasado del paciente, que parece significativo; pero que no se presenta claro. Es más trata de decir a los pacientes lo que significa la asociación libre y trata de conseguir que ellos la materialicen, puede resultar todo un problema.

Una de las razones de la vacilación inicial del psiquiatra en revelación por medio de un resumen cuán a ciegas se encuentra en la situación de la entrevista, es que la clase de cosas que resumen es determinada por su propia experiencia y su propia comprensión del vivir del paciente. La etapa del interrogatorio detallado en la entrevista psiquiátrica es una cuestión de mejorar las primeras aproximaciones de comprensión, proceso en el cual puede producirse un cambio, realmente revolucionario en las impresiones de uno.

El concepto de ansiedad es central en todo este sistema de enfoque. Uno podría asegurar que la ansiedad es el concepto explicativo general para el intento del entrevistado de crear una impresión favorable de sí mismo. Este vasto sistema de operaciones, preocupaciones, vigilancias y demás, podría ser denominado con perfecta propiedad el sistema del yo, esa parte de la

personalidad que nace enteramente de las influencias de otras personas significativas sobre la sensación de bienestar de uno.

El interés del entrevistador está en la observar los cambios que se presentan en tales juegos de actitudes: en observar qué es lo que está mejorando o empeorando de la situación. El sistema del yo del entrevistado está, en todo momento, pero en diversos grados, en oposición a que se alcance el propósito que persigue la entrevista. La historia del desarrollo del yo involucra las circunstancias bajo las cuales el entrevistado experimentará ansiedad.

El bosquejo sugerido por la obtención de datos es el siguiente según la clasificación:

- ✓ Desórdenes en aprender los hábitos de higiene: Primer paso para conocer la historia del paciente respecto al aprendizaje de higiene de hábitos
- ✓ Desórdenes en el aprendizaje de los hábitos del lenguaje: Pueden mostrarse en dificultades tempranas como vacilación al hablar, super actividad oral, o en los acompañamientos amanerados en momentos de tensión.
- ✓ Actitudes hacia los juegos y los compañeros en ellos: Es el enfoque de comprensión del desarrollo de idiosincrasias en la era juvenil.
- ✓ Actitudes hacia la competición y la avenencia
- ✓ Ambición
- ✓ Instrucción inicial
- ✓ Experiencia en la universidad
- ✓ Interés por los clubes de varones o mujeres
- ✓ El camarada preadolescente
- ✓ Relaciones infortunadas en la adolescencia temprana
- ✓ Actitud hacia la conversación “risqué”
- ✓ Actitud hacia el cuerpo
- ✓ Preferencia sexual
- ✓ Actitud hacia la soledad
- ✓ El hábito de la bebida y los narcóticos
- ✓ Hábitos de la alimentación
- ✓ El sueño u las funciones del sueño

- ✓ La vida sexual
- ✓ Noviazgo y el matrimonio
- ✓ Paternidad
- ✓ Historia vocacional
- ✓ Entretenimientos

En la entrevista psiquiátrica una de las partes importantes es su terminación o interrupción, lo cual es importante consolidar todo progreso que pueda haberse alcanzado durante la sesión o serie de sesiones. La consolidación del propósito de la entrevista se desarrolla en cuatro medidas siendo:

1. El entrevistador formula una declaración final al entrevistado la cual resume todo lo sabido durante el curso de la misma.
2. Prescripción de acción: el entrevistado deberá empeñarse en adelante.
3. Apreciación final: El entrevistador hace una apreciación final de los probables efectos sobre el curso de la vida del entrevistado.

El curso de la situación-entrevista procede sobre la básica suposición de que el entrevistado puede obtener, por lo menos, algún beneficio durable como resultado de su contacto con el experto, pero que eso solamente puede suceder en la medida que se establezca una relación válida entre el entrevistado y el entrevistador.

C. Los tests psicológicos

Los tests psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provoca puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto. La construcción del test debe procurar que el

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

C.1. Clasificación general

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

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

Son procesos estandarizados de recogida de información, son voluntarios, no enmascarados (sabemos la finalidad de la prueba) y estandarizados. Se basan en procedimientos estadísticos y el material está tipificado (que todos lo utilizan de forma uniforme, en la aplicación, corrección e interpretación). Los tests psicométricos iniciaron dentro de la teoría de los rasgos, pero actualmente se apoyan en diferentes modelos, tienen en común que poseen una base empírica y todos intentan medir.

b. **Tests proyectivos:** Son utilizadas frecuentemente por los profesionales en los peritajes médico-psiquiátricos y psicológicos porque aportan un profundo conocimiento de la personalidad global del sujeto, que ante elementos presumiblemente inocuos (imágenes, manchas, dibujos, grafismo) se relaja obviando las censuras previas.

El planteamiento de las pruebas proyectivas: material poco organizado y estructurado, la libertad completa del sujeto para llevar a cabo la tarea, sin marcajes de tiempo, ni de corrección en las respuestas, aplicación individualizada, etc..., es uno de los mayores atractivos de estas técnicas

que sin lugar a dudas contribuye a sus excelentes resultados, pese a las críticas recibidas sobre la subjetividad inherente a las mismas, así como las dificultades de verificación (*validez* criterial y *fiabilidad*).

- 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.

C.2 Áreas de aplicación

El uso de tests para la evaluación puede ser de diversos tipos, así 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 test no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo una debida integración de todos sus conocimientos y una suficiente aptitud y actitud profesional para elaborar a partir de los resultados un perfil válido, sustentable y coherente con respecto al funcionamiento de una persona en determinada área.

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

- Psicología clínica: quizás la más popularmente relacionada con el uso de tests, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo.

Así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico y

despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

- Psicología educativa y orientación vocacional: en esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste.

Es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

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

D. Manuales de diagnóstico

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

El DSM-IV-TR (*Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, IV Edition, Text Revision, de acuerdo a sus siglas en inglés*), es el manual utilizado por los profesionales de la salud mental, y se utiliza con la finalidad de facilitar y estandarizar el diagnóstico de los desórdenes mentales. Es un texto descriptivo y teórico (dirigido específicamente al conocimiento), no causal.

El DSM-IV-TR es apoyado por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos; contiene una clasificación de los trastornos mentales, proporcionando descripciones claras de las categorías diagnósticas. Esto se hace con la finalidad de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales bajo la unificación de un mismo criterio.

El uso racional del DSM-IV-TR permite hacer más confiables los diagnósticos, convirtiéndose en una útil y acertada guía para la práctica clínica. Este manual no tiene la finalidad de explicar las diversas patologías, así como tampoco proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

De igual forma, no se adscribe a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría. Para su adecuada interpretación es necesario recurrir al juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

D.1. 1 Evaluación multiaxial: ejes que trabaja el DSM-IV-TR

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

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

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

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

Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, lo cual es relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase “diagnóstico principal” o “motivo de consulta”, tras el diagnóstico del Eje II.

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

Las enfermedades médicas pueden relacionarse estrechamente con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos, es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este sentido son fisiológicos, para establecer con mayor certeza este eje, es necesario llevar a cabo un estudio multidisciplinario (apoyo con otros profesionales indicados).

- ✓ Eje IV: Problemas Psicosociales y Ambientales: Se describen problemas o situaciones de índole psicosocial que puedan influir en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.), o bien que tengan relevancia especial en su vida.

Un problema psicosocial o ambiental puede actuar en determinadas ocasiones, como el factor desencadenante de un trastorno mental en la persona, o bien en una psicopatología. Por esta razón, deben tomarse en cuenta momento de la evaluación que lleve al diagnóstico final, así como para el plan terapéutico que se ponga en marcha con el paciente.

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

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia)
 - Problemas relativos al ambiente social
 - Problemas relativos a la enseñanza
 - Problemas laborales
 - Problemas de vivienda
 - Problemas económicos
 - Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
 - Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
 - Otros problemas psicosociales o ambientales (desastres naturales, guerras, cuidadores no familiares, etc.)
- ✓ Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), en base al criterio clínico del profesionalista que evalúa. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución del caso.

Para desarrollar este eje, existe la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la cual está dividida en diez niveles de actividad. La valoración mediante la escala EEAG implica la selección de un único valor que refleje del mejor modo posible, el nivel global de la actividad del individuo. Cada nivel (de diez puntos cada uno) presenta dos componentes:

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

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

El uso de la evaluación multiaxial facilita un panorama completo, objetivo y sistemático de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales, así como del nivel de actividad de la persona evaluada. Dichos aspectos podrían pasar desapercibidos sin el apoyo de la evaluación multiaxial del DSM-IV-TR.

D.1.2 Uso y manejo del manual

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

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

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

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

D.2 Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE 10

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

D.2.1 Características básicas

- ✓ Originalmente la CIE fue utilizada por los países para la elaboración de estadísticas de mortalidad.
- ✓ La CIE consiste en un sistema de códigos (categorías y subcategorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados.
- ✓ Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para selección de los mismos.

D.2.2 Clasificación CIE – 10 capítulo V (F)

Trastornos mentales y del comportamiento f00 – f99

- ✓ F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos.
- ✓ F10-F19 Trastornos mentales y trastornos del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
- ✓ F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotipos y trastornos de ideas delirantes.
- ✓ F30-F39 Trastornos del humor (afectivos).

- ✓ F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- ✓ F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- ✓ F60-F69 Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto.
- ✓ F70-F70 Retraso mental.
- ✓ F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.
- ✓ F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- ✓ F-99 Trastorno mental, no especificado en otro lugar.

D.2.3 Diagnóstico multiaxial de la CIE-10

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

- ✓ EJE I. Diagnósticos Clínicos: incluye los trastornos mentales y de medicina general. Todos los trastornos identificables en un individuo deben ser listados y codificados de acuerdo con los veinte capítulos de enfermedades en la clasificación central de la CIE-10.
- ✓ Eje II. Discapacidades: valora las consecuencias de la enfermedad en términos de impedimento en el desempeño de roles sociales básicos. Debe ser evaluado con la versión revisada y acortada de la Escala de Evaluación de la OMS. Cuatro facetas mayores deben ser consideradas: cuidado personal, funcionamiento ocupacional (como trabajador remunerado, estudiante, ama de casa), funcionamiento con la familia (evaluando tanto regularidad como calidad de las interacciones) y comportamiento social en general (interacción con otros individuos y la comunidad en general y actividades de tiempo libre).

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

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

D.3 La guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico es un intento de optimizar el uso y la utilización del Capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; *World Health Organization [WHO], 1992a*).

Por tanto comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y formulación diagnóstica, particularmente pertinente para Latinoamérica y que incluya ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas.

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 monólogos latinoamericanos y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

D.3.1 ¿Qué es la guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico?

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

El desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana debería incrementar la comunicación entre profesionales de la región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base de datos que permita entender mejor los problemas de esta población. En general, es previsible que esto traiga como consecuencia el desarrollo de una psiquiatría latinoamericana más científica.

Finalmente, desde el punto de vista sociopolítico, el GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo consumidora de conocimientos generados en otras latitudes, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional.

El GLADP no es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular. Tiene la Guía, el propósito fundamental de mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región.

D.3.2 Uso de la guía

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

El GLADP reconoce el derecho del clínico a sostener su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto sea excepcional y se reserve para especialistas de experiencia.

Esto es de particular importancia en el diagnóstico de las formas atípicas de los trastornos mentales en que no hay criterios diagnósticos específicos para tales formas atípicas. No obstante, la ausencia de satisfacción de los criterios diagnósticos de la Guía se aclarará mediante el uso de las siguientes siglas: D.N.P. (diagnóstico no pautado) si no se ha satisfecho los requisitos diagnósticos de la GLADP, o estos no han podido ser revisados.

En este último caso, los requisitos diagnósticos proveídos por la Guía deben revisarse tan pronto sea posible, a fin de ofrecer al paciente una mayor certeza diagnóstica. El sostener un diagnóstico en contra de los criterios pautados (D.N.P.) exige que el paciente haya sido muy bien estudiado y que existan razones verdaderamente convincentes para hacerlo. No se justifica mantener un diagnóstico no pautado sólo porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos.

Debe tenerse en cuenta que algunos pacientes (con depresiones, por ejemplo) pueden tener manifestaciones típicas de su entorno cultural o edad, no recogidas en los criterios diagnósticos, en tales situaciones, si el cuadro es típico se considerará que cumple los requisitos diagnósticos.

Sólo es obligatorio hacer referencia al cumplimiento de los indicadores de la GLADP, pero si así se desea se puede señalar la satisfacción de las pautas de otros sistemas. Ejemplo:

F40.0 Agorafobia (CDI, DSM-IV, SCAN)

Se da por sentado que en este caso están satisfechas las pautas de la GLADP.

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

2.4. Psicoterapia

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

La 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.

2.4.1. La relación terapéutica

Se refiere a la relación entre terapeuta y cliente, se trata de una relación profesional. El terapeuta se interesa por el cliente, pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas de su carácter profesional se derivan otras características de la relación terapéutica, tales como:

- i. La actitud de incondicionalidad y apoyo al paciente enmarca toda la actividad terapéutica. Si bien son actitudes siempre deseables en la terapia, con esta población se convierten en características indispensables, siempre matizando que este apoyo debe ser adaptativo y no debe convertirse en un comportamiento que aumente los sentimientos de inutilidad personal del paciente y la sensación de dependencia del terapeuta.

Así, debe establecerse una buena relación empática y cálida con el paciente para que éste se sienta comprendido y no criticado y de esta forma pensar que realmente el terapeuta está interesado por su caso y puede ayudarle.

- ii. El terapeuta debe presentar un modelo de comportamiento asertivo (no crítico ni sumiso) durante las sesiones, para que el paciente aumente su credibilidad respecto a la eficacia de las técnicas y aprecie opciones de respuesta a su problema.

El terapeuta no debe perder la paciencia ante una crítica o negativismo reiterados del paciente hacia la terapia o hacia las posibilidades de mejoría. Tampoco debe actuar de una forma sumisa, al no ser capaz de extinguir comportamientos de quejas reiteradas del paciente durante la sesión (muy frecuentes entre las personas mayores deprimidas, especialmente entre las mujeres), que pueden llegar, por constancia, a impedir el desarrollo de la terapia, ni debe permitir que sea únicamente el paciente quien controle las sesiones (el contenido de ellas, de

qué tema se va a tratar, los ejercicios a realizar, etc.) por un déficit de asertividad en la dirección del proceso terapéutico.

- iii.El terapeuta debe presentar las habilidades instrumentales básicas de refuerzo para motivar al paciente en la realización de las tareas, o reforzar sus adelantos en la terapia, etc., transmitiéndole la idea de que él puede conseguir los objetivos que se vayan proponiendo en las sesiones. Los pacientes mayores, como el resto de los grupos de edad, responden bien a las habilidades de motivación y de refuerzo del terapeuta, especialmente en la depresión.
- iv.El terapeuta debe presentar habilidades pedagógicas guiadas siempre por una fina sensibilidad clínica, es decir, no olvidando que "lo pedagógico" está al servicio de lo clínico, a la hora de explicar las estrategias a utilizar, las fases de la terapia, la forma en que han de llevarse a cabo las tareas, etc. Asimismo, es recomendable que se manejen con agilidad y pedagogía los términos técnicos necesarios para explicar una estrategia, o una hipótesis de por la que el problema se perpetúa, ya que esto puede actuar como un factor motivador para el paciente.
- v.El terapeuta debe disponer de las habilidades cognitivas (lógicas, de búsqueda de contradicciones, etc.) necesarias, en los casos de depresión, para ejercitar ciertas técnicas sofisticadas como la reestructuración cognitiva. Presentarlas con la implicación emocional necesaria para que éstas surtan el efecto deseado, como es el caso de la discusión de una idea irracional, en la práctica de la terapia racional emotiva.
- vi.El terapeuta debe sistematizar todo el proceso de intervención, preparar las sesiones por adelantado, tener objetivos claros a desarrollar en las mismas y negociar los contenidos de cada sesión al inicio de cada una con el paciente. Conviene invitarles a que progresivamente ellos asuman el contenido de la agenda de las sesiones siguientes, a fin de reforzarles la toma de iniciativas.

2.4.2. Competencias de la psicoterapia

Las áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad). Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores: evaluar la posibilidad de éxito del cliente; preparar a los clientes para la terapia; y acomodar la terapia al cliente. La tarea principal de un terapeuta es evaluar donde se encuentran bloqueados los clientes, qué hacen para superar el bloqueo, y cómo puede influir sobre ellos beneficiosamente para salir de la situación. Los elementos que deben tenerse en cuenta para hacer estas evaluaciones son los siguientes:

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

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

2.4.3. El proceso terapéutico

Los puntos más relevantes dentro del proceso terapéutico se determinan de la siguiente manera:

a) Recogida estructurada de la información y análisis funcional. El proceso terapéutico comienza con la recogida de la información a través de autorregistros y demás instrumentos, hasta completar el análisis de las respuestas problema. Continúa con la conceptualización y explicación de los datos recogidos en el análisis y del establecimiento de las relaciones entre los diferentes componentes de la respuesta problema, las consecuencias de la misma y la interacción entre las diferentes variables que intervienen en el proceso. Los autorregistros clásicos en depresión en la vejez, en general, son de difícil uso y cuando se utilizan en la práctica clínica deben ser simplificados al máximo, utilizando vías alternativas como escribir un diario que recoja los momentos agradables como los depresivos, grabar pensamientos y sentimientos negativos en un *cásette*, etc.

b) Formulación y explicación al paciente y a la familia. El siguiente paso consiste en la explicación pedagógica al paciente de sus problemas y la formulación de los objetivos de la terapia que se trabajarán. Algunos de los objetivos se consigue explicándole a un paciente mayor por qué está deprimido y cuáles son los factores por los que existen sus problemas. Y esto es de gran importancia. También se debe tener en cuenta que esta explicación debe realizarse como una hipótesis explicativa provisional al final de la primera sesión de terapia. Con todo ello se persiguen los siguientes objetivos:

- i. 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 "no soy útil para nadie, luego 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.

- ii. 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. En ocasiones se presentan estos dos estilos al mismo tiempo de forma dicotómica y alternante.

Como se ve, los pacientes buscan una explicación a su problema; si el terapeuta no evalúa este aspecto corre el riesgo de que el paciente abandone la terapia, puesto que esta atribución de su problema de depresión (por ejemplo, "si valiera más no me deprimiría", "estoy así porque soy un inútil", etc.) va a marcar las expectativas de cambio y las relacionadas con el tipo de terapia que espera recibir. Por ejemplo, con el segundo tipo de atribución el paciente puede esperar que el terapeuta cambie el comportamiento de los nietos sin que él tenga que hacer nada para enfrentarse a las situaciones problema, sin plantearse que, por ejemplo, ayudaría a resolver el problema el que él se expresase sin quejas, culpabilizaciones y de forma más asertiva.

- iii. 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 y por qué motivo tiene que cambiar esas respuestas.
- iv. 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.

- v. 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.
- vi. 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.
- vii. 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 deprimidos hacia la familia, etc.) y dificultar el éxito del tratamiento.

2.4.4. Modelos de psicoterapia

La psicología es la ciencia que estudia la conducta humana. En esta ciencia conviven diversos modelos explicativos del comportamiento humano de cada uno de los cuales se derivan diferentes tratamientos psicológicos. Los principales modelos psicológicos son se describen a continuación.

2.4.4.1. Modelos psicodinámicos

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

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

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

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

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

- **Modelo Dinámico:** Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte inconsciente, derivado del Yo, y los principios normativos o morales del individuo consciente e inconsciente. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.
- **Modelo Económico:** Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía. El principio de realidad hace que la energía libidinal quede ligada a un objeto (relación de catibia) para su descarga o satisfacción.
- **Modelo Genético:** Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la "oral" relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca: Los comportamientos adultos de fumar, beber, etc se relacionarían con ella. Le sigue la fase "anal", segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces. La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la "falica", entre los tres y cinco años, se relaciona con la zona erógena de los genitales, y la superación de la misma se relaciona con la resolución del "Complejo de Edipo". La última fase es la fase "genital" que se relaciona con la capacidad orgásmica y actividades de recepción y expresión de sensaciones sexuales y afectivas agradables.

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

2.4.4.1.2 Método terapéutico

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

La asociación libre: consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas. A veces el analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente ha generado en su propio discurso.

El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente (regla de la abstinencia). Además el analista no debe de dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todos los elementos del discurso del paciente (regla de atención flotante).

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial.

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

2.4.4.2. Modelo conductual

La extensión de los modelos conductistas al campo de la clínica y la psicoterapia viene marcada por varios hechos históricos. Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comienzan a ejercer sus funciones como seleccionadores de personal y como ayuda de los psiquiatras en tareas de diagnóstico. Después de este conflicto se dedicaron al cuidado de los veteranos de la guerra en instituciones públicas. En 1949 se desarrolla la conferencia Boulder, donde se define el papel del psicólogo clínico.

Socialmente, la profesión del psicólogo clínico se va consolidando y lleva de la mano una nueva forma de abordar los trastornos mentales. Por un lado se comienza a cuestionar el diagnóstico basado en clasificaciones particulares (fiabilidad baja, efecto de "marca" negativa de la etiqueta, circularidad explicativa y poca relación con la etiología) y por otro la relación de estos diagnósticos con su tratamiento (escasa relación entre el tipo de trastorno y el tipo de tratamiento).

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

caso inverso donde el estímulo condicionado sigue al estímulo incondicionado, es el llamado condicionamiento hacia atrás.

El paradigma del condicionamiento operante se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular (estímulo discriminativo) se hace más probable si es seguida de una consecuencia o contingencia reforzante. En este paradigma la conducta no está controlada por sus antecedentes (no es una E- R) sino por sus consecuencias (R-C). Si una conducta aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso reforzamiento positivo. Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un estímulo aversivo, se denomina a ese proceso como reforzamiento negativo. Si la probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como castigo. Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes (positivas o negativas) se denomina al proceso como extinción.

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

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

2.4.4.2.1 Método terapéutico

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

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

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo de las mismas más adecuado es cuando deriva en análisis funcional del problema en cuestión.

2.4.4.3. Modelo humanista

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

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

- ✓ La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.

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

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

2.4.4.3.1 Carl Rogers

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

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

2.4.4.3.1 Método terapéutico

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

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

En la consideración positiva incondicional: el terapeuta brinda la oportunidad al cliente a expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su auto-aceptación. Para ello lo acepta sin condiciones de valor y evita corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Esta actitud conlleva un aprecio hacia los sentimientos y la persona del cliente con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades. La congruencia: Se refiere a la autenticidad del terapeuta ante su cliente particular. Para que este pueda mostrarse empático ha de ser congruente con sus propios sentimientos generados en la relación terapéutica. Tal congruencia se muestra tanto a nivel verbal como no verbal.

2.4.4.4. Modelo sistémico

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947) se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes").

En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: (1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y (2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambios.

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

- La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (por ejemplo de los padres) involucrando a una tercera (por ejemplo un hijo).
- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.

- La información se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vinculo (descrito en un apartado anterior), la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar...), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.).
- La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un conyugue, etc). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

2.4.4.4.1 Método terapéutico

Aunque los métodos terapéuticos empleados por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos más o menos comunes a todas ellas.

En primer lugar el terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema solución intentada (por ejemplo Watzlawick) y quiénes son los indicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (limites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (limites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda (quien y como se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia (en la línea de Selvini-Palazzoli).

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

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

- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.
- El uso de la resistencia: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo "¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?", de modo que al sistema solo le queda la alternativa de seguir lo indicado o su opuesto. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio.
- Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.
- Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.
- Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar

2.4.5. Formas de psicoterapia

2.4.5. 1. Psicoterapias psicoanalíticas

2.4.5. 1.1 Psicoterapia focal

La psicoterapia focal es una modalidad de tratamiento psicológico, derivada del psicoanálisis, que permite trabajar conflictos internos y/o relacionales, en un período limitado de duración. El formulario de entrevista inicial contiene datos para que los integrantes del equipo puedan discutir:

- a) si se puede ayudar al paciente con una terapia breve, y
- b) qué aspecto de la enfermedad del paciente debía tratarse. Luego, durante el tratamiento, cada sesión debía ser sintetizada con los datos de relevancia en un 'informe de sesión'. Luego del alta, los informes de seguimiento tienen el mismo encabezamiento que los informes de sesión.

La psicoterapia focal presenta algunas semejanzas y diferencias con las otras psicoterapias breves. La terapia focal sigue la línea psicoanalítica, pues la actividad del terapeuta está restringida a intervenciones interpretativas. Su actividad consiste en a) encontrar el foco apropiado de los varios que ofrece el paciente, 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.

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

La atmosfera de la sesión debe facilitar:

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

b. La técnica "recoge aportaciones teóricas del psicoanálisis y las aplica a tratamientos mucho más focales y mucho más breves en el tiempo de aplicación, de tal manera que en un contexto de gran presión asistencial se beneficie al mayor número de enfermos posible".

Este tratamiento responde al hecho de que la práctica psicoanalítica puede ser aplicada a un número muy limitado de pacientes: los objetivos son cambios profundos en la estructura de la personalidad y requieren mucho tiempo y esfuerzos económicos, que la sanidad pública no puede asumir. "El mismo Freud, muy denostado por cierto, ya planteó que se debería de alejar el oro puro del psicoanálisis con el cobre, para buscar un término medio y extender el trabajo psicoanalítico a la sociedad".

Desde entonces ha habido diferentes técnicas de aleación: terapias de apoyo, terapias directivas, etc. La terapia focal aborda y busca resolver determinadas situaciones, por ejemplo, situaciones de crisis como duelos, divorcios, migraciones, enfermedades muy graves.

Por eso mismo y cabe remarcar, no está indicada para por ejemplo la modificación de una neurosis obsesiva, un trastorno de personalidad o una adicción. Trata de acompañar, guiar y potenciar las oportunidades de elaboración y crecimiento para evitar un desenlace destructivo, trágico como puede ser un suicidio, un proceso de psicotización o un proceso sordo de cronificación que estropea todo el resto de la vida del sujeto.

2.4.5. 1.2 Psicoterapia breve y de emergencia

El terapeuta se centra en el problema actual en lugar de examinar sus antecedentes.1 Glosario: Dificultades, molestias que caracterizan la vida cotidiana llamados “problemas”, por ej.: discusiones de pareja. Trastornos, dificultades recurrentes e ineficaces molestias, en de los intentos superar esas cambiando su comportamiento interactivo y/o su interpretación de tal comportamiento. 3. La noción de “resistencia” en terapia (lo que no nos deja avanzar, lo que nos limita), en realidad no es tal, sino mas bien es una comunicación del paciente que nos está dando las pautas de cómo se les debería ayudar, porque está claro que las personas llegan a terapia con la idea de cambiar su situación actual. 4. Construir un significado nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto de trastorno del cliente. Es preciso un objetivo pequeño y razonable. Curso del tratamiento. 5. La entrevista inicial puede utilizarse para crear un marco para el tratamiento familiar breve. El terapeuta con la familia puede centrarse en temas específicos, clarificar los objetivos y expectativas y canalizar las interacciones de un modo adecuado al trabajo focalizado a corto plazo.

El terapeuta habrá establecido un contrato con la familia, delineando los objetivos y la duración del tratamiento. Será el conductor, policía de tráfico, árbitro, mentor y modelo, utilizando su conocimiento sobre la dinámica individual y de grupo recordara a la familia la naturaleza limitada del tratamiento. Técnicas: Los terapeutas con experiencia tienen más probabilidades de ser flexibles. Establecer objetivos limitados y un punto final definido: el concepto del terapeuta debe centrarse en lo mínimo que tiene hacer para ayudar a la familia a continuar por si misma, en lugar de centrarse en una noción más ambiciosa del potencial de la familia. Se puede pedir a la familia que especifique en términos concretos como podría ser la vida familiar 6 o 10 semanas después si las interacciones en el área problemática fueran mejores.

Es un manual para los especialistas del ramo de la salud y la calidad de vida emocional. Se trata de una guía práctica que permite estar atentos a todos los factores que entran en juego cuando se tiene que intervenir de manera inmediata en determinados casos, como son: violencia, suicidio, homicidio, estrés postraumático. Es una intervención certera y que nos lleva de la mano, paso a

paso para lograr un tratamiento corto, en situación de urgencia y además trabajar con el paciente, con las circunstancias y con los familiares. Requerimos como profesionales de documentos de esta naturaleza que nos permitan comprender la importancia del insight y de lo puntual de nuestras intervenciones en casos de urgencia y emergencia. Todo profesional de la salud involucrado en situaciones de crisis es importante que recurra a este documento, que sin duda, será de gran utilidad y de dar luz para la intervención en la vida de otros.

Las características de la psicoterapia breve surgieron debido a la necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes a los que, a causa de circunstancias económicas o de urgencia, era muy difícil proporcionarles un tratamiento prolongado. En esta segunda edición del manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, Leopold Bellak, creador de este enfoque, brinda una actualización del tema, además de mostrar su aplicación en nuevos campos, como la terapia cognitivo-conductual y el trabajo con niños. Por otra parte, presenta un capítulo acerca de la aplicación en general de las pruebas a perceptivas en la psicoterapia breve. Sin lugar a dudas, psicoterapia breve, intensiva y de urgencia representa una herramienta de valor indiscutible para psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos.

La psicoterapia breve surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes que, por el contexto en que se encontraban, era muy difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas. Su autor brinda una actualización de los conceptos desarrollados por él acerca de la psicoterapia breve; además muestra su aplicación en nuevos campos como la terapia cognitivo-conductual y el trabajo con niños. Por otra parte, presenta un capítulo acerca de la aplicación en general de las pruebas a perceptivas en la psicoterapia breve. Cuenta asimismo, con dos instrumentos sumamente útiles como auxiliares en el desarrollo de esta psicoterapia, la Guía de preguntas y el Protocolo de registro, los cuales sistematizan el proceso de evaluación y diagnóstico y facilitan de gran manera el inicio de la terapia. Sin lugar a dudas, es una herramienta de valor indiscutible para psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos.

En la actualidad, la exigencia de ofrecer más servicios de salud mental ha llevado, a los profesionales de la psicología, a plantear nuevas formas de intervención, breves y rápidas, con el propósito de atender una demanda considerando la escasez de personal competente para responder de manera inmediata una emergencia psicológica, se ha trabajado en la formación de personas que intervengan en momentos de crisis emocional, pues en determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos y trastornos mentales

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

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

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

“La psicoterapia es básicamente un proceso muy simple que comprende desconocimiento, aprendizaje y reaprendizaje del pensar y sentir de cada persona” (Bellak, 2005); su proposición consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia

crucial, según Cade en 1993 en su libro *Guía breve de terapia breve* dice que la psicoterapia se ocupa de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre el organismo humano, intenta comprender y modificar la masa perceptible acumulada que afecta los sentimientos, comportamientos actuales y las respuestas derivadas de ellos; para lograr esto se tiene que pensar mucho, planificar y conceptualizar, esta conceptualización es la que hace posible a la terapia breve, la técnica psicoterapéutica plantea proposiciones necesarias para producir óptimamente los cambios en la estructura y la dinámica por la menor adaptación y en contraste con la psicoterapia breve y de emergencia esta toma las reglas cuidadosamente planeadas, se basa en proposiciones claramente formuladas derivándose de la teoría psicoanalítica.

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

2.4.5.2 Psicoterapias conductuales

2.4.5.2.1 Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos, El énfasis de la TCC está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente. Está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

El lugar de promover un, se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia. Rechaza el principio de sustitución de síntomas. La falsa idea de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma, que considera a un síntoma como una solución económica, la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, es cuestionada por esta metodología.

La meta de la terapéutica es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento.

Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

Desmitifica la terapia. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona.

Puede ayudarle a reconocer y cambiar la forma de pensar y de actuar que contribuyen a su ansiedad. La terapia cognitiva conductual puede ayudarle a eliminar los pensamientos que empeoran su ansiedad. Por ejemplo, si usted sufre de trastorno de pánico, quizá le preocupa que sus síntomas (por ejemplo, las palpitaciones fuertes) le causen la muerte. Este tratamiento puede ayudarle a entender que eso no es probable. De igual manera, si usted padece de trastorno de ansiedad social, puede ayudarle a aprender que los demás no siempre le están observando y

juzgando. Tanto la terapia cognitiva conductual como la terapia conductual pretenden cambiar las formas de actuar que empeoran la ansiedad. Por ejemplo, si usted tiene fobia de que le muerda un perro, puede que los evite. Esto empeora su miedo, pues usted nunca aprende que la mayoría de los perros no muerden. Un consejero puede ayudarle a pasar, poco a poco, más tiempo con perros amistosos y, con el tiempo, usted podrá lidiar con la sensación de pánico.

2.4.5.2.2 Terapia racional emotiva

La Terapia Racional Emotiva fue formulada inicialmente por Albert Ellis durante el congreso de la *American Psychological Association* en Chicago, Estados Unidos, en 1956, bajo el nombre de La Terapia Racional Emotiva.

La terapia racional emotiva esta basada en la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de formas significativas y que, desde el punto de vista práctico, en algunos aspectos son, esencialmente, la misma cosa. Esto es equivalente al caso de otros dos procesos básicos, la sensación y movimiento, interrelacionados de forma tal que nunca pueden separarse totalmente uno del otro.

Las emociones pueden definirse como formas de comportamiento complejas, relacionadas de forma integral con los procesos sensoriomotores y con los pensamientos sin causas o consecuencias únicas. Podría decirse entonces que las emociones provienen de tres diferentes fuentes: de los procesos sensoriomotores, de la estimulación biofísica de los tejidos del sistema nervioso, del hipotálamo y de otros centros subcorticales, y de procesos cognitivos.

La TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. En la premisa Estoica de que la “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones.”

El modelo ABC se considera dentro de la TREC como un amplio marco de referencia donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. El Cual funciona de la siguiente manera:

El acontecimiento activante o A es el interpretado por el individuo, quien desea desarrolla una serie de creencias. A partir de esas creencias se desarrolla C o consecuencias, que resultaría de la interpretación que le individuo hace de A. las consecuencias pueden ser emocionales “Ce”, y/o conductuales, “Cc”. Si las creencias pueden ser funcionales, lógicas y empíricas, se consideran racionales “rB”. Si por el contrario dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son “irracionales”, (iB). Según el ABC, el método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional, se llama refutación o debate (d) y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan las hipótesis y teorías para determinar su validez los efectos son (E).

De acuerdo a la TREC, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que lo rodea. Dicha evaluación se conceptualiza através delas exigencias absolutistas de los debo y tengo que dogmáticos sobre uno mismo, los otro y la vida en general. Las 3 conclusiones derivadas del pensamiento absolutista y rígido de los tengo que/ debo:

Tremendismo, es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo. Baja tolerancia la frustración y la condenación o evaluación global de la vida del ser humano, es la tendencia a evaluar como mala la esencia humana, la valía de uno mismo y/o de los demás, como resultado de la conducta individual. La Terapia Racional Emotiva fue formulada inicialmente por Albert Ellis durante el congreso de la *American Psychological Association* en Chicago, Estados Unidos, en 1956, bajo el nombre de La Terapia Racional Emotiva.

La terapia racional emotiva esta basada en la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de formas

significativas y que, desde el punto de vista práctico, en algunos aspectos son, esencialmente, la misma cosa. Esto es equivalente al caso de otros dos procesos básicos, la sensación y movimiento, interrelacionados de forma tal que nunca pueden separarse totalmente uno del otro.

Las emociones pueden definirse como formas de comportamiento complejas, relacionadas de forma integral con los procesos sensoriomotores y con los pensamientos sin causas o consecuencias únicas. Podría decirse entonces que las emociones provienen de tres diferentes fuentes: de los procesos sensoriomotores, de la estimulación biofísica de los tejidos del sistema nervioso, del hipotálamo y de otros centros subcorticales, y de procesos cognitivos.

La TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. En la premisa Estoica de que la “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones.”

El modelo ABC se considera dentro de la TREC como un amplio marco de referencia donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. El cual funciona de la siguiente manera:

El acontecimiento activante o A es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias. A partir de esas creencias se desarrolla C o consecuencias, que resultaría de la interpretación que el individuo hace de A. Las consecuencias pueden ser emocionales “Ce”, y/o conductuales, “Cc”. Si las creencias pueden ser funcionales, lógicas y empíricas, se consideran racionales “rB”. Si por el contrario dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son “irracional”, (iB). Según el ABC, el método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional, se llama refutación o debate (d) y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan las hipótesis y teorías para determinar su validez los efectos son (E).

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro.

Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

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

2.4.5.2.3 La terapia de solución de problemas

Antecedentes que facilitaron el surgimiento de las técnicas de solución de problemas. Para D'Zurilla los cuatro hechos que considera que han tenido influencia en el surgimiento de esta orientación han sido el interés por la creatividad, el surgimiento de la aproximación de competencia social a la psicopatología como una oposición al modelo médico, el rápido desarrollo y expansión de la aproximación cognitivo-conductual dentro de la modificación de la conducta, y el desarrollo de la teoría transaccional del estrés.

Como la mayoría de las terapias cognitivo-conductuales las terapias de solución de problemas han asumido los "genéricos" principios cognitivos basados en Mahoney (1974) y Mahoney y Arknoff (1978). Sin embargo, ha existido en estos últimos años la presión y la necesidad de crear a nivel teórico técnicas específicas fundamentadas. De esta forma, ha habido un importante esfuerzo de basar teóricamente la terapia de solución de problemas.

La meta de la SP y de la modificación de conducta es la misma, es decir, producir consecuencias positivas, refuerzo positivo, y evitar las consecuencias negativas. Para D'Zurilla y Goldfried la SP es una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta eficaz. Según estos autores, los seres humanos se caracterizan por ser solucionados los problemas, y de que, de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad. Ello implica que aquellas personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social. Y los que no la poseen, pueden ser entrenados para hacerlo.

Existen tres diferentes niveles que reflejan el incremento en especificidad de los efectos sobre la ejecución de solución del problema. Estos tres niveles son los de cogniciones de orientación al problema, habilidades de solución del problema específicas y habilidades de SP básicas.

- ✓ Cogniciones de orientación al problema: aquí se encuentran las habilidades metacognitivas de orden superior, que definen una orientación general del individuo ante los problemas de la vida. Como por ejemplo: la percepción del problema (el reconocimiento y calificación del problema), atribuciones causales, valoración del problema, creencias sobre el control personal, y valores respecto al compromiso de tiempo y esfuerzo para solucionar los problemas independientemente.
- ✓ Habilidades de solución de problemas específicas: estas habilidades se encuentran en un nivel intermedio de especificidad. Son una secuencia de tareas específicas dirigidas a una meta que deberán realizarse para resolver un problema particular exitosamente. Incluyen las tareas de definir y formular el problema, generar una lista de soluciones alternativas, tomar una decisión, implementar la solución y evaluar el resultado de la solución. En términos conductuales esta secuencia puede verse como una cadena conductual, donde completar exitosamente cada tarea refuerza la ejecución de la tarea, y el reforzamiento del resultado por la entera serie es el descubrimiento de una solución al problema.
- ✓ Habilidades de solución de problemas básicas: estas son las de sensibilidad hacia los problemas (habilidad para reconocer que un problema existe), pensamiento alternativo

(habilidad para generar soluciones alternativas), pensamiento medios-fines (habilidad para conceptualizar qué medios se precisan para llegar a una meta, pensamiento consecuencial (habilidad para anticipar consecuencias), y toma de perspectiva (habilidad para percibir una situación desde la perspectiva de otra persona).

El papel de las emociones es importante. Es común que se produzca activación emocional en el proceso de SP. Estas respuestas emocionales pueden tanto facilitar como inhibir la ejecución de SP, dependiendo de variables como la cualidad subjetiva o valor de respuesta emocional (placer vs dolor), la intensidad de la activación emocional (actividad del sistema nervioso central), y la duración del estrés emocional.

Las emociones pueden jugar un papel importante en el reconocimiento del problema, el marco de la meta de SP, la evaluación de soluciones alternativas y la evaluación de la ejecución de la solución. También tienen un papel importante en cómo la persona procesa la información durante la ejecución de la SP. El conocimiento y control de las respuestas emocionales es importante para una eficiente y efectiva ejecución de SP. Cuando interfieren en el proceso se hace necesario entrenar al sujeto en habilidades que faciliten su afrontamiento, tales como reestructuración cognitiva, autoinstrucciones y técnicas de relajación o desensibilización sistemática.

La terapia de solución de problemas, también llamada entrenamiento en resolución de problemas, es una estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales.

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried son, a saber:

- Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.

- Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- Evaluar los resultados.
- Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).
- La terapia de solución de problemas es una estrategia cognitivo-conductual y donde se aplica una versión simplificada del método científico, adaptada a problemas prácticos cotidianos.

2.4.5. 3 Psicoterapias Humanistas

2.4.5. 3.1 Psicoterapia centrada en el cliente

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

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

En esta corriente surge el consejo no directivo o centrado en el cliente. Este tipo de terapia ha sido influida por muchas de las corrientes generales del pensamiento clínico, científico y filosófico presentes en nuestra cultura.

Se ha visto influida principalmente por la psicología estadounidense, con su habilidad para las definiciones operacionales, para la medición objetiva, su insistencia en el método científico y la necesidad de someter todas las hipótesis a un proceso objetivo de verificación o refutación.

Es una teoría psicológica aplicada en el trabajo terapéutico con personas en busca de ayuda psicológica. Ha sido creada por el psicólogo norteamericano y profesor de psicología Carl Rogers (1902 - 1987). Como se decía, implica un "enfoque" que enmarca el proceso psicoterapéutico, más allá de ser una mera "técnica". Por ejemplo, según aseguraba el propio autor en el citado libro, el proceso psicoterapéutico fallaría si fuera aplicado como una técnica, ya toda acción terapéutica surge de unas determinadas actitudes reales por parte del psicoterapeuta (de ahí denominarlo "enfoque").

Como técnica psicoterapéutica es uno de los métodos más investigados a nivel científico desde entonces y ha dado sus pruebas de eficacia. Las investigaciones científicas y universitarias en muchas partes del mundo permitieron también el desarrollo sistemático de esta orientación psicoterapéutica.

La psicoterapia centrada en el cliente suele ser la base de la formación profesional de los counselors. También forma parte de la formación curricular básica de los psicólogos, ya que es una forma de psicoterapia, permite establecer una relación psicoterapéutica y enmarca conceptos fundamentales como el sí-mismo.

Está construida sobre una base profunda de observaciones minuciosas, íntimas y específicas de la conducta del hombre en relación. Se esfuerza por llegar a las constantes, las secuencias conductuales que describen el modo en que opera la naturaleza humana.

La psicoterapia centrada en la persona (o en el cliente) es uno de los métodos más investigados al nivel científico desde entonces y ha dado sus pruebas de eficacia como tratamiento psicoterapéutico. Para muchos el uso del término cliente puede resultar chocante y contrario al espíritu de la psicología humanista. El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la

connotación de la misma palabra, relacionada con la patología y enfermedad, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta. En este, el cliente no es un enfermo sino otra persona, par del terapeuta. En mi opinión, el cambio de término puede resultar positivo para el cliente y asegurar un mejor pronóstico, al lograr que éste se sienta responsable de su mejoría y su bienestar.

En sus textos, Rogers establece la siguiente hipótesis de que el individuo tiene la capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia. Dicha hipótesis es, a mi parecer, el planteamiento esencial del enfoque, y, a su vez, lo que genera mayores polémicas. Es un enfoque muy optimista, que plantea expectativas altas en el paciente, que podría mejorar al sentir que otro confía plenamente en él.

- Es la más influyente.
- Parte de la *confianza radical en el paciente y el rechazo al papel directivo del terapeuta*.
- *Elemento central de la terapia*: la actitud del terapeuta. Rasgos de esta actitud:
 - *Principio general*: actitud de escucha y de reflejo de lo que dice el cliente.
 - *Rasgos de la actitud del terapeuta*:
 - Consideración positiva incondicional hacia el paciente
 - Empatía
 - Autenticidad o congruencia del terapeuta en sus manifestaciones hacia el paciente.
- *Aspectos que tiene en cuenta el desarrollo de la terapia*:
 - Impulso al crecimiento.
 - Énfasis en lo afectivo más que en lo intelectual.
 - Más importancia al presente que al pasado.
 - La relación terapéutica es una experiencia de crecimiento personal.

2.4.5. 3.2 Psicoterapia gestáltica

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

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

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

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

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

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.

- Enfatiza el aquí y ahora y los elementos emocionales.
- Trata de evitar las especulaciones e interpretaciones sin fin.
- Método terapéutico:
 - Utilizan numerosos ejercicios (por ejemplo la "silla vacía" a la que habla el paciente como si se comunicara con una persona relacionada con sus conflictos).
 - Los ejercicios son más emocionales y corporales que racionales.
 - Tienen como fin promover el "darse cuenta".
 - Da mucha importancia a la responsabilidad, incita al paciente a hacerse responsable de su conducta.

2.4.5.3.3 Logoterapia

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

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

La logoterapia es una técnica psiquiátrica desarrollada por Viktor Frankl. La técnica es una variación del método psicoanalítico que intenta sobrepasar la clásica interpretación del inconsciente que se nutre del ello o impulsividad ciega, y colocar en correcta relación la vida

orgánica con la vida espiritual o responsable. Freud creía que la neurosis estaba encadenada a episodios de impulsividad reprimida y por tanto su terapia consistía en volver conscientes tales represiones. Esto a través de un proceso de intervención médica conocido como "asociación libre". De ahí la clásica imagen del diván, el paciente y el médico.

Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no necesariamente se refleja en la búsqueda de dios u otro ser sobrenatural. No solamente subsisten en el interior de la conciencia humana una impulsividad natural sino también una espiritualidad natural. La cura de muchos traumas estaría dada por el reconocimiento de tal sustrato y la posterior toma de conciencia es decir, de responsabilidad frente a esa condición. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

En la arquitectura profunda de la psiquis humana, se encuentra una espiritualidad inconsciente que pretende siempre la trascendencia. Aquí la teoría de la logoterapia, que pretende la sanidad en función de la recuperación de sentido, expone funciones profundas de la conciencia y la toma de decisiones ante las formas cotidianas del existir. Los sueños son aún piezas claves para entender los procesos psíquicos que pugnan en el interior de todo hombre.

La Logoterapia se convierte en un instrumento de conexión para el ser humano, puente entre su vida inconsciente y su manera de vivir. No habría nada más enfermizo en el humano que una vida incoherente. Pero no se trata de una incoherencia puramente discursiva, se trata pues de un conflicto mucho mayor entre la conciencia y la responsabilidad. Son las decisiones las que resultan en fracaso o triunfo, y no meramente la voluntad como creía Nietzsche. La fuerza de las decisiones radica en la propia existencia, de tal modo que jamás se puede renunciar a ella. Se trata entonces de una elección consciente o inconsciente, pero decisión al fin y al cabo.

- *Concepto básico*: la noción de pérdida de sentido o vacío existencial.
- *Origen de muchas neurosis*: la frustración existencial y la falta de sentido de la vida. Estas son las neurosis noógenas. Cada época tiene su neurosis característica, la que corresponde a nuestra época es la neurosis noógena.
- *Objetivo de la terapia*: dado que ni los instintos ni las tradiciones pueden indicar al hombre con claridad lo que debe ser, el terapeuta debe ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida.

2.4.5.3.4 Análisis transaccional

El análisis transaccional es un sistema de psicoterapia individual y social que se engloba dentro de la psicología humanista propuesto por el psiquiatra Eric Berne en los años 1960 en Estados Unidos, quien lo divulgó con su libro *Juegos en que participamos*.

El análisis transaccional propone una metodología y unos conceptos básicos expresados en un lenguaje sin los tecnicismos abstractos que predominan en otras teorías psicológicas. Pretende ser un modelo profundo, con técnicas para facilitar la reestructuración y el cambio personal. Su fácil integración con otras disciplinas de las ciencias humanas y sociales, le ha dado una gran difusión mundial dentro del entorno humanista, laboral y de la auto-ayuda. Sin embargo, su debilidad epistémica y sus constantes analogías del psicoanálisis freudiano le impiden ser tomada como una teoría seria por la comunidad científica y asistencial.

A nivel funcional, busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí, mediante transacciones psicológicas, con sus estados del yo Padre, Adulto y Niño, aprendiendo a utilizar el primero para dar cuidados, el segundo para individuarnos y el tercero para buscar y recibir cuidados, tanto en nuestra interacción con los demás, como también en nosotros mismos, creciendo en el logro de una personalidad integradora. A nivel profundo, busca facilitar el abandono del guión psicológico que decidimos en la infancia bajo la influencia de las figuras parentales y de autoridad, pero que fue necesario para sobrevivir y que podemos aún estar siguiendo de forma inconsciente. Al dejar el guión, dejamos también de jugar los juegos

psicológicos que lo refuerzan, pudiendo entonces usar integradoramente nuestra capacidad de pensar, sentir y actuar, al servicio de un vivir saludable.

Además de psicoterapia, el Análisis Transaccional es aplicable en crecimiento personal, educación, enfermería, trabajo social, desarrollo organizacional y en otras actividades en las cuales las personas interactúan entre sí.

Se resume así:

- Destaca los aspectos sociales y de interrelación.
- Desarrolla un lenguaje no técnico y asequible a la comprensión del paciente.
- Mantiene la consideración positiva del otro como perteneciente a la naturaleza humana.
- Objetivo de la terapia: ayudar a la persona a restaurar o potenciar la posición existencial original: "yo estoy bien, tú estás bien".

2.4.5. 4. Psicoterapias sistemáticas

2.4.5. 4.1 La terapia sistémica familiar

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

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

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

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

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

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

Al igual que las otras corrientes terapéuticas su correcta práctica requiere el pasar por proceso formativo que permita conocer las bases teóricas y desarrollar las habilidades personales propios del terapeuta. Las terapias familiares, cada familia tiene una estructura dinámica, es un sistema organizado con sus propias leyes y el objeto de la terapia es reconstruir ese fenómeno para poder descubrir sus leyes de funcionamiento, identificando, bajo la diversidad de las formas aparentes, los esquemas fundamentales que permitan formular las leyes generales para establecer las correlaciones estructurales que correspondan.

La familia es un sistema de fuerzas que como todo grupo tiene como objetivo mantener la cohesión. Cuando uno de los miembros del grupo familiar se enferma física o mentalmente, o presenta un problema psicológico conductual, está expresando de alguna manera una patología familiar.

El enfermo es el emergente de un grupo que tiene problemas, si se quiere se puede traducir como que el enfermo es el más fuerte, no el más débil como parecería, porque es el que se decide a romper la cohesión, porque para él la situación es insostenible.

El resto del grupo familiar tenderá a mantener el equilibrio que se atrevió a romper el emergente, y es probable que alguno de ellos postergue sus propias necesidades en función de ese equilibrio.

El equilibrio de un sistema familiar puede ser sano pero también puede ser enfermo. Por ejemplo, si la madre cumple dos roles en lugar de uno, porque el padre es alcohólico, la madre equilibra al grupo pero la situación produce una distorsión que genera malestar en sus miembros.

Para detectar el verdadero funcionamiento de un grupo familiar se utiliza la técnica del rol playing, que consiste en que cada uno de los miembros juegue los roles de los demás y pueda tomar conciencia de la problemática individual, actuando “como si” fuera el otro. Como en todo sistema las fuerzas lograrán el equilibrio cuando se igualen, de modo que todos los miembros deberán mantenerse en sus respectivos roles sin agregar valencias a su carácter, como sería por ejemplo, no cumplir con las expectativas de su rol, sobreactuar su rol o jugar más de un rol, el suyo y el que no le corresponde.

2.4.5. 5. Psicoterapias alternativas

2.4.5. 5.1 Reiki

Reiki originalmente fue desarrollada por Mikao Usui (1878-1940), un monje budista y fue importada a los Estados Unidos por la Sra. Hawayo Takata (1900-1980), una americana de primera generación que divulgó la teoría de volver a la salud a través de la práctica de este método.

Reiki es una terapia basada en energía en la cual se cree que el tacto suave y la concentración de la persona que administra la terapia se ponen en contacto con fuentes universales de energía que pueden ayudar a reforzar las habilidades que tiene el cuerpo para sanar.

La investigación concerniente a Reiki se encuentra en sus primeros pasos así que no es posible llegar a conclusiones definitivas acerca de su eficacia si bien se han realizado varios estudios pilotos comunicados en diversos congresos y aún no publicados forma de administración. Las manos de la persona que administra la terapia Reiki se colocan suavemente sobre 12 posiciones sobre la cabeza y torso de la persona completamente vestida, sentada o recostada.

2.4.5. 5.2 Musicoterapia

La musicoterapia es el uso de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

Actualmente la musicoterapia como disciplina de Salud se ha extendido alrededor del mundo. Hasta la actualidad, se han desarrollado carreras de grado y post-grado en: Europa (*Alemania, Austria, Dinamarca, Italia, Francia, Hungría, Polonia, Reino Unido, España e Israel*); Asia y Oceanía (*Korea, Tailandia, Finlandia y Australia*) y el Continente Americano (*Estados Unidos, Canadá, Brasil, Colombia, Cuba, Puerto Rico, Venezuela, Uruguay, Perú, Argentina, México y Chile*)

España ha sido un país que tradicionalmente se ha mantenido muy a la zaga en el impulso y desarrollo de esta Terapia, si bien se ha limitado a determinados estudios, pruebas experimentales o desempeño aislado de ciertas personas. En Barcelona surge en el 1976 la Asociación Española de Musicoterapia con el Prof. Dr. Joan Obiols Vié.

La musicoterapia se desarrolla profesionalmente tanto en el ámbito público como privado, en abordajes tanto grupales como individuales. Las metodologías de trabajo varían de acuerdo a la población y a las escuelas y constructos teóricos que fundamenten el quehacer del musicoterapeuta.

También referida como vibracional o de frecuencias, incluye musicoterapia y otras formas de producir sonidos. La base de su efecto es que las frecuencias de sonidos específicos resuenan en órganos específicos del cuerpo para curar y dar soporte al cuerpo. La musicoterapia ha sido la terapia más estudiada entre ellas, con estudios que datan del 1920, cuando se demostró que la música afectaba a la presión sanguínea. Otros estudios han sugerido que la música puede reducir la ansiedad y el dolor. La música y la visualización, solas o combinadas han sido usadas para tratar estados de humor, reducir el dolor agudo o crónico y alterar ciertas sustancias bioquímicas, como los niveles plasmáticos de beta-endorfina.

Actualmente se usa en niños con cáncer, en algunas unidades de cuidados paliativos y en pacientes ingresados por toxicidades agudas. También ayuda a los familiares. Globalmente ayuda al bienestar y facilita la comunicación emocional y reduce el stress asociado con la enfermedad y su tratamiento.

La musicoterapia no considera que la música por si misma puede curar; no existen recetas musicales generales para sentirse mejor. Los efectos de la música sobre el comportamiento han sido evidentes desde los comienzos de la humanidad. A lo largo de la historia, la vida del hombre ha estado complementada e influenciada por la música, a la que se le han atribuido una serie de funciones. La música ha sido y es un medio de expresión y comunicación no verbal, que debido a

sus efectos emocionales y de motivación se ha utilizado como instrumento para manipular y controlar el comportamiento del grupo y del individuo.

La música facilita el establecimiento y la permanencia de las relaciones humanas, contribuyendo a la adaptación del individuo a su medio. Por otra parte, la música es un estímulo que enriquece el proceso sensorial, cognitivo (pensamiento, lenguaje, aprendizaje y memoria) y también enriquece los procesos motores, además de fomentar la creatividad y la disposición al cambio.

Así, diversos tipos de música pueden reproducir diferentes estados de ánimo, que a su vez pueden repercutir en tareas psicomotoras y cognitivas. Todo ello depende de la actividad de nuestro sistema nervioso central. La audición de estímulos musicales, placenteros o no, producen cambios en algunos de los sistemas de neurotransmisión cerebral. Por ejemplo: los sonidos desagradables producen un incremento en los niveles cerebrales de serotonina, una neurohormona que se relaciona con los fenómenos de agresividad y depresión.

Existen 2 tipos principales de música en relación con sus efectos: la música sedante, que es de naturaleza melódica sostenida, y se caracteriza por tener un ritmo regular, una dinámica predecible, consonancia armónica y un timbre vocal e instrumental reconocido con efectos tranquilizantes. La música estimulante, que aumenta la energía corporal, induce a la acción y estimula las emociones.

La música influye sobre el individuo a 2 niveles primarios diferentes: la movilización y la musicalización: la movilización: la música es energía y por tanto moviliza a los seres humanos a partir de su nacimiento y aún desde la etapa prenatal. A través de la escucha o la creación, la música imprime una energía de carácter global que circula libremente en el interior de la persona para proyectarse después a través de las múltiples vías de expresión disponibles.

La música, al igual que otros estímulos portadores de energía, produce un amplio abanico de respuestas que pueden ser inmediatas, diferidas, voluntarias o involuntarias. Dependiendo de las circunstancias personales (edad, etapa de desarrollo, estado anímico, salud psicológica,

apetencia) cada estímulo sonoro o musical puede inducir una variedad de respuestas en las que se integran, tanto los aspectos biofisiológicos como los aspectos efectivos y mentales de la persona.

Así, el bebé agita sus miembros cuando reconoce una canción entonada por su madre, los adolescentes se reconfortan física y anímicamente escuchando una música ruidosa e incluso les ayuda a concentrarse mejor en el estudio. Dado que la musicoterapia constituye una aplicación funcional de la música con fines terapéuticos, se preocupa esencialmente de promover a través del sonido y la música, una amplia circulación energética en la persona, a investigar las múltiples transformaciones que induce en el sujeto el impulso inherente al estímulo sonoro y a aplicar la música para solventar problemas de origen psicosomático.

La musicalización: el sonido produce una musicalización de la persona, es decir, la impregna interiormente dejando huella de su paso y de su acción. Así, la música que proviene del entorno o de la experiencia sonora pasa a integrar un fondo o archivo personal, lo que puede denominarse como mundo sonoro interno. Por tanto, nuestra conducta musical es una proyección de la personalidad, utilizando un lenguaje no verbal. Así, escuchando o produciendo música nos manifestamos tal como somos o como nos encontramos en un momento determinado, reaccionando de forma pasiva, activa, hiperactiva, temerosa... Cada individuo suele consumir la música adecuada para sus necesidades, ya sea absorbiéndole de forma pasiva o creándole de forma activa. Toda expresión musical conforma un discurso no verbal que refleja ciertos aspectos del mundo sonoro interno y provoca la movilización y consiguiente proyección del mundo sonoro con fines expresivos y de comunicación.

2.4.5. 5.3 Aromaterapia

La aromaterapia (del griego aroma, 'aroma' y therapeia, 'atención', 'curación') es una rama particular de la herbolaria, que utiliza aceites vegetales concentrados llamados aceites esenciales para mejorar la salud física y emocional. A diferencia de las plantas utilizadas en herbolaria, los

aceites esenciales no se ingieren sino que se inhalan o aplican en la piel. Su eficacia es discutida y es considerada una pseudociencia.

Es la psicología que estudia los olores y sus efectos en la mente humana, ya sea desde los estímulos relajantes y aromáticos que nos puedan ofrecer algunas fragancias como la rosa o manzanilla hasta asociar algunos olores con los sentimientos, al igual que los colores ya que ambos se manejan en el sistema límbico que es el manejo de emociones.

La mayoría de las veces relacionamos los olores con las personas, reconocemos estos olores personales al tener un encuentro cercano con esta persona, por esta misma razón podemos recordarnos de alguien al percibir cierta fragancia o perfume que esté en el ambiente.

Los aceites esenciales son mezclas de varias sustancias químicas biosintetizadas por las plantas, que dan el aroma característico a algunas flores, árboles, frutos, hierbas, especias, semillas y a ciertos extractos de origen animal. Se trata de productos químicos intensamente aromáticos, no grasos (por lo que no se enrancian), volátiles por naturaleza (se evaporan rápidamente) y livianos (poco densos). Fueron creados y utilizados muchos siglos antes de que la aromaterapia los empleara para mejorar la salud, y su uso no es exclusivo de la misma. La perfumería los desarrolló y posteriormente fueron empleados en diversas industrias como la alimentación y agroindustria.

Precauciones

- Es importante señalar que la mayor parte de los aceites esenciales no pueden aplicarse en su estado puro directamente sobre la piel, ya que son altamente concentrados y pueden quemar la piel.
- Antes de aplicarlos es necesario diluirlos en otros aceites, conocidos como aceites bases, o en agua.
- Preferentemente los aceites esenciales no deben de ser ingeridos.
- No deben entrar en contacto con los ojos. En caso de hacerlo deben de lavarse los ojos con abundante agua, evitando tallarse con las manos.

- Deben de usarse con moderación en mujeres embarazadas y niños.
- No confundir los aceites esenciales con los aceites sintéticos, su calidad es muy inferior a los aceites esenciales y si son aplicados en la piel causan quemaduras y alergias.

El principal método de aplicación de los aceites esenciales es a través de una dilución en agua caliente, para que así el vapor del agua mezclado con las esencias se absorban por medio del aparato respiratorio.

Otra de las maneras de aplicación es a través de la piel, utilizando una mezcla de aceites esenciales con aceites vehiculares de acuerdo a la necesidad, ya que la piel se convierte en un vehículo y a la vez un protector para introducir los compuestos y propiedades que las plantas poseen sin tener que correr riesgos de efectos secundarios nocivos. Estos aceites penetran a través de los pequeños vasos capilares y son transportados a todo el organismo mediante el torrente sanguíneo. El tiempo promedio son 90 minutos y en algunos casos toma tan sólo 30 minutos. Se aplican directamente al área a tratar. También pueden combinarse entre sí y producir sinergias que hagan un efecto más potente y benéfico. Es importante señalar que los aceites esenciales no pueden aplicarse directamente sobre la piel ya que son altamente concentrados por lo que será necesario diluirlos en otros aceites o en agua.

También pueden combinarse entre si y producir sinergias que hagan un efecto más potente y benéfico, y es allí precisamente donde entra la ciencia, creatividad y el arte de la aromaterapia al producir diferentes mezclas. Sus principales usos van desde el hogar, estéticas, spas, terapias físicas, rendimiento deportivo, padecimientos de la niñez o vejez, atención a pacientes especiales, cuidado de mascotas, entre otros.

2.4.5. 5.4 Arteterapia

La arteterapia, es un tipo de terapia artística (o Terapia creativa), que consiste en el uso del proceso creativo con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que los conflictos e inquietudes psicológicas pueden ser trabajados por el paciente mediante la producción artística. Se

instrumenta con los distintos tipos de disciplinas artísticas (música, plástica, teatro, danza), según la situación terapéutica que se esté atravesando. La terapia artística tiene un rango amplio de aplicación, en áreas como la rehabilitación (ver terapia ocupacional), la educación y la salud mental.

La utilización de herramientas plásticas tiene diferentes fuentes, que cuajaron a mediados del Siglo XX, por lo que el concepto de Arte en el que se basa guarda gran relación con el cuestionamiento sobre la función del arte que surgió en la época de la posguerra.

Sus orígenes se pueden clasificar de la siguiente forma:

- El uso de figuras rituales, tinturas e imágenes con fines curativos.
- Los planteamientos de Sigmund Freud y de Carl Gustav Jung en cuanto al lenguaje simbólico del inconsciente.
- El interés, hacia fines del Siglo XIX, de psiquiatras europeos por las producciones plásticas de pacientes mentales: Destaca aquí el aporte de Hans Prinzhorn, psiquiatra vienés, que consideraba la motivación creativa como una motivación básica de la especie humana, y que toda creación albergaba un potencial de autosanación. Creó la Colección Prinzhorn, que alberga las obras de pacientes mentales de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg. Su obra fue de gran influencia en la formación de personas que posteriormente contribuyeron al surgimiento del arteterapia.

Arterapia es una disciplina que utiliza todos los dispositivos provenientes de las artes (todas) para recuperar y rehabilitar a individuos que padecen dificultades físicas y/o mentales. Actualmente en arteterapia existen 2 corrientes principales: por un lado, los que utilizan la plástica como medio de elicitar un diálogo paciente-terapeuta, con el objetivo de elaborar posteriormente de manera verbal el contenido plástico creado. Por otro lado, están los que se centran en lo artístico, sin requerir la posterior elaboración verbal. Los primeros generalmente son psicólogos o psiquiatras especializados en arteterapia, y los segundos, actúan supervisados en su mayoría por psicólogos o psiquiatras, y su labor es planteada como complementaria a una labor psicoterapéutica.

Independientemente de la orientación escogida, la terapia artística se caracteriza por:

- Relevancia del proceso de creación por sobre el producto artístico, ya que es en las limitaciones de este proceso en donde pueden trabajarse las dificultades para simbolizar la experiencia.
- Importancia de la creatividad, bajo el supuesto que su desarrollo favorecería el surgimiento de soluciones creativas en otras áreas de la vida.
- Énfasis en la creación espontánea, sin importar el grado de pericia plástica, con un objetivo más bien expresivo.

Conclusiones

1. La violencia intrafamiliar es un fenómeno de ocurrencia mundial en el que las mujeres y los niños son los grupos más vulnerables. La organización mundial para la salud asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con población que no la padece.
2. La violencia intrafamiliar no siempre resulta fácil de definir o reconocer. En términos generales se podría designar como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja o al ambiente más cercano. Se trata del abuso psicológico, sexual o físico habitual. Sucede entre personas relacionadas afectivamente, como son marido y mujer o adultos contra los menores que viven en un mismo hogar.
3. La arteterapia, es un tipo de terapia artística (o Terapia creativa), que consiste en el uso del proceso creativo con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que los conflictos e inquietudes psicológicas pueden ser trabajados por el paciente mediante la producción artística. Se instrumenta con los distintos tipos de disciplinas artísticas (música, plástica, teatro, danza).
4. La psicopatología es una ciencia, en tanto, conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico.
5. Los distintos manuales de diagnóstico psicológicos fueron creados y estandarizados con la finalidad de determinar características básicas de los distintos trastornos existentes y así poder tener un estándar general sobre la población.

Capítulo 3

Marco metodológico

Introducción:

A continuación se presenta la planificación de la práctica, en donde se encuentra todo lo relacionado con la misma, para una mejor información de lo que se realizó con las personas atendidas.

Como también se observaron todas las actividades previstas para realizarlas en el centro de práctica, desarrollando cada una de ellas en la mejor manera posible.

3.1 Programa del curso de práctica supervisada

I. Propósito del curso

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

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

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

La práctica Profesional Dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido

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

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

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

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

- Realiza procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico.
- Elabora y aplica programas de salud mental.
- Detecta y atiende casos con técnicas apropiadas.
- Atiende a comunidades en riesgo.
- 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
I Fase	
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de Referente metodológico	5 puntos
Elaboración de Marco de Referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos
II Fase	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos

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

El curso se aprueba con 70 puntos.

VII. Cronograma de actividades

I Fase del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
29 y 5-02	<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos 	Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos

12 y 19-02	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del Manual de Estilo 	Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo	
26 y 5-03	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista 	Ejercicios con resumen de entrevista	Guía de lectura Valor 5 puntos
12 y 19 03	Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico	Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de Marzo Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades	Entrega y revisión Valor 5 puntos
		Investigación de problemática principal atendida en el centro de Práctica	Entrega y revisión Valor 5 puntos

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
26 y 9-04	Referente metodológico	Elaboración de Referente metodológico	Entrega y revisión Valor 5 puntos
Mes de marzo	Detección y atención de casos en centro de práctica	Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ Dinámicas, juegos, entrevistas, etc. Discusión de casos	Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos 2 casos)
16 y 23-04	Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios	Entrega y revisión Valor 5 puntos

30-4 y 7-05	Análisis y discusión de formas de Psicoterapia	Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos Entrega de Informes / cada mes
14 y 21-05			Entrega de constancia de horas de práctica cada mes

II Fase del 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
28 -05 y 4-06	Supervisión de actividades primer grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el Centro de práctica. Valor 10 puntos
11 y 18-06	Supervisión de actividades segundo grupo		
Meses de junio y julio	Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias Clínicas. Valor 5 puntos Participación
2 y 9-07	Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. Valor 5 puntos
16, 23- 30-07	Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	Investigación sobre tema de Psicopatología. Valor 5 puntos
6 y 13-08	Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos

20 y 27-08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	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
1 y 8-10	Primera revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe. Valor 5 puntos
15 y	Segunda revisión de	Elaboración de Informe Final	Presentación de segunda

22-10	informe final		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		

3.2 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Nombre del practicante: Karla Siomara Salazar Pérez

Centro de práctica: Centro de Estudios y Desarrollo Local (CEADEL)

Mes de marzo

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las fortalezas y debilidades del centro de práctica, por medio de las entrevistas realizadas con los encargados y personas beneficiadas, identificando las principales necesidades que 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevistas con los encargados de la institución. ➤ Entrevistas con personas que obtienen beneficios de parte de la institución. ➤ Diagnóstico institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: <ul style="list-style-type: none"> -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. ➤ Materiales: <ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Describir las debilidades del centro de práctica. ➤ Enumerar cada una de las fortalezas que destacan a la institución.

se presentan en la institución	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Investigación acerca de la problemática principal del centro de práctica. ➤ Detectar las necesidades del centro de práctica. 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer a qué población atiende la institución. ➤ Analizar la problemática principal y clasificar las necesidades observadas.
--------------------------------	---	--	--

Mes de abril

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Detección de casos en el centro de práctica. ➤ Entrevistas con las personas de los casos detectados. ➤ Realización de hojas clínicas de los casos atendidos. ➤ Charla y capacitaciones sobre la principal problemática detectada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: <ul style="list-style-type: none"> -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. ➤ Materiales: <ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. ➤ Conocer a las personas a las que atiende la institución. ➤ Analizar la problemática principal y clasificar los temas.

Mes de mayo

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención de casos detectados en el centro de práctica. ➤ Entrevistas con las personas de los casos detectados. ➤ Realización de hojas clínicas de los casos atendidos. ➤ Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: <ul style="list-style-type: none"> -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. ➤ Materiales: <ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. ➤ Entrevistar a las personas de cada uno de los casos a tratar. ➤ Escribir las hojas clínicas de cada uno de los casos. ➤ Impartir las capacitaciones de los temas sobresalientes en el centro.

Mes de junio

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención de casos detectados en el centro de práctica. ➤ Aplicación de las técnicas y 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: <ul style="list-style-type: none"> -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.

<p>tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p> <p>➤ Impartir las charlas y capacitaciones sobre los temas de las problemáticas descubiertas dentro del centro.</p>	<p>estrategias para la atención de los casos.</p> <p>➤ Realización de hojas clínicas de los casos atendidos.</p> <p>➤ Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos.</p>	<p>➤ Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<p>➤ Utilizar las técnicas y estrategias en los casos atendidos.</p> <p>➤ Escribir las hojas clínicas de cada uno de los casos.</p> <p>➤ Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.</p>
---	---	--	---

Mes de julio

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>➤ Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada</p>	<p>➤ Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p>➤ Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos.</p>	<p>➤ Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. <p>➤ Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<p>➤ Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p>➤ Utilizar las técnicas y estrategias en los casos atendidos.</p>

<p>problemática.</p> <p>➤ Impartir las charlas y capacitaciones sobre los temas de las problemáticas descubiertas dentro del centro.</p>	<p>➤ Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos.</p>		<p>➤ Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.</p>
--	--	--	---

Mes de agosto

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>➤ 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>➤ Informe de los casos detectados en el centro de práctica.</p> <p>➤ Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad.</p> <p>➤ Clausura en el centro de práctica.</p>	<p>➤ Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p>➤ Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p>	<p>➤ Describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p>➤ Explicar el avance y tratamiento que se brindo a cada caso.</p> <p>➤ Platicar con los encargados agradeciéndoles por permitir realizar la práctica.</p>

3.3 Planificación y cronograma de capacitación y charlas

3.3.1 Charla

Tema: Autoestima

Dirigida: Jóvenes y señoritas del centro de práctica en Chimaltenango

Fecha: Domingo 9 de mayo de 2010 y Domingo 16 de mayo de 2010

a. Objetivos

Los jóvenes y señoritas están en la capacidad de:

- Nombrar correctamente una de las formas para sentirse con autoestima alta.
- Identificar la diferencia entre autoestima alta y autoestima baja.
- Eliminar ideas erróneas o negativas que tengan de ellos mismos.
- Valorarse como un regalo especial sin importar lo que digan otros de ellos.
- Respetar y cuidarse a ellos mismos.
- Establecer límites apropiados para que alguien hable sobre ellos.

b. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de dinámicas.

c. Cronograma de charla

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	3 minutos
Dinámica rompe hielo	La papa caliente	5 minutos
Elaboración de un árbol con ideas positivas	Mis mejores ideas	10 minutos
Desarrollo del tema	Autoestima	25 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca de autoestima	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

3.4 Cronogramas de trabajo 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
Refacción para los colaboradores		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea necesario
Almuerzo para colaboradores y estudiantes (30 min)		
Continuación de la intervención psicológica y atención médica		
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	5 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de Fuentes Rosita Martínez	Toda la actividad

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

A continuación se presenta el capítulo cuatro en donde se analizan los resultados efectuados durante el transcurso de la práctica, como también la presentación de los casos que fueron atendidos en el proceso de la misma, tomando en cuenta cada una de las gráficas realizadas con lo visto en la práctica y en el proyecto de salud mental.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- a) Aceptación de la ayuda que se brindaría.
- b) Colaboración de las autoridades del centro.
- c) Colaboración de los auxiliares del centro de práctica.
- d) Se brindo una ayuda psicológica a las personas que asisten al centro.
- e) Asistencia de personas al centro, para requerir ayuda.

4.1.2 Limitaciones

- f) En algunas ocasiones fueron interrumpidas las sesiones por alguna circunstancia del centro.
- g) El espacio que se ocupó no fue apto para la situación.
- h) Algunos de los pacientes no asistían a las sesiones psicológicas.

4.1.3 Conclusiones

- a) Es de suma importancia la ayuda psicológica en las personas, ya que se sabe que cualquier persona pasa por momentos en los que necesita de ayuda.
- b) En la mayoría de los casos se observa que el mayor problema que pasan las familias en la sociedad es la violencia y desintegración familiar, por lo que son ellos los que necesitan de mucha ayuda psicológica.

4.1.4 Recomendaciones

- a) Es recomendable asistir a reuniones psicológicas ya que son de ayuda para las personas no importando si son niños, jóvenes o adultos, ya que los problemas no ven edades. Sobre todo acudir con las personas que son indicadas para los procesos de crisis.
- b) Para poder resolver los problemas que actualmente se observa en el país es necesario resolverlos de raíz, por medio de ayudas psicológicas principalmente a aquellas familias que están pasando por crisis de desintegración, por lo tanto la ayuda psicológica debe estar presente en cualquier situación de la vida.

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

Historia Clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre:	D.C.L
Edad:	11 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Colonia Santa Teresita lote 40.
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Antigua Guatemala 2 de febrero de 1,997
Escolaridad:	5to. Grado primaria
Religión:	Cristiana-evangélica
Evaluador:	Karla Siomara Salazar Pérez

2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, se niega a cumplir con las tareas escolares.

3. Enumeración de los síntomas

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

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: constantemente recibe regaños y reproches por parte de sus padres, ante la separación de sus padres y la inmadurez de su madre.

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.

5 Historia del problema

D. ha sufrido desde muy pequeño el alcoholismo de su padre, manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde la reciente separación de sus padres.

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

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Alcoholismo del padre, depresión en la madre.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos.

El px manifiesta que sus padres son muy buenos, pero que su padre tiene un carácter más fuerte y su madre le restringe el hacer actividades que otros niños de su edad realizan.

D. es una niño de 11 años de edad, el padre tiene treinta y cinco años, quien padece alcoholismo desde antes de contraer matrimonio. La madre tiene 28 años, ante el alcoholismo del padre ha tomado la dirección del hogar en todos los aspectos, tienen carencias económicas.

El padre bajo efectos del alcohol no ha utilizado violencia física con su esposa o sus hijos, pero sí violencia verbal y psicológica, lo cual le produce fuertes remordimientos y reacciona inmediatamente, ya que en el fondo él desea ser un buen padre y esposo.

La madre del niño desahoga su preocupación y tristeza con el px, quien se siente agobiada y triste, ya que no puede hacer nada para que las cosas mejoren.

D. ha optado un papel maternal con sus dos hermanos menores un varón y una niña, ya que la madre ha tenido que ocupar el lugar del padre.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Estrés situacional agudo.

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

Presiones inapropiadas de los padres

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

9. Pronóstico

Favorable

10. Tratamiento

Se realizará una terapia breve.

Terapia familiar con los miembros que están con el px.

Terapia racional emotiva.

Historia Clínica No. 2

1. Datos generales

Nombre:	I.C.B.
Edad:	23 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	Cantón San Pedro y San Pablo. San Andrés Itzapa.
Ocupación:	Estudiante y ama de casa.
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango 21 de agosto de 1,987
Escolaridad:	6to. Grado primaria
Religión:	Cristiana-evangélica
Evaluador:	Karla Siomara Salazar Pérez

2. Motivo de consulta

Baja autoestima.

3. Enumeración de los síntomas

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

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: constantemente recibe regaños y reproches por parte de su madre a causa de la separación de sus padres.

4.3 Relaciones sociales: se relaciona adecuadamente con otras personas, pero no manifiesta aislamiento en algunas ocasiones.

5. Historia del problema

L. ha sufrido desde muy pequeña el alcoholismo de su padre, manifestando tristeza, cambios de humor, impidiendo tener relaciones amorosas con otras personas, pero con el novio que tiene ha pasado por problemas más fuertes, ya que ni la madre lo desea ver.

Ella ya no sabe qué hacer, pues la madre en todo tiempo le dice que con el novio que tiene va a fracasar.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Alcoholismo del padre.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos:

La paciente manifiesta que quiere mucho a sus padres pero que su padre tiene un carácter fuerte y su madre también y que ella cada momento que tiene oportunidad le llama la atención sin ningún motivo.

La paciente es una señorita de 23 años y sus padres cuando se casaron eran muy jóvenes ya que el padre tenía 18 años y su madre 15 años, ante esa situación ellos pasaban por una crisis económica muy fuerte y el padre de lo presionado que estaba empezó a ingerir alcohol.

El padre bajo efectos del alcohol utilizaba violencia física con su esposa y sus hijos, y sobre todo violencia verbal y psicológica, lo cual le produce fuertes remordimientos y reacciona inmediatamente, ya que en el fondo él desea ser un buen padre y esposo.

La madre desahoga la tristeza y enojo bajo la paciente, lo que la hace sentirse agobiada y triste, ya que no puede hacer nada para que las cosas mejoren. Estas preocupaciones también han afectado su noviazgo con el joven y le han traído más emociones que ella ya no puede controlar la situación.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Depresión leve Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo Presiones inapropiadas de los padres
Eje V	Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

9. Pronóstico

Favorable

10. Tratamiento

Se realizará una terapia breve.

Terapia racional emotiva

Terapia de pareja

Historia Clínica No. 3

1. Datos generales

Nombre:	E.L.C.
Edad:	52 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	Zona 3.
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Ciudad de Guatemala 17 de febrero de 1,958
Escolaridad:	Tercero Básico
Religión:	Católica
Evalúador:	Karla Siomara Salazar Pérez

2. Motivo de consulta

Se siente demasiado ansiosa.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta tristeza.
- Nivel conductual: 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 no puede concentrarse y le da miedo salir sola la calle.

4.4 Relaciones sociales: se relaciona adecuadamente con las demás personas, pero si le hablan por la espalda tiende a saltar o a ponerse nerviosa..

5. Historia del problema

E. ha pasado por tres asaltos consecutivos en un mes, y hace una semana volvió a pasar otro asalto cerca de su casa, ella manifiesta que desde que la asaltaron ha estado muy nerviosa e incluso ha tenido problemas con su esposo y sus dos hijos, ya que por no salir deja de convivir con su familia, o si es de urgencia ella tiene que salir con alguien más, ya que le da miedo salir.

6. Historia familiar

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos. La paciente está casada con su esposo hace 26 años y tiene dos hijos uno de 24 y otro de 21, los cuales aun están solteros y viven los cuatro en la misma casa.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno	
Eje II	Ninguno	
Eje III	Ninguno	
Eje IV	Estrés post traumático	
Eje V	Grado de adaptación psicosocial	EEAG: 70

9. Pronóstico

Favorable.

10. Tratamiento

Se realizará una terapia breve.

Terapia racional emotiva

Historia Clínica No. 4

1. Datos generales

Nombre:	S.A.E.
Edad:	22 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	2-93 zona 4 chimaltenango.
Ocupación:	Ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Antigua Guatemala 23 de julio de 1,987
Escolaridad:	3ro. Grado primaria
Religión:	Cristiana-evangélica
Evalúador:	Karla Siomara Salazar Pérez

2. Motivo de consulta

Separación con su esposo.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención.
- Nivel afectivo: afecto restringido.
- Nivel conductual: inconstancia.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: cansancio

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

- 4.1 Familia: constantemente recibe regaños y reproches por parte de su esposo.
- 4.5 Relaciones sociales: se relaciona algo distraída con las demás personas.

5. Historia del problema

S. comenta que hace cinco meses, el esposo la engañó con otra mujer, pero ella al ver que tenía necesidad económica decidió perdonarlo, pero él abusando de la confianza de ella, él empezó a tomar actitudes violentas hacia ella y hacia sus bebe, diciéndole que no era de él la niña.

Ahora ella se siente mal y no aguanta la situación que está viviendo en su hogar, comenta ella que es mejor estar separados que estar viviendo juntos.

7. Diagnóstico multiaxial

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

8. Pronóstico

Favorable

9. Tratamiento

Se realizará una terapia breve.

Terapia racional emotiva.

Terapia familiar con los miembros que están con el px.

Historia Clínica No. 5

1. Datos generales

Nombre:	Y.M.S.P
Edad:	17 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	San Andrés Itzapa.
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Antigua Guatemala 30 de noviembre de 1,997
Escolaridad:	6to. Grado primaria
Religión:	Cristiana-evangélica
Evalúador:	Karla Siomara Salazar Pérez

2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, se niega a cumplir con las tareas escolares.

3. Enumeración de los síntomas

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

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: recibe regaños y reproches por parte de sus padres.

4.6 Relaciones sociales: se relaciona adecuadamente con sus compañeros de su edad y personas mayores.

5. Historia del problema

La px manifiesta tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde la reciente crisis económica familiar. Anteriormente presentó cambios en su conducta y rendimiento escolar, pero en menor grado que en la actualidad.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: depresión en la madre, tristeza en hermanos.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo..)

La px manifiesta que sus padres son muy buenos, pero que su padre tiene un carácter más fuerte y su madre le restringe salir con sus amigas ya que estas la inducen a gastar demasiado.

Y. es una joven de 17 años de edad, el padre tiene 46 años de edad y es desempleado por motivos de una enfermedad que padece. La madre tiene 40 años, ante esta situación la ella tiene que realizar oficios domésticos por las carencias económicas que pasa la familia.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Estrés leve.

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

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

9. Pronóstico

Favorable

10. Tratamiento

Se realizará una terapia breve.

Terapia familiar con los miembros que están con el px.

4.3 Contenido de capacitación y charlas

4.3.1 Autoestima

Puede definirse la autoestima como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos.

Las personas con alta autoestima se caracterizan por lo siguiente:

- Superan sus problemas o dificultades personales.
- Afianzan su personalidad.
- Favorecen su creatividad.
- Son más independientes.
- Tienen más facilidad a la hora de tener relaciones interpersonales.

Cuando tienes una autoestima alta, te sientes bien contigo mismo; sientes que estás al mando de tu vida y eres flexible e ingenioso; disfrutas con los desafíos que la vida te presenta; siempre estás preparado para abordar la vida de frente; te sientes poderoso y creativo y sabes como " hacer que sucedan cosas " en tu vida.

4.3.2 Autoconcepto

En nuestro autoconcepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí: la variación de uno, afecta a los otros (por ejemplo, si pienso que soy torpe, me siento mal, por tanto hago actividades negativas y no soluciono el problema).

- Nivel cognitivo - intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Basamos nuestro autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre nuestra persona.
- Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros.
- Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

4.3.3 Autoestima precisa

Ya sabemos que la autoestima es uno de los factores más relevantes para el bienestar personal y una clave para relacionarnos con el entorno de una forma satisfactoria.

Si nuestra tendencia es a sobrevalorar las dificultades o defectos sin valorar las propias capacidades o posibilidades, la suma global (la percepción de uno mismo) hace que nos sintamos insatisfechos. Si esta forma de pensar está generalizada, nuestras actuaciones van a estar sesgadas o actuaremos con temor y hay más posibilidades que los fallos se repitan en el futuro.

4.4 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.4.1 Logros

- 5 Participación de las autoridades del municipio.
- 6 Participación de los alumnos de quinto año de la universidad panamericana.

4.4.2 Limitaciones

- 7 Hubo una actividad en el pueblo lo que causo retraso en algunas personas.

4.4.3 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.

4.4.4 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.

4.4.5 Presentación de proyecto de salud mental

I. 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.

II. 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.

III. Objetivos

General

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

psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.

Específicos

- 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.

IV. 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:

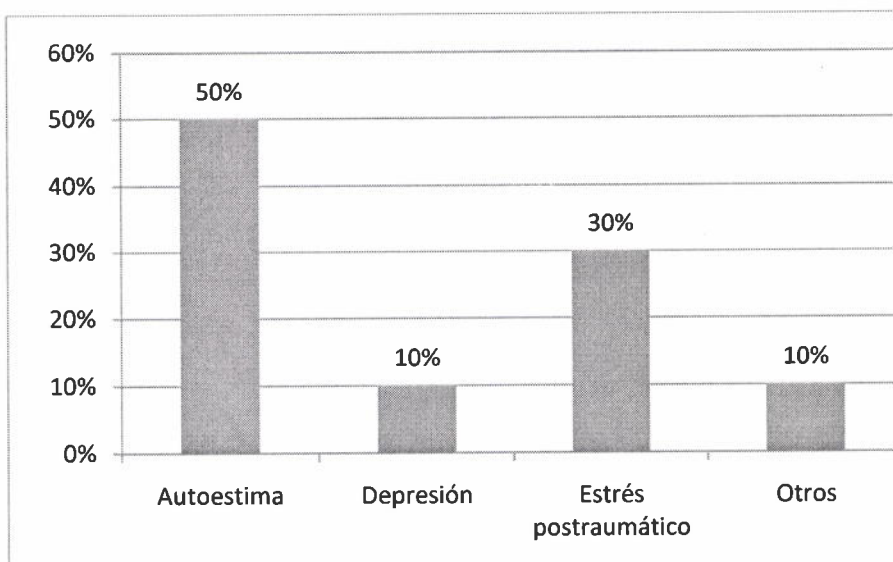
Grupos de intervención psicológica

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

4.4.6 Gráficas de resultados del proyecto de salud mental

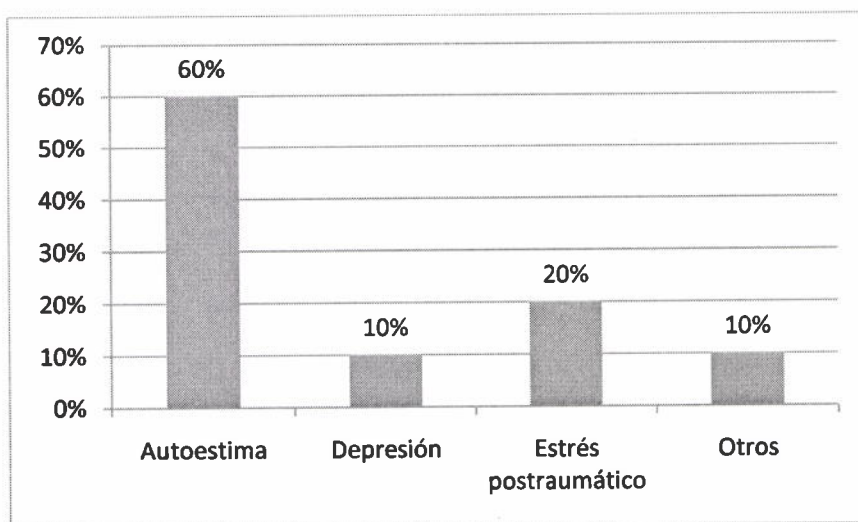
Gráfica 1: cuadros patológicos detectados en el grupo de niños.



Fuente: 95 niños atendidos en la jornada realizada en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango.

En esta gráfica se demuestra que se encontraron algunas patologías en el que se detectó, autoestima un 50 % depresión un 10 % estrés post traumático un 30 % otros cuadros patológicos un 10 % en niños del municipio de Santa Apolonia.

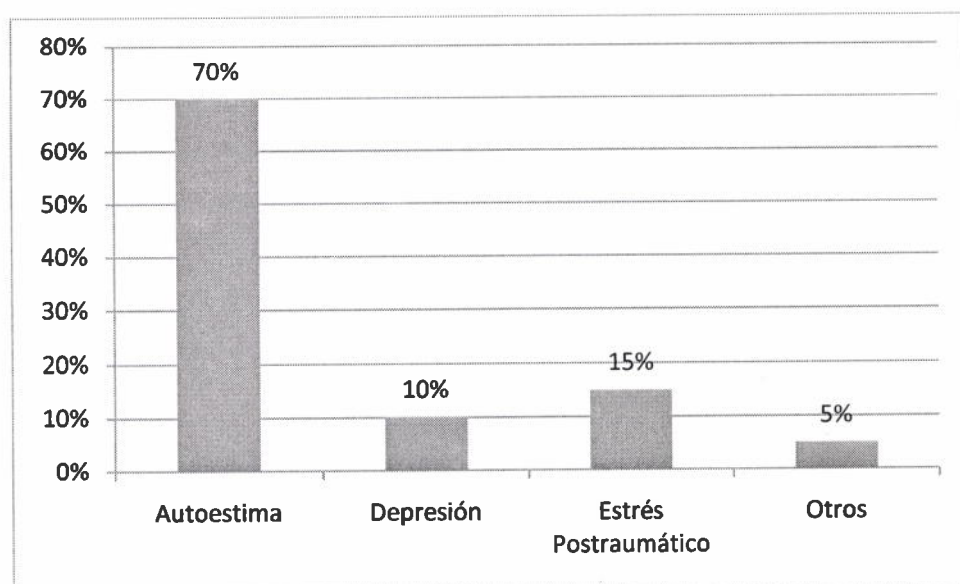
Gráfica 2: cuadros patológicos detectados en el grupo de jóvenes.



Fuente: 50 jóvenes atendidos en la jornada realizada en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango.

En esta gráfica se observa que fue encontrado un 60 % de autoestima un 10 % de depresión un 20 % de estrés postraumático y otros cuadros de un 10 % con las personas jóvenes.

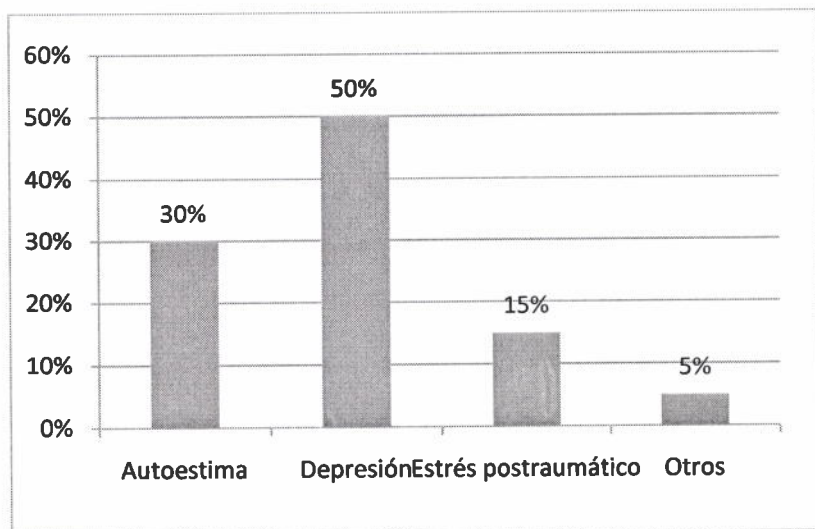
Gráfica 3: cuadros patológicos detectados en el grupo de mujeres.



Fuente: 85 mujeres atendidos en la jornada realizada en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango.

En esta gráfica se detectó un 70 % de baja autoestima un 10 % de depresión un 15 % de estrés postraumático y otros cuadros un 5 % con las mujeres del municipio de Santa Apolonia.

Gráfica 4: cuadros patológicos detectados en el grupo de hombres.



Fuente: 50 hombres atendidos en la jornada realizada en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango.

En esta gráfica se demuestra que se encontró un 30 % de baja autoestima un 50 % de depresión un 15 % de estrés postraumático y otros cuadros un 5 % en los hombres del municipio de Santa Apolonia.

Conclusiones

- a) La institución donde se realizó la práctica es una organización que promueve y protege de los derechos de las mujeres trabajadoras, de la niñez, adolescencia y juventud en riesgo en todo el departamento de Chimaltenango.
- b) Uno de los temas principales detectados en la práctica fue la violencia intrafamiliar que es el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja o al ambiente más cercano. Se trata del abuso psicológico, sexual o físico habitual. Sucede entre personas relacionadas afectivamente, como son marido y mujer o adultos contra los menores que viven en un mismo hogar.
- c) En una familia con conductas violentas, suele ser alguno de los hijos el primero que va a terapia, como portavoz del conflicto familiar. Ahí las madres siempre colaboran y algunos padres no: ni siquiera asisten a pedido del terapeuta de su hijo. Las mujeres golpeadas, en algún momento, suelen ir a grupos de ayuda mutua o terapia individual, a veces ocultándose al marido.
- d) El terapeuta debe presentar habilidades pedagógicas guiadas siempre por una fina sensibilidad clínica, es decir, no olvidando que "lo pedagógico" está al servicio de lo clínico, a la hora de explicar las estrategias a utilizar, las fases de la terapia, la forma en que han de llevarse a cabo las tareas, etc.
- e) El terapeuta debe disponer de las habilidades cognitivas (lógicas, de búsqueda de contradicciones, etc.) necesarias, en los casos de depresión, para ejercitar ciertas técnicas sofisticadas como la reestructuración cognitiva. Presentarlas con la implicación emocional necesaria para que éstas surtan el efecto deseado, como es el caso de la discusión de una idea irracional, en la práctica de la terapia racional emotiva.

Referencias

- Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
- Belloch, A y Sandís B.(1997) *Manual de Psicopatología*, volumen I, España: Mcgraw-Hill.
- Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
- Bolaños E. María del Carmen. "Educación Afectivo sexual en la educación infantil". España.
- CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994
- Del Barrio, V.: Los problemas infantiles. Aguilar. Madrid, 1997.
- DSM-IV. Diagnostic and statistical annual of mental disorders, 41 edition, APA, Washington, D.C, 1994.
- Ellis, A: Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49, 1958
- Ellis, A y Grieger, R: Manual de terapia racional emotiva. Volumen 2. D.D.B, Bilbao, 1990.
- Fernandez Ballesteros, R: Psicodiagnóstico. UNED, Madrid, 1981.
- Fester: Animal behavior and mental illness. *Psychological Record*, 116, pp.345-356. 1996
- Fester: A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, pp.857-870
- Fine, C.G: Un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento de los trastornos disociativos de identidad y de problemas similares. En- Caballo, V.E: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1. Siglo XXI, Madrid, 1997.
- Freeman, A y Reinecke, M.A: Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. DDB, Bilbao, 1995.
- Gluhoski, V.L y Young, J.E: El estado de la cuestión en la terapia cognitiva centrada en esquemas. En: Caro Gabalda, I: Manual de psicoterapias cognitivas, Paidós, Barcelona, 1997.
- Guidano, V.F: El si-mismo en proceso. Paidós, Barcelona, 1998
- Greenberg, L.S; Rice, L.N; y Elliot, R: Facilitando el cambio emocional. Paidós, Barcelona, 1996.
- Goldfried, M.R: De la terapia cognitiva-conductual a la psicoterapia de integración. D.D.B. Bilbao, 1995.

Anexos

Anexo 1



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL
Extensión Chimaltenango
Licenciatura en Psicología y Consejería Social

Horas de práctica

Nombre de la Institución: Centro de Estudios y Apoyo al Desarrollo Local. CEADEL
Dirección: 1ª. Avenida 4-76 zona 4 Chimaltenango. TEL.:7839-3349 2424-6122
Director (a) Encargado (a): Licda. Gladis Marroquín.
Nombre de la (el) alumna (o) practicante: Karla Siomara Salazar Pérez.
Grado: Quinto grado en Psicología y Consejería Social Fecha: Octubre 2010

Fecha	Horas	Firma
Marzo 14 de 2010	8 Horas	
Marzo 21 de 2010	8 Horas	
Marzo 28 de 2010	8 Horas	
Abril 4 de 2010	8 Horas	
Abril 11 de 2010	8 Horas	
Abril 18 de 2010	8 Horas	
Abril 25 de 2010	8 Horas	
Mayo 2 de 2010	8 Horas	
Mayo 9 de 2010	8 Horas	
Mayo 16 de 2010	8 Horas	
Mayo 23 de 2010	8 Horas	
Mayo 30 de 2010	8 Horas	
Junio 6 de 2010	8 Horas	
Junio 13 de 2010	8 Horas	
Junio 20 de 2010	8 Horas	
Junio 27 de 2010	8 Horas	
Julio 4 de 2010	8 Horas	
Julio 11 de 2010	8 Horas	
Julio 18 de 2010	8 Horas	
Julio 25 de 2010	8 Horas	
Agosto 1 de 2010	8 Horas	
Agosto 8 de 2010	8 Horas	
Agosto 15 de 2010	8 Horas	
Agosto 22 de 2010	8 Horas	
Agosto 29 de 2010	8 Horas	

Sello

Anexo 2



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

Guatemala, 20 de febrero 2010

Señora Director:
Lic. Gabriel Zelada Ortiz.
CEADEL

Respetable Director:

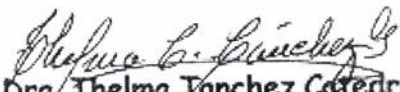
Lo saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, Karla Salazar Pérez **Carne: 0601823**, pueda realizar su práctica 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,


Licda. Sonia Pappa


Dra. Thelma Sanchez Catedrática
Coordinadora Sede Chimaltenango



Anexo 3



CEADEL

CENTRO DE ESTUDIOS Y APOYO AL DESARROLLO LOCAL

Chimaltenango, 22 de febrero de 2010.

Licda. Sonia Pappa,
Supervisora,
Universidad Panamerica,
Chimaltenango.

Respetable Directora:

Reciba saludos cordiales de CEADEL, el motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social Karla Salazar Pérez Carne: 0601823 puede realizar sus practica profesional en nuestra Institución la cual dará inicio el 07 de marzo y finalizaran el 29 de agosto del año en curso, en el horario de 8:00 de la mañana a 4:00 de la tarde los días domingo. Me suscribo de usted.

Atentamente,

Licda. Gladis Marroquín
Coordinadora De Proyectos

