

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



**Problemas de identidad sexual en jóvenes y señoritas detectados en  
La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)**

Sara Dalila Mux Mux

Chimaltenango, julio 2013

**Problemas de identidad sexual en jóvenes y señoritas detectados en  
La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)**

Sara Dalila Mux Mux (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa Sosa (Asesora)

Chimaltenango, julio 2013

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y  
Secretaria General M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M. A. César Augusto Custodio Cóbar

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Decana Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

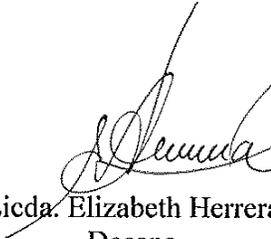
SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Sara Dalila Mux Mux**  
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Practica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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

  
Licda. Elizabeth Herrera  
Decana

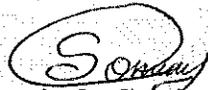


**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, treinta y uno de octubre de dos mil doce.**

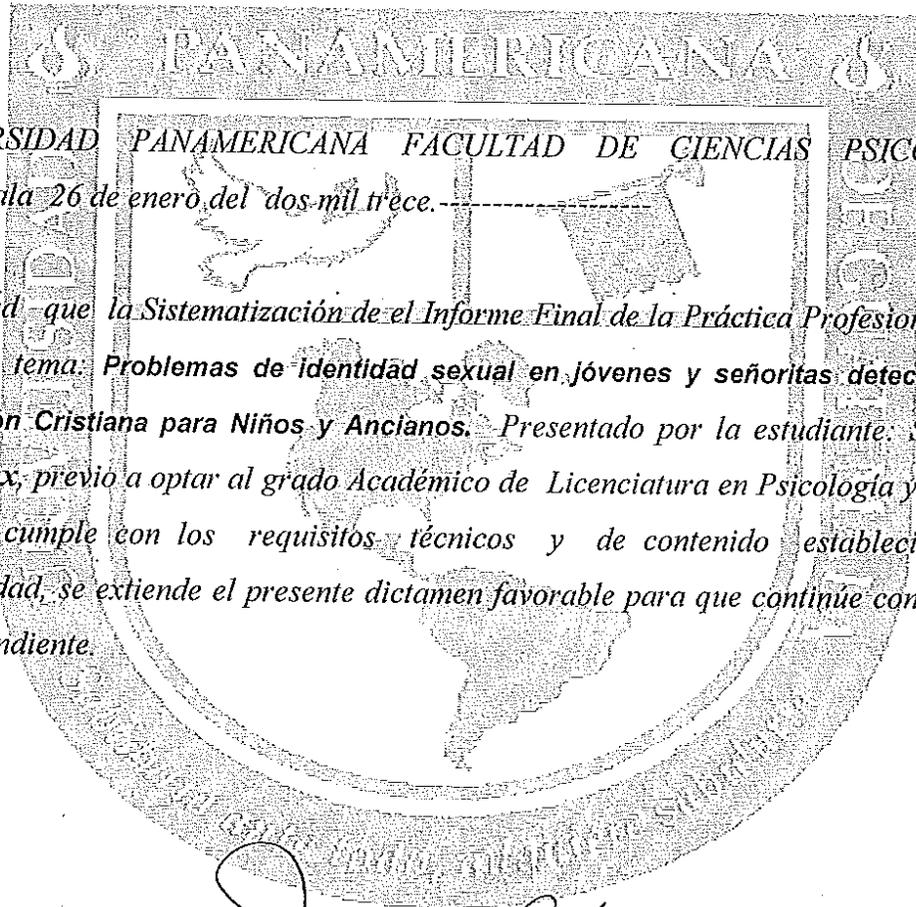
*En virtud de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida La Fundación Cristiana para Niños –CFCA-, presentado por la estudiante*

**Sara Dalila Mux Mux**

*Quien se identifica con número de carné 0805569 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

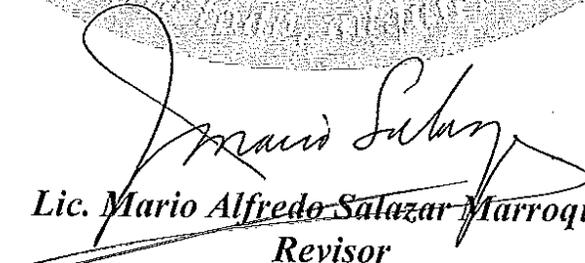


**Licenciada Sonia Pappa**  
**Asesora**



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

En virtud que la Sistematización de el Informe Final de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Problemas de identidad sexual en jóvenes y señoritas detectados en la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos. Presentado por la estudiante: Sara Dalila Mux Mux, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

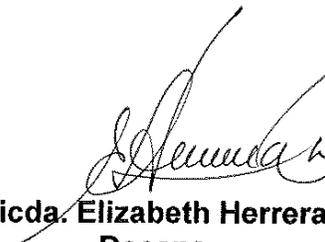
  
Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín  
Revisor



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA  
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema "**Problemas de identidad sexual en jóvenes y señoritas detectados en La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos**", presentado por: **Sara Dalila Mux Mux** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de **La Sistematización de Practica**.

  
  
**Licda. Elizabeth Herrera**  
**Decana**  
**Facultad de Ciencias Psicológicas**

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

## Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de referencia	
Capítulo 2	4
Referente teórico	
Capítulo 3	156
Referente metodológico	
Capítulo 4	168
Presentación de resultados	
Conclusiones	203
Recomendaciones	204
Referencias	205
Anexos	206

## **Resumen**

Este informe refleja principalmente todo lo referente a la Práctica Dirigida llevada a cabo en la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos CFCA, principalmente los casos atendidos y la mayor problemática latente visualizada en esta Fundación.

Así mismo contiene información relacionada a la institución, misión, visión, organigrama, población a la que atiende entre otras informaciones importantes de considerar, para tomar en consideración el tema reflejado que es sobre Identidad Sexual en Jóvenes.

Como también contiene diferentes datos, los cuales genera la pauta de las actividades desarrolladas; entre estas se desarrollaron la atención psicológica a la población joven identificándolos en los grupos con quienes trabajan la Fundación y así brindarles apoyo necesario.

Así mismo refleja indicadores importantes que en ningún momento en la Fundación se ha detectado y es el tema de Identidad Sexual, ya que en las poblaciones indígenas aun el tabú sobre sexualidad es muy fuerte, por lo que este proceso identifica y realiza acciones para mejorar las condiciones de la juventud.

## **Introducción**

El presente informe, trata acerca de los problemas relacionados a la Identidad Sexual, problema identificado en la Fundación Cristiana para niños y ancianos del municipio de San Juan Comalapa Chimaltenango. Tema que en ocasiones no se visualiza debido a la poca información transmitida de parte de los padres, organizaciones entre otros actores principales para su debida socialización.

Este es un problema identificado en jóvenes de 15 a 25 años de edad, el mismo que crea problemas en su desarrollo integral, y específicamente en mantener una salud mental equilibrada, por lo que es necesario tender de manera urgente.

Este informe presenta el apoyo brindado a los jóvenes y señoritas con dicho problema, ya que en los grupos trabajados se identifica este caso como uno de los temas prioritarios que afecta la salud mental.

Así mismo la importancia de realizar actividades grupales para poder fortalecer los conocimientos de las personas a partir de las necesidades, ya que este espacio es importante para identificar procesos de desarrollo integral, y principalmente una salud mental comunitaria equilibrada.

# Capítulo 1

## Marco de referencia

### Introducción

El presente informe recopila a través de la información institucional una breve descripción de La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango, donde se realizan prácticas, las cuales fortalecieron la experiencia y conocimientos en el área psicológica.

#### 1.1. Descripción de la institución

La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos es una fundación dedicada a la atención y apadrinamiento de niños, jóvenes y ancianos. También tiene como base el llamado del evangelio a servir a los pobres. Fue fundada en el año 1994, con un mínimo de beneficiarios, principalmente del área rural y urbana de escasos recursos. La mayor parte de beneficiarios inicia con niños y niñas, viendo la necesidad de que las personas de la tercera edad, eran desamparadas y poco atendidas, se empieza a involucrarlos y beneficiarlos. Así mismo los niños apadrinados fueron creciendo y por tal razón ahora la conforman jóvenes. Dicha Fundación tiene diferentes subsedes en varios municipios del país, contando con una sede central en San Lucas Tolima, Sololá. Durante estos años se han desarrollado diferentes metodologías, una es el involucrar a padres de familia en las diversas actividades, para el desarrollo integral.

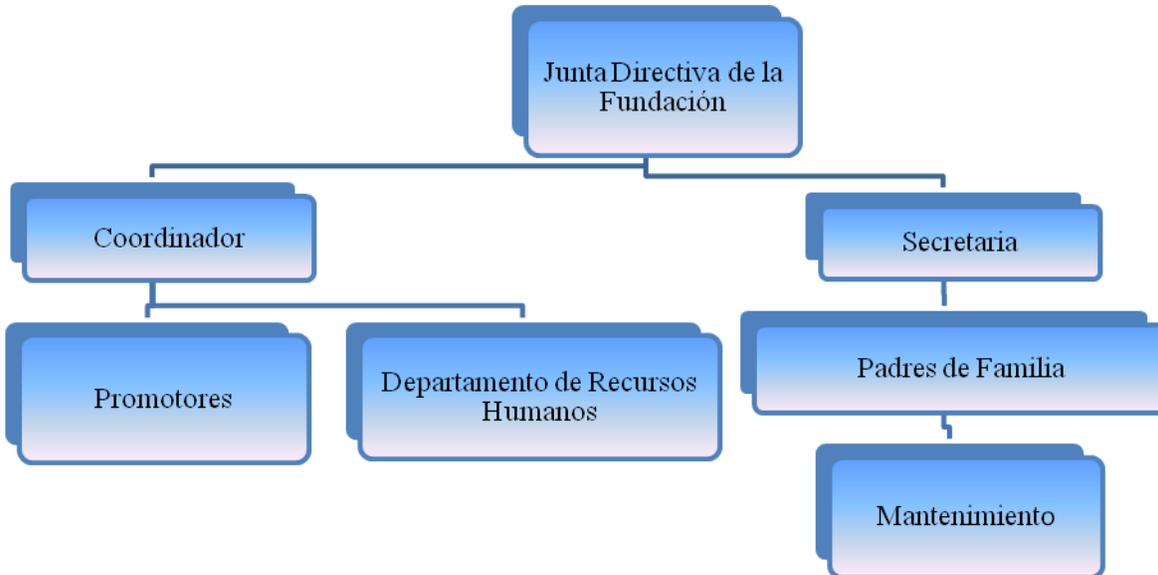
#### 1.2. Misión

La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos, es una organización laica sirviendo a los pobres. A través del apadrinamiento de niños y ancianos, establecemos relaciones y respeto mutuo y apoyo, al mismo tiempo concientizamos a nuestro país de las necesidades y donde de los pobres y también de la misión de entrega de la iglesia.

### 1.3. Visión

“Crear una comunidad de compasión a través de un alcance personal”.

### 1.4. Organigrama de la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos



### 1.5 Objetivo

Una relación de respeto mutuo entre cada apadrino y persona apadrinada es central a la misión de CFCA. Relaciones de respeto mutuo requiere la aceptación de la igualdad de toda persona. La igualdad de la persona viene de si igualdad esencial y es reflejada en relaciones sin prejuicios de religión y otros que son multiculturales, reciprocas y de engrandecimiento.

### 1.6. Población que atiende

Niños, jóvenes, ancianos y padres de familia, de diversos municipios de Guatemala, especialmente comunidades indígenas. En san Juan Comalapa, la mayor parte de beneficiarios son niños y jóvenes de escasos recursos económicos. Así mismo brinda apoyo a todos los padres de familia, para reafirmar la comunicación entre padres e hijos.

### 1.7. Descripción de la población que atiende

Jóvenes y señoritas entre 12 a 25 años, niños de 3 a 11 años y ancianos de 55 años en adelante. Con una situación económica precaria. Especialmente del área rural de los municipios de Guatemala. Sin olvidar a las personas de escasos recursos del área urbana, ya que también sufren las mismas condiciones.

### 1.8. Planteamiento del problema

La pobreza y pobreza extrema, en el área rural y urbana necesita de programas de ayuda a jóvenes y niños, que brinden apoyo de manera integral. Deben conocerse de manera profunda las necesidades tanto físicas como emocionales que tienen las personas en esta situación. El apoyo psicológico es importante para estas personas, ya que se presentan problemas de toda índole en situaciones tan precarias.

## Capítulo 2

### Referente teórico

#### Introducción

En este capítulo se da a conocer acerca de la teoría existente sobre el tema de identidad de género, para tener bases sobre los conocimientos adquiridos durante la carrera de Psicología y Consejería Social. Para ello se consultaron diferentes fuentes que respaldaran y contribuyeran a la elaboración del mismo. Así también, se presentan temáticas básicas y fundamentales en la aplicación de la Psicología.

#### 2.1 Identidad sexual

##### 2.1.1 Definición

Con el término identidad sexual se alude a dos conceptos bien diferenciados: primero, relativo a la identidad y a la sexualidad; segundo, más en relación con la experiencia interna de pertenecer a un sexo.

- Numerosas investigaciones se centran en la identidad sexual como el auto concepto de cada persona según se relacionan el sexo, género, orientación sexual, identidad de género y el conjunto de habilidades con las que esta persona se desenvuelve en su vida y en relación a la sexualidad. De ahí las distintas formas de organizar la identidad sexual dado el extenso desarrollo histórico de distintas identidades. Por ejemplo, la transexualidad, el travestismo u otras manifestaciones de roles de género pueden constituir identidades sexuales.
- Por otro lado, la identidad sexual es la suma de las dimensiones biológicas y de conciencia de un individuo que le permiten reconocer la pertenencia a un sexo u otro, es

decir, ser varón o mujer independientemente de la identidad de género (sentirse como varón o mujer) o su orientación sexual (tendencia o inclinación sexual). Este concepto está en estrecha relación con la identidad de género, hasta el punto de que con frecuencia suelen usarse como sinónimos.

### 2.1.2. Formación de la identidad sexual

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 a cada individuo por la apariencia de sus genitales.

Si, por ejemplo, socialmente se le asigna a una persona la identidad sexual de varón, pero sus genitales son de mujer, 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 cuándo se dieron cuenta por primera vez que la identidad sexual que les había asignado la sociedad no se correspondía con la identidad sexual con la que se identificaban.

### 2.1.3. Conflictos en la identidad sexual

Muchas personas nacen con combinaciones de rasgos de los dos sexos, debiendo afrontar las complicaciones que surgen cuando la sociedad se burla o escandaliza de su físico -lo que suele ocurrir con las personas intersexuales- o insiste en asignar a un individuo un sexo con el que no se identifica -lo que ocurre habitualmente entre las personas transexuales. En el caso de las personas transexuales, sus problemas suelen reducirse cuando pueden pasar por el proceso de

reasignación de sexo, el cual incluye la cirugía de reasignación sexual, mal llamada "operación de cambio de sexo".

Por otro lado la identidad sexual suele intentar diferenciarse de la orientación sexual, en la que pueden darse individuos heterosexuales, homosexuales, bisexuales y asexuales. De igual manera que la orientación sexual, la identidad sexual no se puede elegir.

Equivocadamente, hay personas que definen la transexualidad con una homosexualidad extrema; es decir, según estas personas, una persona transexual ama tanto al otro sexo que acaba identificándose con él.

Sin embargo, investigaciones en sexología de la Universidad Libre de Ámsterdam apuntan a que la identidad y la orientación sexual son hechos absolutamente diferentes, por lo que pueden darse personas transexuales con diferentes orientaciones sexuales. De hecho, hay estudios que indican que más de un 30% de la población transexual es homosexual o bisexual, muy por encima al 5% ó 10% que suele darse en la población no transexual.

#### 2.1.4. Discriminación

Probablemente hay tantas formas de entender la identidad sexual y la de género como humanos existen, sin embargo las sociedades tienden a clasificar en compartimentos inamovibles a los individuos y a asignarles roles a veces muy reducidos.

Este etnocentrismo se pone de manifiesto al observar que en algunas sociedades existen otras clases de roles sociales; por ejemplo, los Hijos de la India son personas intersexuales y dentro de su cultura se les considera "el tercer sexo".

A veces la frontera entre la identidad sexual y la identidad de género no se muestra muy clara. La categorización del individuo en categorías universales como "homosexual", "heterosexual", "hombre" o "mujer". Según esta teoría, la identidad sexual de las personas son el resultado de una construcción social. De ser así no existirían papeles sexuales esencial o biológicamente inscritos

en la naturaleza humana. Es decir, todas las identidades relativas a la sexualidad, género y/u orientación sexual son igualmente anómalas, ya que son un producto socio-histórico.

Tradicionalmente, se ha visto la transexualidad como un problema psiquiátrico, la llamada disforia de género. Sin embargo, recientes investigaciones en neurociencia sobre cerebros de transexuales indican que la composición de éstos muestra a menudo la composición del sexo con el que se identifica el individuo en lugar de la del sexo de nacimiento. Esto apoya la teoría de que el cerebro de un individuo puede desarrollarse en un sentido diferente al de sus genitales, por lo que la transexualidad es de origen innato y no psicológico. La investigación también apoya las expresiones "hombre atrapado en el cuerpo de una mujer" y "mujer atrapada en el cuerpo de un hombre".

En realidad, la discriminación hacia los/as transexuales está en estrecha relación con el sexismo y la homofobia. De hecho se correlacionan. Esta asociación se debe a que estas formas de discriminación se sirven de las mismas creencias o ideología: la heteronormalidad.

#### 2.1.5. Orientación sexual

La orientación sexual, tendencia sexual o inclinación sexual se refiere al objeto de los deseos eróticos o amorosos de un sujeto, como una manifestación más en el conjunto de su sexualidad. Forma parte de los conceptos construidos por escuelas derivadas del psicoanálisis y psicoanalistas estructuralistas como Jacques Lacan. Preferencia sexual es un término similar, pero hace hincapié en la fluidez del deseo sexual y lo utilizan mayoritariamente quienes opinan que no puede hablarse de una orientación sexual fija o definida desde una edad temprana.

#### 2.1.6. Comportamiento sexual humano

El comportamiento sexual humano, la identidad de género, la identidad sexual son términos relacionados a la orientación sexual, ya que psicológicamente conforman la percepción sexual en una persona. La preferencia sexual sugiere un grado de elección voluntaria, que determina la vida sexual de una persona al establecer un género como objeto de deseo, posiblemente obstruyendo

su verdadera orientación sexual. La concordancia o discordancia refiere a la relación o similitud entre preferencia sexual y la orientación sexual.

Se aplica el término concordancia a una persona cuyas preferencias sexuales coinciden con su orientación sexual (Ejemplo: un hombre declarado homosexual que sostiene relaciones sexuales con personas del género masculino), mientras que discordancia refiere a la diferencia entre la preferencia sexual y la orientación sexual, señalando posiblemente la heteroflexibilidad o la bicuriosidad (Ejemplo: una mujer declarada heterosexual que siente atracción sexual a personas del género femenino, que sostiene relaciones sexuales con personas del género masculino y que prefiere ser llamada heterosexual).

El comportamiento sexual humano es una identidad con la que se distingue al proceso sexual y emocional de los seres humanos con aquellos procesos sexuales naturales en otras especies animales, destacándose capacidades sexuales superiores como el erotismo. El proceso sexual es consustancial a la naturaleza y tiene la principal función de la preservación y la evolución de las especies, colocándose como parte fundamental del comportamiento de las especies animales. Un individuo humano puede o no manifestar su orientación sexual en su comportamiento sexual, siendo posiblemente limitado por los convencionalismos de la sociedad o por sí mismo.

La identidad sexual y la identidad de género son conceptos similares que hacen referencia a los rasgos sexuales que determinado individuo percibe dentro de sí mismo, es decir, si se percibe a sí mismo como un individuo masculino o femenino. La identidad de género involucra una serie de factores psicológicos que determinan la orientación sexual. A su vez, la orientación sexual se relaciona con diversos componentes de la sexualidad humana como el género biológico, los roles sociales (normas culturales que marcan el comportamiento de un individuo masculino o femenino en determinada cultura), además de diversos factores psicológicos y biológicos.

La orientación sexual y su estudio, pueden ser divididos en tres principales, siendo la heterosexualidad (atracción hacia personas del sexo opuesto, enfocados a la complementación natural reproductiva), la homosexualidad (atracción hacia personas del mismo sexo) y la bisexualidad (atracción hacia personas de ambos géneros).

### 2.1.7. Cisgénero

Este corresponde a un término social aplicado a aquellas personas que poseen determinada identidad de género (género biológico y orientación sexual concordante) concordantes con los papeles sociales que son asignados al género biológico de determinada persona. Se le llama discordancia del cisgénero cuando el género biológico no es concordante con los roles de género asignados a determinado género biológico. La discordancia del cisgénero sigue patrones estereotípicos que juzgan si está presente el afeminamiento o la masculinización en un a persona; el cisgénero y su discordancia no involucran determinada orientación sexual.

### 2.1.8. Transgénero

Es un término global aplicado a la discordancia entre la identidad propia del género y el género biológico. La identidad de transgénero no implica una orientación sexual específica, ya que cualquiera puede estar presente. Existen diferentes identidades transgénero que pueden o no estar ligadas a determinada orientación sexual.

- **Transexualidad:** Es una identidad en la que una persona se identifica, desea vivir y ser aceptada como una persona del sexo opuesto a su género biológico. La transexualidad manifiesta la identidad astral de que desde el nacimiento se debió pertenecer al género opuesto. La transexualidad frecuentemente involucra el deseo de otro cuerpo que es obtenido mediante cirugías de reasignación de género y tratamientos hormonales de reasignación de género.
- **Transvestismo:** son identidades sexuales en las que el individuo utiliza prendas socialmente asignadas al género opuesto. El transvestismo puede o no estar ligado a la orientación sexual, siendo posiblemente relacionado con un deseo transexual de ser identificado como una persona del género opuesto. Estereotípicamente se asocia el transvestismo con la homosexualidad.

- Drag: es una identidad sexual similar al transvestismo en el que la persona utiliza ropa socialmente asignada al género opuesto para la representación dramática de un hombre (drag king) y una mujer (drag queen). El drag puede estar ligado a cualquier orientación sexual, pero se limita únicamente a la representación artística o dramática.
- Androginia: es el término con el que se identifican los rasgos sexuales presentes en un cuerpo y género al que naturalmente no pertenecen. La androginia regularmente involucra una elección voluntaria de género, en la que la persona puede verse como masculino, femenino o ambos.
- Bigénero: Es un concepto que describe la conducta de una persona en la que surge un tipo de transformismo en el que la persona rota su personalidad a masculino y femenino, dependiendo el contexto.

## 2.1.9. Clasificación de la orientación sexual

### 1 Heterosexualidad

Es el término social aplicado a aquellas personas de determinado sexo que sienten atracción hacia personas del sexo opuesto. La heterosexualidad es un comportamiento sexual apreciable en diversas especies, que define el comportamiento sexual reproductivo de las especies, manifestándose con la adaptabilidad y complementación entre individuos de la misma especie.

También es apreciada como un tipo de organización convencional en la sociedad que preserva diferentes conductas y rituales sociales. La heterosexualidad define varios aspectos de los roles sociales asignados a cada género, definiendo así el comportamiento social bajo los preceptos de la etiqueta social.

La heterosexualidad ha definido diferentes aspectos políticos, religiosos y sociales en diferentes culturas, marcando que es y que no es correcto en el comportamiento de un hombre o en el de una mujer.

La heterosexualidad, además, ha establecido diversos comportamientos y rituales sociales como el matrimonio, que en últimas décadas se ha abierto a parejas del mismo sexo.

## 2 Homosexualidad

La homosexualidad es el término social aplicado a aquellos individuos que manifiestan atracción sexual hacia individuos de su mismo género. La homosexualidad se define concretamente en relaciones masculino-masculino (popularmente referido como gay) y relaciones femenino-femenino (popularmente referido como lésbico). La homosexualidad es un tipo de conducta natural manifestada entre los patrones de comportamiento sexual de diferentes especies animales.

## 3 Bisexualidad

La bisexualidad se define como la atracción hacia personas de ambos géneros (masculino y femenino). Términos similares como la heteroflexibilidad, la bicuriosidad, la pansexualidad y la polisexualidad suelen ser catalogados bajo los criterios de la bisexualidad, pero los términos difieren de éste.

Al igual que la homosexualidad, la bisexualidad se manifiesta como un comportamiento sexual natural en diversas especies animales.

La heteroflexibilidad y la bicuriosidad son fijadas principalmente como preferencias sexuales y no como orientaciones sexuales, mientras que los términos pansexualidad y polisexualidad refieren a una orientación sexual diferente en la que se siente atracción por personas con diferentes identidades de género y géneros biológicos.

La bisexualidad es una fijación transitoria entre la heterosexualidad y la homosexualidad según su ubicación en la Continuum homosexual-heterosexual propuesto por Alfred Kinsey. Según Sigmund Freud, el ser humano nace con orientación sexual establecida como bisexual y conforme se desarrolla, adquiere y unifica su sexualidad hacia una sola orientación.

## 4 Asexualidad

Más que una orientación sexual, la asexualidad es definida como la falta de algún tipo de orientación sexual. De tal manera que el individuo no manifiesta atracción sexual física o emocional hacia cualquier individuo de cualquier género. La asexualidad también es definida como la falta de interés en la práctica de relaciones sexuales con cualquier tipo de persona.

La asexualidad no debe ser confundida con la abstinencia sexual o el celibato, que son sólo la supresión de las relaciones sexuales o el deseo sexual por motivos religiosos o personales. La asexualidad es aceptada como orientación sexual por algunos especialistas, pero algunos otros difieren al asegurar que la asexualidad no es una orientación sexual.

## 5 Evolución y origen

Existen diferentes medios de evolución que suelen definir que la orientación sexual es determinada por diversos factores biológicos, genéticos, hormonales, sociales, culturales, ambientales e históricos. No existe un factor específico conocido que determine la orientación sexual, llegando a la conclusión de que la orientación sexual no puede ser seleccionada, ni cambiada. Las evidencias que sugieren que la orientación sexual es determinada por factores biológicos han sido favorecidas por expertos en últimas décadas. Aún no ha sido comprobado que las relaciones familiares determinen la orientación sexual de una persona.

## 6 Origen ambiental

El origen ambiental es una teoría que atribuye el establecimiento de la orientación sexual de un individuo en los elementos socio-culturales que conforman su entorno.

En el ámbito familiar, se desconocen los efectos que pueden traer las relaciones con las figuras paternas. Se asegura que un individuo en desarrollo sexual, presentará un desarrollo fálico ajustado a su contexto familiar, desarrollando así su identidad de género y su orientación sexual. La inconformidad de género infantil es un fenómeno psicológico en el que un individuo prepubescente no se identifica con los patrones sociológicos y psicológicos de su género, en

cambio se identifica con los del género opuesto. De esta manera, se considera a este fenómeno un precursor de la homosexualidad, al alterar la identidad de género del individuo.

Diferentes factores se asocian con la determinación de la orientación sexual en lo ambiental, tales como las relaciones con los progenitores, los lazos maternos, las repercusiones en las etapas del desarrollo psicosexual y las relaciones familiares poco sanas.

A la teoría de que la orientación sexual es determinada por los efectos del ambiente, se incluyen otros conceptos como la cultura y la región en la que se habita. Ambos conceptos no suelen relacionarse mucho, ya que no son un factor determinante en el establecimiento de la orientación sexual, sino que sólo promueven la supresión de esta.

#### 2.1.10. Identidad de género

En numerosas disciplinas científicas, identidad de género alude al género con el que una persona se identifica (es decir, si se percibe a sí mismo como un hombre, una mujer, o de otra manera menos convencional), pero también puede emplearse para referirse al género que otras personas atribuyen al individuo con base a lo que saben de él o ella por las indicaciones que da de rol de género (conducta social, vestimenta, estilo de pelo, entre otros.). La identidad de género puede estar afectada por una variedad de estructuras sociales, incluyendo el grupo étnico de la persona, su estado laboral, su religión o irreligión, y su familia. La Enciclopedia Británica señala que la identidad de género consiste en la "concepción propia de un individuo sobre si es varón o mujer, distinguido del sexo biológico.

##### 2.1.10.1 Diferencia entre identidad de género e identidad sexual

Estos se diferencian ontológicamente en el que el primero es en forma general, esto es género humano, y el segundo hace referencia de las cualidades desde el punto de vista biológico que tenemos todos los humanos indistintamente del sexo biológico o del rol de género en el ámbito psicosocial.

La identidad de género es la conciencia que se adquiere de la igualdad, la unidad y la persistencia de la individualidad como varón o mujer, y nada tiene que ver la ambivalencia en cuanto a la identidad sexual, como un término preferentemente psicológico y determinado biológicamente, en donde se toma conciencia de la función real como varón o mujer y se determinará la orientación sexual pero definitivamente ambas se encuentran estrechamente vinculadas (resultaría imposible hablar de identidad de género sin hacer referencia a la sexual de la especie humana).

La conciencia de pertenencia a una de las categorías de género existentes parece desarrollarse precozmente y en relación con los estereotipos sociales referentes a los papeles que han de representar los miembros de cada sexo. Algunos autores refieren que hacia los dos años de edad, los niños ya tienen conocimiento de las categorías de género existentes en la sociedad, y que este conocimiento parece tener lugar a la par que el niño toma conciencia de su identidad sexual (conciencia del propio sexo biológico).

Sin embargo, no será hasta los siete años de edad cuando esta identidad se consolide (en etapas previas los niños aún creerán que, si bien pertenecen a uno u otro sexo, este hecho puede cambiar en función de características o atributos externos tales como los atuendos o la longitud del pelo). Cuando se hace referencia a la expresión de género se alude a la exteriorización de la identidad de género de una persona.

#### 2.1.10.2 Trastorno de identidad de género

Es un conflicto entre el sexo físico real de una persona y el sexo con el que ésta se identifica. Por ejemplo, una persona identificada como varón puede realmente sentirse y actuar como una mujer. La persona está muy incómoda con el sexo con el que nació.

##### ✓ Causas

Las personas con problemas de identidad de género pueden actuar y presentarse como miembros del sexo opuesto. El trastorno puede afectar:

- La elección de los compañeros sexuales

- Comportamiento y vestuario
- La autoestima

El trastorno de identidad de género no es lo mismo que la homosexualidad.

Es necesario que los conflictos de identidad continúen con el tiempo para considerarse un trastorno de identidad de género. La forma como ocurre el conflicto de género es diferente en cada persona. Por ejemplo, algunas personas pueden vestirse al contrario, mientras que otras desean una cirugía de cambio de sexo. Algunas personas de un género en privado se identifican más con el otro sexo.

Las personas que nacen con genitales ambiguos, lo cual puede generar inquietudes acerca de su sexo, pueden desarrollar un trastorno de identidad de género.

Se desconoce la causa, pero las hormonas en el útero, los genes y los factores sociales y ambientales (como la crianza) pueden intervenir. Este raro trastorno puede ocurrir en niños o en adultos.

### ✓ Síntomas

Los síntomas pueden variar por edades y son afectados por el ambiente social de la persona. Pueden abarcar los siguientes:

Niños

- Tienen desagrado por sus propios genitales
- Son rechazados por sus compañeros y se sienten aislados
- Creen que ellos crecerán y llegarán a ser del sexo opuesto
- Sufren depresión o ansiedad
- Dicen que desean pertenecer al sexo opuesto

## Adultos

- Se visten como si fueran del sexo opuesto
- Se sienten aislados
- Sufren depresión o ansiedad
- Desean vivir como una persona del sexo opuesto
- Desean deshacerse de sus propios genitales

## Adultos o niños

- Cambian la forma de vestir y muestran hábitos característicos del sexo opuesto
- Se alejan de la interacción social

## 2.2. Psicopatología

El término psicopatología, etimológicamente *psyché psyjé*: alma o razón. *Pathos (pazos)*: enfermedad, logia: o logos, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

- Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales. A modo de ejemplo, encontramos el estudio que diferencia entre percepción normal/sana y percepción que no es normal/sana, al margen de la definición de trastorno psicológico; en este sentido, la alucinación hipnagógica es una percepción normal y sana.
- Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

- Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta (Psicología conductista) o cualquier otro proceso cognitivo, permite explicar los estados “no sanos” de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud.

Diferentes profesiones llegan a estar involucradas en el estudio de la psicopatología. Principalmente son los psiquiatras y psicólogos los que se interesan por esta área, pues a su vez participan del tratamiento, investigación acerca del origen de los cuadros clínicos, su manifestación y desarrollo.

En un plano más general, muchas otras especialidades pueden participar del estudio de la psicopatología. Por ejemplo, los profesionales de las neurociencias pueden centrar sus esfuerzos de investigación en los cambios cerebrales que ocurren en una enfermedad o trastorno mental.

La psiquiatría se ocupa de identificar signos y síntomas que llegan a configurarse como síndromes, enfermedad o trastorno mental. Esto sirve tanto para el diagnóstico de pacientes individuales o para la creación de clasificaciones diagnósticas. Este último es el caso de la sección F de la clasificación CIE de la Organización Mundial de la Salud, o el del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, (DSM I II III o IV).

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

La psiquiatría también reconoce, en la introducción del DSM-IV-TR, que el diagnóstico psiquiátrico no es suficiente para disponer de un plan terapéutico, sino que se precisa de más información clínica.

En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de un deterioro de funciones cognitivas o neuroanatómicas, podría ser clasificado de psicopatología. Si bien, es preciso diferenciar la psicopatología con problemas orgánicos bien identificados (como los problemas de atención y ánimo por hipotiroidismo) de aquellos donde tales problemas son hipotéticos y el aprendizaje parece ser un agente explicativo fundamental.

Es decir: la psicopatología es una disciplina en referencia a los síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica con una clara explicación biológica, como en el caso del hipotiroidismo; o bien, a los síntomas de trastornos psicológicos; o bien, a estados contrarios a la salud mental mediante determinados procesos mentales

### 2.2.1 Antecedentes de la psicopatología

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

Esta visión fue modificada por los pitagóricos entre ellos Hipócrates, quien aseguró que los trastornos mentales se debían a causas y procesos naturales al igual que en las enfermedades físicas. Para él los dioses de la enfermedad estaban sujetos a leyes naturales y era misión del médico descubrirlas. La formulación de Hipócrates serviría de base a Galeno para plantear sus concepciones acerca de los temperamentos.

Este modelo hipocrático-galénico dominaría buena parte de las reflexiones sobre la salud y la enfermedad de la Edad Media, época en la cual Alberto el Grande y Tomas de Aquino mantuvieron una posición marcadamente organicista acerca de los trastornos mentales (ya que el alma no podía estar enferma debido a su origen casi divino) Así la locura era una enfermedad

somática, atribuida a un uso deficiente de la razón, o bien a pasiones que interferían con la razón o de un peculiar aparato físico en estado de intoxicación o sueño, etc.

Los siglos XVII y XVIII, Siglo de las Luces y la Edad de la Razón, se caracterizan por la defensa de planteamientos anatomopatológicos y fisiopatológicos. Y la consideración de la locura como un tipo especial de enfermedad será abordada desde ambos.

El planteamiento anatomopatológico de la locura con sus supuestos centrales de localización y reducción de la enfermedad a lo anatómico chocan con las primeras concepciones de la neurosis, y en general de las enfermedades nerviosas.

La caracterización de las enfermedades nerviosas como producidas por algún tipo de lesión anatómica conlleva la idea de que a medida que se iban descubriendo las lesiones específicas que estaban en el origen de las neurosis, estas irían desapareciendo.

El fracaso de estos dos enfoques, el anatomopatológico y el fisiopatológico, da lugar a una interpretación que enfatizará el papel de la herencia y la degeneración hereditaria en el origen de las neurosis.

Por otro lado los enfoques organicistas de la locura conviven con planteamientos moralistas. Así mientras que las causas inmediatas de la locura eran de origen orgánico, las causas lejanas incluían antecedentes biográficos (pasiones del alma), como sociales (vicios, malas compañías, miseria) o los ambientales (humedad, frío, calor). Y son precisamente estas “causas morales remotas” las que se encuentran en la base del tratamiento moral y, consecuentemente, en las primeras reformas del tratamiento, llevadas a cabo por Tuke, Pinel, Rush, Connolly y también Hill.

A mediados del S. XIX los contactos que empiezan a producirse entre la medicina, la fisiología, la biología evolucionista y la psicología de la asociación, abonan el terreno para el surgimiento, dentro de las ciencias naturales, de la ciencia psicológica, alejándose esta de la Filosofía. Wundt es el papal artífice de éste horizonte.

Wundt sostenía que la Psicología podía ser considerada como ciencia experimental en tanto que estudiara actividades tales como la sensación o la percepción, pero que en la medida en que tratase de dar cuenta también de fenómenos mentales superiores como el lenguaje o el pensamiento, debía ser considerada como una ciencia social.

### 2.2.2 Normalidad y anormalidad

Una definición de “Anormalidad Psíquica”, requiere, como tarea previa, precisar el concepto subordinante de “normalidad”. Una valorativa o teológica, y la otra, empírico estadística.

El enfoque teológico supone un cierto arquetipo ideal de hombre y considera “anormal”, a todo aquel que se desvíe del modelo. El concepto empírico-estadístico, incluye, dentro de la “normalidad”, a quienes presentan el conjunto de cualidades, adquiridas por la mayoría de los seres humanos, siendo, “anormales”, por lo tanto, aquellos que se alejan significativamente de la tendencia central.

Ambos enfoques son problemáticos. El criterio valorativo, planteado de la manera recién expuesta, entrega el juicio sobre la “normalidad”, a la opinión subjetiva de un determinado investigador, lo que hace prácticamente imposible su uso en la investigación científica (exceso de criterios diversos, incomparabilidad de los resultados, entre otros). El criterio estadístico, por su parte, se ve afectado por factores culturales: lo que se considera “normal”, por la frecuencia, en una cultura dada, puede considerarse “anormal” en otra.

Lo “anormal”, no es entonces, el grado expresivo exorbitante alcanzado por una propiedad determinada, sino la medida en que perturba el desenvolvimiento de las otras.

La “normalidad”, por consiguiente, no puede ser comprendida en abstracto. Depende, más bien, de las normas culturales, las expectativas y valores de la sociedad, sesgos profesionales, diferencias raciales e incluso, del clima político imperante que puede limitar o ampliar la tolerancia frente a una “desviación psíquica”.

Para determinar la relativa normalidad de una conducta o comportamiento la psicopatología se vale de una serie de criterios evaluativos. Hay dos series de criterios, los generales y los específicos.

Independientemente de que sea general o específico todos los criterios a usar deben de reunir tres condiciones:

Que los signos sean fácilmente observables por la persona promedio, que las primeras personas que detectan la anormalidad de una conducta son el entorno familiar del enfermo y el propio enfermo.

Que la continuidad de la conducta normal / anormal requiere que los criterios sean aplicables a todos los grados de funcionamiento perturbado.

Los criterios deben de ser no culturales ya que las características esenciales de la conducta son iguales en todas las culturas.

Lo que caracteriza a todos los criterios generales es que son unos criterios muy amplios, y precisamente porque son muy amplios son menos útiles. Normalidad como salud, evalúa como normal la ausencia de síntomas, por lo tanto existía una anormalidad con la presencia de síntomas.

El problema básico y fundamental de este criterio es que no hay síntomas fijos, absolutos de anormalidad. Es decir, cualquier sentimiento, pensamiento y reacción que nosotros observamos es un paciente mental puede ser también observado en una persona normal. Generalmente de forma más controlada, moderada y socialmente aceptable. Cualquier síntoma psicopatológico puede ser considerado normal si su forma de expresión es normal.

Normalidad estadística, una interpretación de la norma se basa en el modelo estadístico que sostiene arbitrariamente como normal las reacciones usuales o típicas de la gran mayoría de la población, las reacciones inusuales o atípicas van a ser consideradas como anormales independientemente de su cualidad.

La mayor parte de los aspectos del ser humano se ajustan a una distribución normal (curva de distribución normal) es decir, que para la mayor parte de la población la dispersión de una característica completa es relativamente limitado.

Este criterio nos sirve para establecer la conducta normal media. Criterio ideal de normalidad, este criterio parte de cómo deberían de comportarse las personas, en este sentido la norma sería el ideal. El criterio ideal en realidad es un criterio utópico. El criterio ideal según los utópicos sería: Maslow, postula una jerarquía de necesidades humanas ordenadas de acuerdo a su importancia vital.

La pirámide de Maslow es: La mecánica de satisfacción de estas necesidades es satisfacerlas poco a poco, ordenadamente empezando por la base. La persona normal para Maslow es aquella que de forma cotidiana se maneja en la satisfacción de las necesidades de autorrealización ya que esto implica que esta persona tiene satisfechas todas sus necesidades.

La persona normal es aquella que alcanza la madurez en tres dimensiones. Las dimensiones son: Afectivo emocional, exige un tono emocional constante que origine sentimientos de seguridad y confianza y que nos permita establecer relaciones emocionales positivas y recíprocas.

Intelectual, implica la toma de conciencia y una capacidad de auto evaluación y comprensión realista. Socio-volitiva, implica la productividad, el trabajo y el logro de objetivos sociales, mantenimiento en este caso el respeto a los demás. Allport, sostiene que la persona normal debe de reunir los siguientes requisitos: Diversidad de intereses autónomos, por ejemplo el síndrome del nido vacío. Tener varios objetivos vitales, no focalizar en uno.

Capacidad de auto-objetivación, implica o abarca la capacidad que tiene la persona de conocerse a si mismo y de su capacidad para participar activamente en la sociedad. Filosofía de la vida, la persona normal es consciente de sus motivaciones, de sus deseos, ambiciones, de sus sentimientos y de sus objetivos vitales.

Capacidad de experimentar afecto y establecer relaciones profundas, la persona normal es capaz de establecer relaciones profundas con otras personas y de tener una cierta sensibilidad en lo que

se refiere a las necesidades y sentimientos de los demás. La persona anormal es incapaz de experimentar el afecto recíproco.

Actitud vital tolerante, la persona anormal es una persona que de manera habitual está ansiosa, está en un estado de tensión permanente lo que les hace ser hipersensibles tanto a los aspectos agradables como desagradables de la vida, se denominan personas que tienen baja tolerancia a la frustración.

Criterio social, la norma sería la opinión social predominante. El hecho de que una conducta sea clasificada como normal o anormal va a depender de la reacción de los miembros del grupo social de referencia. Todas las sociedades estimulan a sus miembros para que adquieran y acepten unas pautas de conducta, costumbres y sistemas de valores.

✓ Ventajas de este criterio:

La principal es que promueve la identidad y solidaridad dentro de los grupos. Contribuye al establecimiento y armonía en las reacciones sociales.

✓ Inconvenientes o desventajas:

Es un criterio variable, relativo. Cambia con el tiempo y de unas culturas a otras. Delimitar el grupo de referencia. Una sociedad puede comportarse de forma patológica.

### 2.2.3 Clasificación de trastornos psicopatológicos

A continuación se presentan algunos trastornos psicopatológicos detectados durante el proceso de práctica presencial realizada.

#### 2.2.3.1 Trastorno del estado de ánimo

Una categoría de problemas de salud mental que incluyen todos los tipos de depresión y de trastorno bipolar, los trastornos del estado de ánimo, a este se denominan trastornos afectivos.

Durante la década de los ochenta, los profesionales de la salud mental comenzaron a reconocer los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, así como en adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes no necesariamente experimentan los mismos síntomas que los adultos.

Es más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños, especialmente porque ellos no siempre son capaces de expresar cómo se sienten. Hoy en día, los médicos e investigadores creen que los trastornos del estado de ánimo en los niños y adolescentes siguen siendo uno de los problemas de la salud mental que se diagnostica con menos frecuencia.

Los trastornos del estado de ánimo en los niños los pone en riesgo de sufrir otros trastornos (entre estos la ansiedad, comportamiento perturbador y trastornos de abuso de sustancias) que pueden persistir mucho después de haber solucionado los episodios de depresión iniciales.

#### ✓ Causa

Las causas de los trastornos del estado de ánimo en los niños no se conocen con precisión. Existen unas sustancias químicas en el cerebro que son responsables de los estados de ánimo positivos. Otras sustancias químicas del cerebro, llamadas neurotransmisores, regulan aquellas sustancias que afectan el estado de ánimo. Es muy probable que la depresión (y otros trastornos del estado de ánimo) sea causada por un desequilibrio químico en el cerebro. Los acontecimientos de la vida (como los cambios no deseados) también pueden contribuir a causar este desequilibrio químico.

Los trastornos afectivos suelen presentarse dentro del mismo grupo familiar y se consideran herencia multifactorial. "Herencia multifactorial" significa que depende de "muchos factores". Los factores que producen el rasgo o condición generalmente son tanto genéticos y ambientales, con la participación de una combinación de genes de ambos padres.

A menudo un sexo (el masculino o el femenino) suele estar afectado más frecuentemente que el otro en cuanto a los rasgos multifactoriales. Parece haber un umbral de expresión diferente, lo que significa que un sexo tiene mayor probabilidad de mostrar el problema que el otro.

## ✓ Efectos

Cualquier persona puede sentirse triste o deprimida a veces. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo son más intensos y más difíciles de controlar que estos sentimientos de tristeza normales. Los hijos de alguien que sufre un trastorno del estado de ánimo tienen mayores posibilidades de desarrollar también un trastorno de este tipo.

No obstante, se debe también tener en cuenta que el estrés y ciertos acontecimientos en la vida pueden exponer o potenciar los sentimientos de tristeza o depresión y hacerlos más difícil de controlar.

A veces, los problemas cotidianos pueden desencadenar un episodio de depresión. Existen determinadas situaciones como por ejemplo, un divorcio, la muerte de un ser querido, el fin de una relación afectiva o los problemas académicos, donde la presión puede resultar difícil de sobre llevar. Como consecuencia de esto y el estrés, un adolescente puede experimentar ciertos sentimientos de tristeza o depresión o, si padece un trastorno del estado de ánimo, es posible que le sea más difícil controlarlo.

La posibilidad de padecer depresión en las mujeres en la población general es casi el doble (12 por ciento) que en los hombres (6.6 por ciento). Una vez que una persona de la familia recibe el diagnóstico, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos reciban un diagnóstico similar. También los familiares de personas depresivas corren un riesgo mayor de sufrir un trastorno bipolar (síndrome maníaco depresivo). La probabilidad de que los hermanos o hijos de una persona depresiva sufran también un trastorno bipolar es del 0,3 al 2 por ciento.

La probabilidad de sufrir el síndrome maníaco depresivo (o trastorno bipolar) en los hombres y mujeres de la población general es de alrededor del 2.6 por ciento. Una vez que una persona de la familia recibe el diagnóstico, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos reciban un diagnóstico similar. También los familiares de personas maníaco depresivas corren un riesgo mayor de sufrir depresión. La probabilidad de que los hermanos o hijos de una persona con este síndrome sufran de depresión es del 6 al 28 por ciento.

## ✓ Síntomas

Los niños, según la edad y el tipo de trastorno del estado de ánimo presente, pueden mostrar diferentes síntomas de depresión. A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, cada niño y cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Sentimientos persistentes de tristeza
- Sentimiento de desesperanza o desamparo
- Baja autoestima
- Sensación de ineptitud
- Culpabilidad excesiva
- Deseos de morir
- Pérdida de interés en actividades habituales o actividades que antes se disfrutaban
- Dificultad en las relaciones
- Alteraciones del sueño (por ejemplo, insomnio, hipersomnia)
- Cambios del apetito o del peso
- Disminución de la energía
- Dificultad para concentrarse
- Disminución de la capacidad de tomar decisiones
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Molestias físicas frecuentes (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, fatiga)
- Intentos o amenazas de escaparse del hogar
- Hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo
- Irritabilidad, hostilidad, agresión

En los trastornos del estado de ánimo, estos sentimientos son más intensos que los que los adolescentes normalmente sienten de vez en cuando. También es motivo de preocupación que estos sentimientos se prolonguen durante un período o que interfieran con el interés del adolescente en estar con sus amigos o participar en las actividades cotidianas del hogar o de la

escuela. Todo adolescente que expresa ideas de suicidio debe ser sometido a una evaluación inmediatamente.

Otros signos de un potencial trastorno del estado de ánimo en un adolescente son:

- Dificultad para obtener logros en la escuela
- Enojo constante
- Comportamiento rebelde
- Problemas con la familia
- Dificultades con amigos y pares

Los síntomas de los trastornos del estado de ánimo pueden parecerse a los de otros trastornos o problemas psiquiátricos. Siempre consulte al médico de su hijo para el diagnóstico.

#### ✓ Pronóstico

Los trastornos del estado de ánimo son trastornos médicos reales. No son algo que el niño simplemente vaya a "superar". Un psiquiatra u otro profesional de la salud mental normalmente diagnostican los trastornos del estado de ánimo a partir de una evaluación psiquiátrica completa. Además de la información que brindan los maestros y los profesionales de la salud, para hacer el diagnóstico también puede ser útil evaluar la familia del niño, cuando sea posible.

#### ✓ Tratamiento

El tratamiento específico de los trastornos del estado de ánimo será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- La edad de su hijo, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- La extensión de los síntomas de su hijo
- El tipo de trastorno del estado de ánimo
- La tolerancia de su hijo a determinados medicamentos o terapias
- Las expectativas para la evolución del trastorno
- Su opinión o preferencia

Los trastornos del estado de ánimo a menudo pueden ser tratados eficazmente. El tratamiento debe estar siempre basado en una evaluación exhaustiva del niño y la familia. El tratamiento puede incluir (solo o en combinación):

- Medicamentos (especialmente cuando se los combina con psicoterapia, han probado ser efectivos para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes)
- Psicoterapia (en la mayoría de los casos, terapia cognitivo-conductista o interpersonal orientada a modificar la visión distorsionada que el niño tiene de sí mismo y de su entorno, con énfasis en las relaciones complicadas y la identificación de los factores de estrés en el entorno del niño para aprender a evitarlos)
- Terapia familiar
- Consulta con la escuela del niño

Los padres tienen un rol vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

Hasta el momento, no se conocen medidas preventivas que permitan reducir la incidencia de los trastornos del estado de ánimo en los niños. Sin embargo, la detección e intervención tempranas pueden reducir la gravedad de los síntomas, estimular el crecimiento y el desarrollo normal del niño, y mejorar la calidad de vida de los niños que tienen trastornos del estado de ánimo.

Los principales trastornos del estado de ánimo son:

#### a. Depresión

La depresión del latín *depressio*, que significa “opresión”, “encogimiento” o “abatimiento” es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

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

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Desde la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de antidepresivos. Sin embargo, los antidepresivos sólo han demostrado ser especialmente eficaces en depresión mayor/grave (en el sentido clínico del término, no coloquial).

### a.1 Síntomas

El síntoma más característico de la depresión es que el paciente se siente como hundido, con un peso agobiante sobre su existencia, sobre su vitalidad que cada vez lo entorpece más y más para vivir en plenitud.

Los síntomas principales que la definen son:

- Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Un dato tremendo: el 15% de los deprimidos termina suicidándose.
- Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.
- Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.
- Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).
- Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

- Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.
- Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.
- Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

## a.2 Causas

- La amenaza más común que afecta la depresión es un sentido de pérdida. Este sentido de pérdida puede ser real o imaginario.
- Cosa tan simples como no comer adecuadamente y no dormir adecuadamente pueden causar depresión.
- Una reacción a ciertos medicamentos puede afectar el humor de la persona. Todas las drogas afectan el cuerpo y el proceso mental en alguna manera. Si un medicamento resulta en toxicidad del cerebro o del sistema nervioso, una depresión extrema puede ser el resultado. La Depresión tóxica resulta cuando una persona toma mucho de un medicamento o sedativo sobre un lapso largo de tiempo. Esta clase de depresión y toxicidad del medicamento se quitará más o menos en un día o después que el medicamento ya no esté en el cuerpo.
- Los siguientes son algunas causas físicas que pueden causar depresión: hepatitis, hipoglucemia, infecciones, problemas del sistema nervioso o del cerebro. Otros problemas glandulares como hipotiroidismo, hipertiroidismo, excesivas irregularidades hormonales de los ovarios puede causar depresión.

- La cólera reprimida hacia el interior de uno nos llevara a la depresión.
- La depresión reactiva, o reacción al sufrimiento, resulta después de la pérdida de un ser querido, trabajo o de una oportunidad importante en la vida. Esta usualmente disminuye con el paso del tiempo. La pérdida de un amigo cercano o pariente causa esta clase de reacción emocional.
- La depresión bioquímica o endógena es causada por una alteración en el sistema químico del cuerpo.
- Los pensamientos negativos y erróneos son la raíz de la mayor parte de las depresiones.
- Bajo valor de sí mismo causa, refuerza e intensifica la depresión.
- Expectativas poco realistas causan depresión.
- La lástima excesiva en uno mismo conduce a la depresión. Esto ayuda a reforzar el pobre concepto de uno mismo y más empeora la depresión.
- Si su comportamiento es contrario a sus valores morales o su sistema de valores esto puede resultar en depresión. Produce culpa real, y culpa es un componente de la depresión.
- Éxito, alcanzar una meta alta, obteniendo una posición alta con las demandas para un nivel alto de rendimiento puede ser amenazado y puede conducir a depresión.
- Melancolía después del nacimiento de un niño puede resultar en depresión.
- Agotamiento físico puede contribuir a la depresión.

### a.3 Efectos

Las personas deprimidas sufren de una mayor cantidad de resfriados y problemas del sueño que las personas no deprimidas. Esto no resulta sorprendente si toma en consideración que cuando se deprime alguien, las funciones del sistema inmunológico decaen.

Por ejemplo, se ha encontrado que en la saliva de las personas deprimidas hay menos anticuerpos contra el catarro que en las personas que no están deprimidas.

La depresión crónica de bajo nivel que sufren muchas personas de edad avanzada, tiene como uno de sus resultados disminuir la capacidad de su sistema inmunológico, con lo que se afecta su capacidad para combatir numerosas enfermedades.

Según la Organización Mundial de la Salud alrededor de 800 personas se suicidan diariamente a causa de la depresión. Los pensamientos suicidas son resultado del pensamiento distorsionado y pesimista, al igual que del desinterés por la vida causado por la depresión. Ante los pensamientos suicidas lo mejor es llamar inmediatamente a un profesional calificado. También es importante identificar familiares o amistades cercanas a las que se pueda recurrir en cualquier momento y servir de apoyo.

Las personas deprimidas secretan sustancias que facilitan la formación de coágulos en las arterias. Esto puede tener como resultado una interrupción del flujo sanguíneo al corazón y al cerebro, provocando infartos y derrames cerebrales.

- Un estudio encontró que las personas deprimidas sufren de un mayor riesgo de osteoporosis.
- En las personas deprimidas la cantidad de derrames cerebrales es el doble que en las no deprimidas.
- Las personas deprimidas que padecen de enfermedades cardíacas tienen mayores probabilidades que las no deprimidas de sufrir infartos y complicaciones.
- Las personas que han sufrido un infarto y están deprimidas tienen un riesgo al menos tres veces mayor de morir durante los seis meses subsiguientes al infarto que las que también han sufrido un infarto pero no están deprimidas.

#### a.4 Pronóstico

La depresión, es la que tiene mejor pronóstico, ya que puede tratarse más fácilmente analizando junto al paciente esos acontecimientos que han precipitado el trastorno y su particular forma de entenderlos, para así poder corregir distorsiones cognitivas o estilos atribucionales insanos e inapropiados.

## a.5 Tratamiento

En general siempre se puede y se debe tratar una depresión. En ocasiones, especialmente en las depresiones de intensidad ligera o moderada, la sintomatología depresiva tenderá a desaparecer con el tiempo sin tratamiento, pero se prolongará durante mucho más tiempo y se sufrirá innecesariamente.

Antes de plantearse el tratamiento hay que confirmar que se trata de una depresión y no de otra cosa. La presencia de síntomas que pueden asemejar a la depresión, como tristeza, cansancio, ganas de llorar, nerviosismo, dificultad para dormir, entre otros, son habituales en situaciones de dificultad personal grave o mantenida, o en situaciones de pérdida o duelo.

Para diferenciar una depresión de un duelo no complicado hay que tener en cuenta que en el duelo no suele observarse la presencia constante de ideas de culpa o inutilidad, no existe una alteración del funcionamiento diario importante y no suelen aparecer las ideas de suicidio, que si suelen ser frecuentes en la depresión.

Además, el duelo no complicado suele empezar poco después de la pérdida, y mejora a lo largo de los meses. La mayor parte de los duelos no complicados se resolverán por si solos, como situación humana normal que es, y solo se tratarán con antidepresivos cuando por su larga duración o gravedad de los síntomas acaben complicados con un episodio depresivo. En algunos casos el duelo no complicado puede beneficiarse puntualmente de algún medicamento tranquilizante o hipnótico.

También hay que tener en cuenta si los síntomas depresivos son secundarios a la presencia de otro trastorno orgánico, como enfermedades hormonales, neurológicas, cardiovasculares, neoplasias, déficits vitamínicos, entre otros, o se deben a la toma de determinados medicamentos que pueden producir síntomas depresivos (antihipertensivos, antiparkinsonianos, hormonas, antineoplásicos, entre otros.). En estos casos el control y recuperación de la causa puede eliminar la sintomatología depresiva.

## a.6 Tratamiento farmacológico de la depresión

Desde la introducción de los fármacos antidepresivos a mediados de los años cincuenta se ha producido una mejora significativa en la perspectiva de tratamiento de los pacientes con depresión. Se considera que estos fármacos son eficaces en el 60 a 80 % de los pacientes, siendo la respuesta variable en función de la gravedad de la depresión y de la presencia de otros factores que pueden "entorpecer" la acción del fármaco como pueden ser acontecimientos vitales estresantes mantenidos, características de personalidad alteradas de base o mal cumplimiento del tratamiento. Además hasta el 90% de las depresiones responderán a algún tipo de tratamiento antidepresivo.

La depresión parece estar asociada a la existencia de niveles bajos de determinadas sustancias a nivel cerebral tales como la serotonina, la noradrenalina o la dopamina. Por ello, los fármacos antidepresivos actúan intentando aumentar alguna de estas sustancias en el cerebro a través de distintos mecanismos de acción.

A la hora de seleccionar un fármaco antidepresivo hay que tener en cuenta algunos factores como son: la experiencia conocida de un episodio anteriormente tratado, el subtipo de depresión, el perfil de efectos secundarios propio de cada medicamento y la posibilidad de interacción con otros medicamentos que ya se estén tomando..

Es necesario conocer de antemano que todos los fármacos antidepresivos tienen un período entre que se inicia su toma y comienza la respuesta antidepresiva, tiempo que se denomina latencia de respuesta, y que puede variar entre dos y cuatro semanas.

El paciente, en este período, además de no notar importante mejoría, percibirá los efectos secundarios posibles de la medicación, lo cual añade frustración y desconfianza hacía la eficacia del tratamiento. Se ha de ser, por tanto, paciente y esperar la mejoría de la depresión dentro de ese plazo de tiempo. Si es posible observar, en ocasiones, una cierta mejoría a los pocos días de iniciar la toma del medicamento, pero este efecto que no es antidepresivo, posiblemente se deba a

cierta acción sedativa o inductora del sueño que mejora aspectos que suelen presentarse asociados a la depresión como es la ansiedad o el insomnio.

Por tanto, solo se considerará ineficaz un medicamento antidepresivo cuando haya sido probado durante 4 a 6 semanas a dosis adecuadas y con buen cumplimiento.

En caso de ineficacia el planteamiento será sustituir el medicamento por otro, habitualmente de distinto grupo de acción antidepresiva, o bien la combinación de dos fármacos antidepresivos de mecanismo de acción complementario.

Al sustituir un fármaco, en ocasiones es necesario dejar pasar unos días de eliminación antes de iniciar el nuevo tratamiento a fin de evitar interacciones entre ambos. Fundamentalmente, y de manera resumida, existen dos grandes grupos de fármacos antidepresivos:

Antidepresivos tricíclicos. Fueron de los primeros antidepresivos en aparecer. Presentan una elevada eficacia aunque por su potencial de producir efectos secundarios como sedación, sequedad de boca, estreñimiento, temblores, hipotensión, etc. se recomienda iniciarlos a dosis bajas e ir aumentando en función de la tolerancia del paciente y del efecto antidepresivo, hasta conseguir la dosis que equilibre la mayor eficacia posible con los menores efectos secundarios.

Se tienden a utilizar en casos graves de depresión. Por su perfil sedante, alguno de ellos se indica también en depresión con elevado nivel de ansiedad.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y/o noradrenalina. De introducción reciente en los últimos diez años. Se ha extendido mucho su uso.

Por tener un mecanismo de acción más selectivo, son fármacos con un perfil de efectos secundarios mejor tolerados que los clásicos fármacos tricíclicos y por lo tanto pueden empezar a tomarse a la dosis normalmente efectivas.

Al poder indicarse desde el primer día a dosis terapéuticas es posible que necesiten menor tiempo de inicio de la acción antidepresiva.

## b. Trastorno Bipolar

### b.1 Definición

El trastorno afectivo bipolar (TAB), también conocido como trastorno bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva (PMD), es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo.

Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología.

Por lo general tiene expresión por un desequilibrio electroquímico en los neurotransmisores cerebrales. Adicionalmente, debido a las características del trastorno bipolar, los individuos tienen más riesgo de mortalidad por accidentes y por causas naturales como las enfermedades cardiovasculares. A pesar de ser considerado un trastorno crónico y con una alta morbilidad y mortalidad, una atención integral que aborde todos los aspectos implicados: biológicos, psicológicos y sociales, puede conseguir la remisión total de las crisis, de ahí la gran importancia de que el diagnóstico del afectado sea correcto.

El elemento básico para el tratamiento del trastorno bipolar es la toma de conciencia del problema, su conocimiento por parte del afectado y sus allegados mediante una psicoeducación adecuada que les permita hacer frente a las crisis sin temores infundados y con las herramientas más válidas; así como prevenir las recaídas. La terapia farmacológica personalizada, especialmente durante las fases de desequilibrio, es otra de las claves. Benzodiazepinas, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo son los fármacos más utilizados.

Los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda. En ocasiones pueden predominar los episodios

maníacos o los depresivos. Algunos de estos trastornos se denominan 'de ciclado rápido' porque el estado de ánimo puede cambiar varias veces en un período muy breve de tiempo. Otras veces se presenta el llamado "estado mixto", en el que los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa.

## b.2 Síntomas

- Episodios depresivos: Sus características se parecen a un episodio depresivo mayor.
  - Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
  - Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
  - Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
  - Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
  - Disminución de energía, la persona se siente fatigada, agotada; tiene la sensación de estar "en cámara lenta."
  - Tiene dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
  - Padece insomnio, se despierta más temprano o duerme más de la cuenta.
  - Pérdida de peso y apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
  - Tiene pensamientos de muerte o suicidio; incluso puede haber intentos de suicidio.
  - Se siente inquieto/a, irritable.
  - Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.
- Episodios de normalidad o *eutimia* palabra griega que significa humor normal o ánimo normal.
- Episodios maníacos: Se le llama al periodo de exaltación. Maníaco proviene de una palabra griega, "*manía*", que significa literalmente "*locura*". El tener más de tres de los siguientes síntomas ya se puede considerar maníaco.

Estos síntomas de manía se observan con el trastorno bipolar I. En las personas con trastorno bipolar II, los episodios hipomaníacos implican síntomas similares que son menos intensos.

- Autoestima exagerada, o sensaciones de grandeza.
  - Disminución de la necesidad de dormir.
  - Ganas de hablar, mucho más de lo que es necesario.
  - Sensación de pensamiento acelerado.
  - Se distrae con gran facilidad, pasa de una cosa a otra en poco tiempo.
  - Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad...)
  - Presenta conductas alocadas, realiza actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo (compras excesivas, indiscreciones sexuales, inversiones económicas...)
  - Euforia anormal o excesiva.
  - Presenta irritabilidad inusual.
  - Falta de juicio.
  - Se comporta en forma inapropiada en situaciones sociales, como por ejemplo vestir llamativamente, utilizar maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, entre otros.
  - La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.
  - No sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios, pudiendo tener consecuencias desagradables como hospitalización involuntaria, o serios problemas legales y/o económicos.
- Episodio hipomaniaco: Se refiere a un episodio menos que maníaco, sin llegar a provocar un deterioro laboral o social.
- Se siente más seguro de sí mismo de lo normal.
  - Necesita dormir menos.
  - Conversa más de lo habitual.
  - Sus pensamientos vienen y van más rápido de lo usual.
  - Se distrae con más facilidad o tiene problemas para concentrarse.

- Está más enfrascado en sus objetivos en el trabajo, la escuela o el hogar.
  - Está más involucrado en actividades de placer o de alto riesgo, tales como gastar dinero o tener sexo.
  - Siente que hace o dice cosas diferentes de lo normal.
  - Otras personas dicen que la persona está actuando en forma extraña o que no es el mismo.
- Episodios mixtos: Son episodios en que al mismo tiempo hay depresión y exaltación, hiperactividad, insomnio, ideas negativas. Las características más comunes en los episodios mixtos son (al menos tres) para diagnosticarlo:
- Alternancia rápida de distintos estados de ánimo (depresión, euforia, irritabilidad).
  - Predominio el mal genio.
  - Agitación.
  - Insomnio.
  - Alteración del apetito.
  - Ideas suicidas.
  - Síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones).

### b.3 Causas

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

Tipos de trastorno bipolar:

- Las personas con el trastorno bipolar tipo I han tenido al menos un episodio completo de manía con períodos de depresión grave. En el pasado, el trastorno bipolar tipo I se denominaba depresión maníaca.
- Las personas con trastorno bipolar tipo II nunca han experimentado un episodio maníaco completo. En lugar de esto, experimentan períodos de niveles elevados de energía e

impulsividad que no son tan extremos como la manía (llamado hipomanía). Dichos períodos alternan con episodios de depresión.

- Una forma leve de trastorno bipolar llamado ciclotimia implica fluctuaciones en el estado de ánimo menos intensas. Las personas con esta forma alternan entre hipomanía y depresión leve. Es posible que las personas con trastorno bipolar tipo II o ciclotimia reciban un diagnóstico equivocado de depresión.

En la mayoría de las personas con trastorno bipolar, no hay una causa clara para los episodios maníacos o depresivos. Los siguientes factores pueden desencadenar un episodio maníaco en personas con trastorno bipolar.

- Cambios en la vida como un parto.
- Medicamentos como antidepresivos o esteroides.
- Períodos de insomnio.
- Consumo de drogas psicoactivas

#### b.4 Efectos

Los efectos de los síntomas del trastorno bipolar en la vida de una persona pueden variar desde alteraciones leves a graves perturbaciones. Esto depende de si la persona recibe un diagnóstico preciso, incluyendo la identificación de cualquiera de los trastornos co-ocurrentes. Por ejemplo, hay una muy alta tasa de abuso o dependencia de sustancias coexistentes con trastorno bipolar. Los efectos del trastorno bipolar pueden incluir:

- relaciones dañadas
- mal trabajo o el rendimiento escolar
- consecuencias legales o financieras de las decisiones impulsivas
- efectos médicos secundarios de abuso prolongado de las drogas, el alcohol o las prescripciones
- automutilación repetitiva u otros comportamientos que perjudican a la auto.
- suicidio, en casos extremos

La duración de la manía y episodios depresivos también pasa factura a la familia, amigos y compañeros de trabajo de las personas que sufren de trastorno bipolar. Semanas de comportamiento impredecible de una persona con depresión maníaca hacen difícil confiar en el paciente para cumplir con las obligaciones, y muchas veces los seres queridos luchan por mantener un sentido de seguridad.

## b.5 Pronóstico

Aparece habitualmente durante la edad adulta, aunque es muy variable. También hay casos de manifestación temprana en la niñez y otros casos en los que la enfermedad comienza a provocar síntomas a una edad avanzada.

Muchas veces el diagnóstico se demora largo tiempo porque los síntomas no son reconocidos como patológicos o son achacados a cambios del estado de ánimo correspondientes a la situación vital de la persona en ese momento. Precisamente, el diagnóstico tardío es una de las situaciones más comunes y que más afectan al enfermo en su pronóstico, sobre todo cuando la enfermedad debuta durante la adolescencia. El motivo fundamental es la alteración del desarrollo social normal. Durante la adolescencia el paciente aún no ha finalizado sus estudios y es la edad en las que se suelen iniciar las relaciones sentimentales.

Cuando la enfermedad está correctamente diagnosticada y tratada el enfermo puede llevar una vida perfectamente normal y productiva, con un riesgo de recaída bastante bajo. Por el contrario, sin la correcta medicación, la enfermedad seguirá su curso natural y empeorará. A medida que pase el tiempo los episodios serán más frecuentes y las fases de manía serán más severas

Uno de las causas más frecuentes de muerte entre los enfermos bipolares sin tratar es el suicidio que puede llegar a afectar al 9-15% de los afectados. Durante las fases de depresión, los pacientes de trastorno bipolar, al igual que aquellas personas que sufren depresión mayor piensan en el suicidio, planean cómo y cuando lo harían. Es importante no dejar solas a estas personas ya que muchos pacientes intentan ir más allá. Con la constante presencia de los familiares o de personal especializado puede evitarse el fatal desenlace.

Entre las fases de manía y depresión la mayoría de los pacientes no sufren ningún síntoma, etapas que se denominan eutimia y que pueden prolongarse durante años. Pero cerca de un tercio de los enfermos sí sufren 'síntomas residuales' y hay un pequeño porcentaje de pacientes cuyos síntomas no remiten a pesar de la medicación.

## b.6 Tratamiento

Los períodos de depresión o manía retornan en la mayoría de los pacientes, incluso con tratamiento. Los mayores objetivos del tratamiento son:

- Evitar moverse de una fase a otra.
- Evitar la necesidad de una hospitalización.
- Ayudar a que el paciente se desempeñe lo mejor posible entre episodios.
- Prevenir la autoagresión y el suicidio.
- Hacer que los episodios sean menos frecuentes e intensos.

El médico primero intentará averiguar lo que puede haber desencadenado el episodio del estado anímico. Igualmente, puede buscar cualquier problema físico o emocional que podría afectar el tratamiento.

Los siguientes fármacos, llamados estabilizadores del estado anímico, se usan primero:

- Carbamazepina
- Lamotrigina
- Litio
- Valproato (ácido valproico)

También se puede ensayar con otros fármacos anticonvulsivos. Otros fármacos empleados para tratar el trastorno bipolar abarcan:

- Antipsicóticos y ansiolíticos (benzodiazepinas) para problemas del estado de ánimo.

- Se pueden agregar antidepresivos para tratar la depresión. Las personas con trastorno bipolar son más propensas a tener episodios maníacos e hipomaníacos si se les administran antidepresivos. Debido a esto, los antidepresivos sólo se usan en personas que también estén tomando un estabilizador del estado de ánimo.

Se puede usar terapia electroconvulsiva (TEC) para tratar la fase depresiva o maníaca del trastorno bipolar si no responde a los medicamentos. La terapia electroconvulsiva utiliza una corriente eléctrica para causar una breve convulsión mientras el paciente se encuentra bajo el efecto de la anestesia. Esta terapia es el tratamiento más efectivo para la depresión que no se alivia con medicamentos.

La estimulación magnética transcraneal (EMT) usa pulsos magnéticos de alta frecuencia que están dirigidos a las áreas afectadas del cerebro. Casi siempre se utiliza después de la terapia electroconvulsiva.

Los pacientes que están en la mitad de episodios maníacos o depresivos posiblemente necesiten permanecer en un hospital hasta que su estado anímico se estabilice y su comportamiento esté bajo control. Los médicos todavía están tratando de decidir la mejor manera de tratar el trastorno bipolar en niños y adolescentes. Los padres deben considerar los posibles riesgos y beneficios del tratamiento para sus hijos.

## b.7 Programas y terapias de apoyo

Los tratamientos familiares que combinan apoyo y educación acerca del trastorno bipolar (psicoeducación) pueden ayudar a las familias a hacerle frente y reducir las probabilidades de retorno de los síntomas. Los programas que ofrecen servicios de integración y apoyo de la comunidad pueden ayudar a las personas que carecen de apoyo social y familiar.

Las habilidades importantes abarcan:

- Hacerle frente a los síntomas que están presentes, incluso mientras se estén tomando medicamentos.
- Aprender un estilo de vida saludable, que incluya dormir bien y mantenerse alejado de las drogas psicoactivas.
- Aprender a tomar los medicamentos correctamente y cómo manejar los efectos secundarios.
- Aprender a estar atento al retorno de los síntomas y saber qué hacer cuando estos reaparezcan.

Los miembros de la familia y los cuidadores son muy importantes en el tratamiento del trastorno bipolar. Ellos le pueden ayudar a los pacientes a buscar los servicios de apoyo apropiados y a constatar que el paciente tome el medicamento correctamente.

Dormir lo suficiente es muy importante en el trastorno bipolar, debido a que la falta de sueño puede desencadenar un episodio maníaco.

La terapia puede ser útil durante la fase depresiva. El hecho de vincularse a un grupo de apoyo puede ayudar a los pacientes con trastorno bipolar y a sus seres queridos.

- Un paciente con trastorno bipolar no siempre puede comentarle al médico acerca del estado de la enfermedad. Los pacientes con frecuencia tienen dificultad para reconocer sus propios síntomas maníacos.
- Los cambios en el estado anímico con el trastorno bipolar no son predecibles, de manera que algunas veces es difícil decir si un paciente está reaccionando favorablemente al tratamiento o está saliendo de manera natural de una fase bipolar.
- Los tratamientos para los niños y los ancianos no se han estudiado bien.

## c. Trastorno esquizo afectivo

### c.1 Definición

Se desconoce la causa exacta de este trastorno, pero la genética y la química corporal juegan sin duda un papel importante. Se trata de una enfermedad mental caracterizada por episodios recurrentes de trastorno del ánimo y psicosis que puede incluir distorsiones en la percepción alternados con episodios maníacos o depresivos.

Se cree que el trastorno esquizoafectivo es menos común que la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, y las mujeres pueden experimentar la afección con más frecuencia que los hombres.

Históricamente, la mera aparición de la categoría de trastorno esquizoafectivo intentó dar más claridad diagnóstica a una patología que se encontraba a medio camino entre los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Con la definición de trastornos afectivos con síntomas psicóticos concordantes y no congruentes con el estado de ánimo, el terreno diagnóstico del trastorno esquizoafectivo quedó sin embargo más reducido y problemático.

### c.2 Síntomas

Las personas que padecen este trastorno buscan tratamiento para problemas con el estado de ánimo, el desempeño diario o los pensamientos delirantes. La psicosis y los cambios en el estado de ánimo pueden aparecer juntos o de forma intermitente, si bien discrepan bastante de una persona o otra. Los síntomas psicóticos pueden persistir durante al menos dos semanas sin presencia de síntomas significativos con relación al estado de ánimo. El curso de este trastorno se caracteriza por ciclos de empeoramiento y mejoramiento.

Los síntomas del trastorno esquizoafectivo abarcan:

- Estado de ánimo exaltado, elevado o deprimido

- Irritabilidad y mal control del temperamento
- Síntomas que se podrían observar durante un estado maníaco-depresivo (cambios en el apetito, energía, sueño)
- Alucinaciones (particularmente auditivas, “escuchar voces”)
- Delirios de referencia (por ejemplo, creer que alguien en la radio o en la televisión está hablando directamente a la persona afectada o que hay mensajes escondidos en los objetos comunes)
- Paranoia (un sentimiento de que todo el mundo o una persona o agencia en particular persigue a la persona afectada)
- Deterioro del interés por la higiene y el aseo
- Discurso ilógico y desorganizado

Como puede verse, no se distinguen mucho de los de la esquizofrenia, y va a ser la evolución del paciente la que determine uno u otro diagnóstico.

### c.3 Causas

No se conoce la causa exacta de los médicos piensan que puede ser a causa de problemas con el cerebro, y su funcionamiento. Ciertas partes de su cerebro le ayuda a controlar su movimiento, pensamientos, y como usted se siente.

Estos están controlados por químicos especiales llamados neurotransmisores. Los médicos piensan que los síntomas de SAD aparecen cuando hay un desequilibrio en estos químicos.

Las mujeres están en el riesgo más alto de desarrollar SAD que hombres. TSAD es también más común en la gente nacida durante meses de invierno. Su riesgo de tener SAD también es aumentado con cualquiera de los siguientes:

- Estrés ambiental: Esto podría ocurrir debido a un cambio mayor en su vida o debido a sus actividades diarias. Algunos cambios mayores de vida incluyen la pérdida de un ser querido, o mudarse a un área nueva. Estrés podría también surgir al enfrentar un desastre,

o ser víctima de un acto de abuso físico o sexual. El estrés puede aumentar su riesgo de tener SAD, o podría empeorar su condición.

- Desarrollo del cerebro fetal: Esto podría ocurrir si su mamá tuvo algún problema con su embarazo durante el tiempo del desarrollo de su cerebro.
- Genética y hereditario: Tener genes anormales podría aumentar su riesgo para esta condición. Un gene es un pequeño pedazo de información que le indica a su cuerpo lo que tiene que hacer y producir. Tener un familiar cercano con un problema de salud mental también podría aumentar su riesgo para SAD. Problemas de salud mental podrían incluir esquizofrenia, un trastorno de temperamento, o SAD.

#### c.4 Pronóstico

El resultado es muy variable. La enfermedad puede evolucionar más tarde hacia esquizofrenia, trastorno bipolar, o depresión mayor.

#### c.5 Tratamiento

El tratamiento para las personas con trastornos esquizoafectivos varía. Generalmente, se prescriben medicamentos para estabilizar el estado de ánimo y tratar la psicosis. Los medicamentos neurolépticos (antipsicóticos) se utilizan para el tratamiento de los síntomas psicóticos.

Se puede utilizar litio para manejar el trastorno maníaco y estabilizar el estado de ánimo. Los medicamentos anticonvulsivantes, como el ácido valproico y la carbamazepina, son estabilizadores efectivos del estado de ánimo. Estos medicamentos pueden demorar hasta 3 semanas para aliviar los síntomas.

Generalmente, la combinación de medicamentos antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo controla tanto los síntomas depresivos como los maníacos, pero es posible que en algunos casos sea necesario utilizar antidepresivos.

### 2.2.3.2 Trastorno de ansiedad

La ansiedad es parte normal en la vida diaria de la mayoría de las personas. Tiene la útil función de mantener motivadas a las personas para hacer el esfuerzo de superar situaciones amenazantes.

También es una experiencia común que la ansiedad haga a las personas tener un mal desempeño y por lo tanto convertirse en desventaja. En la ansiedad se da una reacción de supervivencia. El organismo sufre cambios fisiológicos que elevan los niveles de excitación, facilitan la mejor ejecución para aumentar las oportunidades de sobrevivir, ya sea para quedarse y pelear contra la amenaza, o para emprender una huida rápida: el mecanismo de pelea o huida.

La diferencia entre ansiedad adaptativa y patológica radica en la identificación de la amenaza. En la primera la amenaza es del todo clara, en la segunda con frecuencia la amenaza no se identifica, o esta fuera de toda proporción. Entre estos trastornos están:

#### ➤ Ansiedad generalizada

Cuando se presenta un estado general de ansiedad, sin accesos de pánico, se le conoce como perturbación de ansiedad generalizada.

Tensión persistente que no se enfoca sobre algo en particular, reaccionar en forma exagerada ante tensiones y esfuerzos menores y parecen estar ansiosos y preocupados de manera continua. Interferencia con la concentración, los afectados presentan dificultades para tomar decisiones, recordar compromisos y dormirse.

Componentes fisiológicos de la ansiedad propenden a ser notorios: inquietud, temblores, músculos tensos, sudoración y respiración difícil. La ansiedad crónica también alimenta problemas médicos relacionados con la ansiedad, como desajustes gastrointestinales, dolores de cabeza y de espalda. Las víctimas de la ansiedad generalizada tienden a intentar escapar de su sufrimiento ingiriendo drogas o bebiendo

#### d. Trastorno de estrés post traumático

El trauma es la incapacidad de un sujeto para responder adecuadamente a la intensidad de un aflujo de excitaciones demasiado excesivo para su psiquismo producido por determinado acontecimiento experimentado. El bloqueo de la actividad motriz externa (imposibilidad de reaccionar) aumenta la posibilidad del estrés postraumático. La función del Yo es evitar estos estados traumáticos, tamizar y organizar la excitación recibida descargándola motrizmente o ligándola a pensamientos y palabras.

Esto es posible debido a la capacidad del Yo para anticipar en su fantasía lo que va a ocurrir e ir preparándose para el futuro. Los hechos que no han sido anticipados y que son experimentados de una manera violenta e intrusiva originan grandes cantidades de excitación no controlada que las vuelven abrumadoras para el psiquismo. Esta excitación es excesiva en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad para controlarla y elaborarla psíquicamente.

##### d.1 Definición

El trastorno por estrés postraumático es generado por los efectos patógenos duraderos que este incidente traumático provoca en toda la organización psíquica. Las probabilidades que tiene un incidente de producir un trastorno por estrés postraumático se hayan directamente relacionadas con su carácter de imprevisto.

El principal síntoma es el bloqueo o disminución de las funciones del Yo y esto es lo que trae como consecuencia todos los demás síntomas. Este bloqueo se explica por la concentración de toda la energía psíquica disponible por el psiquismo en una sola tarea: el intento de controlar la abrumadora excitación psíquica invasora. La urgencia de esta tarea hace que todas las demás funciones yoicas queden relegadas, la emergencia domina completamente al sujeto. Eso genera toda clase de mecanismos de defensa del Yo y de fenómenos regresivos.

Casi todos los síntomas del trastorno por estrés postraumático son producto del bloqueo de las funciones perceptivas del Yo: el embotamiento psíquico, la amnesia total o parcial, la reducción

acusada del interés, la disminución de la capacidad para sentir emociones, las dificultades para concentrarse, el insomnio, la irritabilidad y la disociación psíquica.

El TEPT puede o no desarrollarse en una persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático dependiendo de factores predisponentes individuales (vulnerabilidad) y de la naturaleza del evento traumático. A más traumático el acontecimiento, más probabilidades de que se origine, y a menos vulnerabilidad individual previa menos probabilidades de generarlo.

Entre los factores que contribuyen a su desarrollo están:

- La extensión en que el evento traumático afecta la vida íntima y personal del afectado.
- La duración del evento.
- El grado de vulnerabilidad ante la maldad humana: el TEPT es más probable que ocurra en eventos provocados por la mano del hombre que ante eventos naturales.

## d.2 Síntomas

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático se clasifican en tres categorías principales:

- "Reviviscencia" repetitiva del hecho, lo cual perturba las actividades diarias
  - Episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.
  - Recuerdos reiterativos y angustiantes del hecho.
  - Pesadillas repetitivas del hecho.
  - Reacciones físicas fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.
- Evasión
  - "Insensibilidad" emocional o sentirse como si no le importara nada.
  - Sentirse despreocupado.
  - No poder recordar aspectos importantes del trauma.
  - Falta de interés en las actividades normales.

- Mostrar menos expresión de estados de ánimo.
- Evitar personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho.
- Sensación de tener un futuro incierto.

➤ Excitación

- Dificultad para concentrarse.
- Sobresaltarse fácilmente.
- Tener una respuesta exagerada a las cosas que causan sobresalto.
- Sentirse más alerta (hipervigilancia).
- Sentirse irritable o tener ataques de ira.
- Tener dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido.

Usted también podría tener sentimientos de culpa acerca del hecho (incluyendo "culpa del sobreviviente"). También podría tener algunos de los siguientes síntomas que son característicos de ansiedad, estrés y tensión:

- Agitación o excitabilidad
- Mareo
- Desmayo
- Dolor de cabeza

### d.3 Causas

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, o eventos como:

- Un asalto
- Violencia doméstica
- Un encarcelamiento
- Violación
- Terrorismo

- Guerra

Por ejemplo, los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 pueden haber causado trastorno de estrés postraumático en algunas personas afectadas, en personas que presenciaron el desastre y en aquéllas que perdieron amigos y parientes.

Los veteranos que retornan a casa de una guerra a menudo sufren trastorno de estrés postraumático.

La causa del trastorno de estrés postraumático se desconoce, pero hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales que intervienen. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés. Este afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores).

No se sabe por qué los hechos traumáticos causan trastorno de estrés postraumático en algunas personas, pero no en otras. Tener antecedentes de un trauma puede incrementar el riesgo de padecer este trastorno después de un acontecimiento traumático reciente..

#### d.4 Tratamiento

El tratamiento puede ayudar a prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático después de un trauma. Un buen sistema de apoyo social también puede ayudarle a protegerse contra este trastorno.

Si el trastorno de estrés postraumático en realidad ocurre, se puede emplear una forma de tratamiento llamada "desensibilización":

- Este tratamiento ayuda a reducir los síntomas, estimulándolo a recordar el hecho traumático y expresar sus sentimientos al respecto.
- Con el tiempo, los recuerdos del evento deben volverse menos atemorizantes.

Los grupos de apoyo, donde las personas que han tenido experiencias similares comparten sus sentimientos, también pueden servir.

Las personas con trastorno de estrés postraumático también pueden tener problemas con:

- El consumo excesivo de alcohol o drogas
- Depresión
- Problemas de salud conexos

En la mayoría de los casos, estos problemas se deben tratar antes de ensayar la terapia de desensibilización. Los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso pueden ayudar a reducir la ansiedad y otros síntomas de este trastorno. Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), pueden ser efectivos para tratar el trastorno de estrés postraumático. Otros ansiolíticos y somníferos también pueden servir.

## e. Trastorno fóbico

Una fobia palabra derivada de *Fobos*, en griego antiguo pánico, hijo de Ares y Afrodita en la mitología griega, la personificación del miedo) es un trastorno de salud emocional o psicológico que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas como, por ejemplo, a los insectos entomofobia o a los lugares cerrados (claustrofobia).

### e.1 Definición

Es sencillamente un miedo, pues guardan grandes diferencias. También se suele catalogar como fobia un sentimiento de odio o rechazo hacia algo que, si bien no es un trastorno de salud emocional, sí genera muchos problemas emocionales, sociales y políticos.

### e.2 Síntomas

Este trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-IV (cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense) de la forma siguiente:

- Cumplimiento de los requisitos:

1. Ataques de pánico periódicos e inesperados.
2. Al menos uno de los ataques ha sido seguido durante 1 mes o más de al menos uno de los siguientes aspectos:
  - Persistente preocupación por tener nuevos ataques.
  - Preocupación por las implicaciones del ataque o por sus consecuencias (por ejemplo: perder el control, sufrir un ataque cardíaco, "volverse loco", entre otros.)

El Pánico y el temor a morir o volverse loco.

- Cambio significativo en el comportamiento en relación con los ataques.
- 
- La presencia (o ausencia) de agorafobia.
  - Los ataques de pánico no se atribuyen a efectos fisiológicos directos producidos por una sustancia (por ejemplo: consumo de drogas o medicamentos) o a un cuadro médico concreto (por ejemplo, hipertiroidismo).
  - Los ataques de pánico no se encuadran mejor dentro de otros trastornos como la fobia social (exposición a situaciones sociales temidas), fobias específicas (exposición a una determinada situación fóbica), trastornos obsesivo-compulsivos (por ejemplo: con la exposición a la suciedad de alguien obsesionado con la limpieza o la salud), trastornos de estrés postraumático (por ejemplo: en respuesta a estímulos asociados con un grave estrés) o trastornos de ansiedad por separación (por ejemplo: en respuesta a encontrarse fuera del hogar).

### e.3 Causas

Personas con fobia social tienen la tendencia de:

- Sentir mucha ansiedad al estar rodeados de otras personas y tener dificultad para hablar con ellas a pesar de querer hacerlo.
- Sentirse tímidos y avergonzados delante de otras personas.

- Tener mucho miedo de que otras personas los juzguen.
- Preocuparse por muchos días o semanas antes de un evento donde habrán otras personas.
- Alejarse de lugares donde hay otras personas.
- Tener dificultad para hacer y conservar amistades.
- Sonrojarse, sudar o temblar cuando están rodeados por otras personas.
- Tener náuseas o malestar en el estómago cuando están con otras personas.

#### e.4 Tratamiento

Las terapias psicológicas que pueden ser beneficiosas para las personas que padecen fobia son: la técnica de "inmersión" o las terapias graduadas de exposición, entre las que se encuentra la Desensibilización Sistemática (DS). Todas estas técnicas se enmarcan en el enfoque de la terapia cognitivo-conductual (TCC). En algunos casos, también pueden ser de ayuda los medicamentos ansiolíticos. La mayoría de las personas que tienen fobias entienden que están sufriendo de un miedo irracional o desproporcionado, aunque este reconocimiento no impide que sigan manifestando esa intensa reacción emocional ante el estímulo fóbico.

La exposición graduada y la TCC trabajan con la meta de desensibilizar a la persona y de cambiar los patrones de pensamiento que están contribuyendo a su miedo. Las técnicas basadas en la TCC son a menudo eficaces, siempre y cuando la persona con este problema esté dispuesta a someterse a un tratamiento que puede durar algunos meses (en ocasiones semanas). Hay otras orientaciones terapéuticas, como el psicoanálisis o la programación neuro-lingüística (PNL) que abordan estos problemas clínicamente, pero sus resultados no se han verificado científicamente.

#### f. Trastorno del pánico

El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad en el que la persona afectada sufre repetidos ataques súbitos de terror en ausencia de estímulos externos que puedan desencadenarlos. Los episodios frecuentes de terror acompañados de un fuerte estado de ansiedad se denominan ataques de pánico o, en algunos casos, ataques de ansiedad o crisis de ansiedad.

Según el NIMH, el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por episodios inesperados y repetidos de intenso miedo acompañados por síntomas físicos que pueden incluir dolor en el pecho, palpitaciones aceleradas del corazón, falta de aire, mareos, angustia o molestia abdominal. En el trastorno de pánico, los episodios sucesivos de terror aparecen acompañados de cambios significativos en el comportamiento del individuo y de una preocupación continua por que se produzcan nuevos ataques de pánico.

Se pueden producir cambios en la vida del individuo que pueden conllevar a evitar las situaciones o lugares temidos, a huir de los estímulos fóbicos, a apoyarse excesivamente en personas o en sustancias y a intentar controlar a toda costa las reacciones temidas.

Si se producen cambios importantes de dependencia imperativa de personas y de lugares para que el afectado pueda sentirse seguro el trastorno desemboca en agorafobia.

## f.1 Definición

Trastorno de pánico, ansiedad y ataques de pánico. Aunque los ataques de pánico se presentan habitualmente en todos los tipos de trastornos de ansiedad, existe una diferencia entre la ansiedad y el pánico, que radica en la duración e intensidad de los síntomas.

Los ataques de pánico son episodios de miedo intenso que duran poco tiempo; la ansiedad sobreviene de manera más gradual, menos intensa y extiende su duración en el tiempo.

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) el síntoma fundamental de ansiedad es persistente en el tiempo (dura más de 6 meses) y generalizado sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades vitales.

La ansiedad no está restringida a una situación en particular, como en las fobias, ni se presenta exclusivamente en forma de crisis, como en el caso de las crisis de pánico.

El estado de ansiedad es casi permanente, oscila durante el transcurso del día y afecta a la calidad del sueño. Por su parte, el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que desemboca en crisis concretas o repentinos sentimientos de terror sin motivo aparente.

## f.2 Síntomas

Se valora según los criterios diagnósticos del DSM-IV (cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense) de la forma siguiente:

- Cumplimiento de los requisitos (1) y (2):

1. Ataques de pánico periódico e inesperado.

2. Al menos uno de los ataques ha sido seguido durante 1 mes o más de al menos uno de los siguientes aspectos:

- Persistente preocupación por tener nuevos ataques.
  - Preocupación por las implicaciones del ataque o por sus consecuencias (por ejemplo: perder el control, sufrir un ataque cardíaco, "volverse loco").
  - El Pánico y el temor a morir o volverse loco. Cambio significativo en el comportamiento en relación con los ataques.
- La presencia (o ausencia) de agorafobia.
  - Los ataques de pánico no se atribuyen a efectos fisiológicos directos producidos por una sustancia (por ejemplo: consumo de drogas o medicamentos) o a un cuadro médico concreto (por ejemplo, hipertiroidismo).
  - Los ataques de pánico no se encuadran mejor dentro de otros trastornos como la fobia social (exposición a situaciones sociales temidas), fobias específicas (exposición a una determinada situación fóbica), trastornos obsesivo-compulsivos (por ejemplo: con la exposición a la suciedad de alguien obsesionado con la limpieza o la salud), trastornos de estrés postraumático (por ejemplo: en respuesta a estímulos asociados con un grave

estrés) o trastornos de ansiedad por separación (por ejemplo: en respuesta a encontrarse fuera del hogar).

El Pánico y la necesidad de escapar de la situación. Según el NIMH, las personas con trastorno de pánico tienen sentimientos de terror que aparecen de repente y repetidamente sin previo aviso. Durante el ataque de pánico, es probable que se sienta opresión en el corazón y que el afectado se sienta sudoroso, débil o mareado. En las manos se pueden sentir hormigueos y quizás frío. Se puede tener náuseas, dolor en el pecho o sensaciones de asfixia, sensación de irrealidad o miedo a la inminente pérdida de control.

La persona que sufre episodios de pánico se siente súbitamente aterrorizado sin razón alguna; durante el ataque de pánico se producen síntomas físicos intensos, como taquicardia, dificultad para respirar, hiperventilación pulmonar, temblores o mareos.

Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento o lugar sin previo aviso. A menudo el individuo siente durante la crisis que está en peligro de muerte inminente y tiene una necesidad imperativa de escapar de un lugar o de una situación temida.

### f.3 Tratamiento

Se requiere que el afectado hable con el médico para abordar el trastorno de pánico. Los médicos generales conocen bien los síntomas y tienen los conocimientos necesarios sobre la medicación requerida para el tratamiento u otras terapias en una primera visita. En los casos más graves se indica al enfermo la necesidad de recibir apoyo psiquiátrico o psicológico.

El trastorno de pánico se puede tratar con medicamentos o con terapia psicológica cognitivo-conductual. Los mejores resultados se obtienen con un tratamiento combinado.

Medicación: Los medicamentos (ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivos, entre otros.) deben ser recetados, administrados cuidadosamente y retirados poco a poco en su momento por el médico. Este profesional es el que debe identificar el mejor tratamiento para cada enfermo.

La medicación es una opción de tratamiento.

- antidepresivos tricíclicos (tcas).
- otros antidepresivos cíclicos.
- agentes bloqueadores de la recaptación de serotonina (ssris).
- benzodiazepinas (bzs).
- inhibidores de monoamina oxidasa.
- beta-bloqueadores.
- otros tranquilizantes.
- anticonvulsivos.

Paroxetina y sertralina son medicamentos antidepresivos que han sido aprobados por la Administración de medicamentos y alimentos de los EE. UU. (FDA) para el tratamiento. Los antidepresivos son efectivos para prevenir la ansiedad y los ataques de pánico y con frecuencia hacen que los ataques se detengan. No requieren estar deprimido para ser útiles y los efectos secundarios usualmente son leves. Los antidepresivos no hacen perder control ni alteran la personalidad y pueden ser usados durante el tiempo que sean necesarios (incluso años).

Muchos pacientes pueden terminar consumiendo las benzodiazepinas en forma crónica, lo que, lleva a un nuevo síndrome ansioso y puede empeorar el cuadro clínico. Se recomienda evitar su uso por más de 4 semanas, pero el problema que se presenta es que la mayoría de los pacientes por "sentirse mejor" al tomar el medicamento lo continúan consumiendo por períodos prolongados haciéndose adictos a estos medicamentos

### 2.2.3.3 Trastorno de la alimentación

Un trastorno alimentario es una de las varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

## ➤ Causas

Factores biológicos: Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno alimenticio.

Factores psicológicos: Las personas con trastornos alimentarios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectivos, entre otros. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.

Factores familiares: Personas con familias sobre-protectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no muestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no mostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, entre otros, y toman el control por medio del peso y la comida.

Factores sociales: Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso.

## ➤ Trastornos alimentarios más comunes

Trastorno por atracón: Se habla de trastorno por atracón cuando se produce una sobre ingesta compulsiva de alimentos. Después de este ataque de glotonería aparece una fase de restricción alimentaria en la que baja la energía vital y se siente la necesidad imperiosa de comer. Una vez que se inicia otra sobre ingesta, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, el individuo reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se siente culpable por la falta de control, aún así la persona con este trastorno continúa con este comportamiento a sabiendas que le causa daño a su cuerpo y salud.

Bulimia: La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

Bulimia purgativa: después de los periodos de atracones, el enfermo usa laxantes, diuréticos o se provoca el vómito como método compensatorio.

Bulimia no purgativa: para contrarrestar los atracones, hace ejercicio en exceso, dietas restrictivas o incluso ayunos.

### ➤ Factores principales

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal. Las consecuencias de las conductas bulímicas son amenorrea, malformaciones en los dedos, problemas dentales y maxilofaciales, debido a los constantes atracones. Para evitar el aumento de peso usan métodos compensatorios inapropiados (inducción al vómito).

### ➤ Causas:

- El menosprecio de los de más o de uno mismo.
- baja autoestima.
- poca vida social.
- sensibilidad al fracaso.
- miedo a engordar.
- Presión por sentirse lindas y queridas por el otro.
- Problemas afectivos dentro del seno familiar.
- Necesidad de pertenencia a un grupo
- Necesidad de sentirse queridos.
- Relacionan que el éxito y la prosperidad en la vida tiene que ver con la delgadez.

Anorexia nerviosa: se caracteriza por una pérdida de peso elevado (más del 15%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

Anorexia nerviosa restrictiva: El enfermo apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso.

Anorexia nerviosa purgativa: El enfermo utiliza métodos purgativos tales como vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida.

### ➤ Características

Las características psicológicas y sociales incluyen miedo intenso a comer en presencia de otros, dietas bajas en hidratos de carbono y grasas, preocupación por el alimento, abuso de laxantes y mentiras.

Las principales víctimas de este mal son las mujeres, sobre todo las jóvenes, quienes en ocasiones pueden estar influenciadas por ser fans de personas famosas y mediáticas tales como actrices y modelos.

### g. Trastorno de anorexia

Se trata de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que consiste en un temor obsesivo a engordar que lleva a aborrecer la comida y a reducir progresivamente lo que se come hasta no poder comer casi nada. Y a un intenso ejercicio.

A veces también a vomitar y abusar de laxantes y diuréticos. La delgadez de la enferma llega a límites tan infrahumanos y cadavéricos que horrorizan, pero ella se ve, se nota, intolerablemente gorda y a toda costa quiere adelgazar más y más.

## g.1 Definición

Es una enfermedad que afecta mucho más a la población femenina y juvenil. En el 90/95 % de los casos se trata de mujeres. Es un trastorno mental, psiquiátrico, largo y grave. Las causas son múltiples, personales, familiares, sociales, ambientales, culturales, baja autoestima, presión interiorizada, perfeccionismo, y dieta. Aunque las causas son múltiples, este es el desencadenante: al final se llega a la dieta restrictiva, se pierde peso y esto altera las hormonas y los neurotransmisores: es la enfermedad psiquiátrica: entonces no se come, porque no se puede comer y se alteran las percepciones del propio cuerpo y de los alimentos.

## g.2 Consecuencias

- El carácter se altera. La depresión es frecuente, y la ansiedad.
- Se pierde el músculo. Quedan el hueso y el tendón bajo la piel.
- Reducción del corazón, del útero, de las paredes del estómago, que se distienden y ceden con muy poco alimento, contribuyendo a la inmediata sensación de hartazgo.
- Estreñimiento.
- El pelo se vuelve quebradizo, se cae mucho más.
- Aumenta el vello corporal (lanugo).
- La piel está seca y amarillenta.
- La claridad mental se reduce, aunque el perfeccionismo y la hiperactividad persistan.
- Puede desencadenar la bulimia nerviosa. Disminuyen el ritmo cardíaco y la tensión arterial.
- Bajan las defensas, se cogen muchas infecciones. Hipoglucemia.
- Por todo ello puede venir la muerte, y por suicidio. Un 5% mueren. Pero el 70% se curan tras años de tratamiento, aunque la mitad de ellas con secuelas o después de pasar a la bulimia. El 25% se cronifican.

### g.3 Causas

No se conoce una causa única. Algunos autores ven un desencadenante en la obsesión que existe en la sociedad actual por mantener una imagen corporal en la que la delgadez se asocia a belleza.

De todas formas no puede hablarse de factores desencadenante de la anorexia, sino de factores predisponentes y precipitantes. Otra de las posibles causas es que en la sociedad occidental se le da mucha importancia a la delgadez, al cuerpo perfecto y a la belleza femenina, ofreciendo, incluso soluciones y alternativas para lograr este ideal.

### g.4 Síntomas

En algunos casos, las personas con anorexia comienzan simplemente a intentar perder algo de peso o ponerse en forma. Pero la necesidad de comer menos, purgarse o hacer ejercicio en exceso se vuelve "adictiva" y es muy difícil de controlar.

Existen algunos signos que pueden indicar que una persona tiene anorexia. Las personas anoréxicas pueden:

- delgazar mucho, volverse frágiles o escuálidas
- obsesión por la alimentación, los alimentos y el control del peso
- pesarse reiteradamente
- contar o racionar los alimentos meticulosamente
- llenarse de agua cuando visitan a un profesional para pesarse
- comer solo determinados alimentos y evitar lácteos, carne, trigo... (aunque muchas personas son alérgicas a determinados alimentos o son vegetarianas)
- realizar ejercicio en exceso
- sentirse gordo/a
- aislarse socialmente, especialmente para evitar comidas o festejos donde se sirven comida
- deprimirse, sentirse sin energía y sentir frío frecuentemente

## g.5 Tratamiento

Los objetivos globales del tratamiento son la corrección de la malnutrición y los trastornos psíquicos del paciente. En primer lugar se intenta conseguir un rápido aumento de peso y la recuperación de los hábitos alimenticios, ya que pueden implicar un mayor riesgo de muerte. Pero una recuperación total del peso corporal no es sinónimo de curación. La anorexia es una enfermedad psiquiátrica y debe tratarse como tal. El tratamiento debe basarse en tres aspectos:

Detección precoz de la enfermedad: conocimiento de los síntomas por parte de los médicos de atención primaria y de los protocolos que fijan los criterios que el médico debe observar.

Coordinación entre los servicios sanitarios implicados: psiquiatría, endocrinología y pediatría. Seguimiento ambulatorio una vez que el paciente ha sido dado de alta, con visitas regulares. Las hospitalizaciones suelen ser prolongadas, lo que supone una desconexión del entorno que puede perjudicar el desarrollo normal del adolescente. Por ello son aconsejables, siempre que se pueda, los tratamientos ambulatorios.

El ingreso en un centro médico es necesario cuando:

- La desnutrición es muy grave y hay alteraciones en los signos vitales
- Cuando las relaciones familiares son insostenibles y es mejor aislar al paciente
- Cuando se agravan los desórdenes psíquicos.

El tratamiento ambulatorio es eficaz cuando:

- Se detecta de manera precoz
- No hay episodios de bulimia ni vómitos y existe un compromiso familiar de cooperación.

De esta manera se inicia el tratamiento con la realimentación, que en ocasiones puede provocar molestias digestivas, ya que el cuerpo no está acostumbrado a ingerir alimentos. Con el tiempo se restablece la situación biológica y vuelve la menstruación. Después comienza el tratamiento psicológico, que intenta reestructurar las ideas racionales, eliminar la percepción errónea del

cuerpo, mejorar la autoestima, y desarrollar las habilidades sociales y comunicativas entre el enfermo y su entorno.

La familia debe tomar parte de manera activa en el tratamiento porque en ocasiones el factor desencadenante de la enfermedad se encuentra en su seno y, además, la recuperación se prolonga inevitablemente en el hogar.

## h. Trastorno de bulimia

La bulimia o bulimia nerviosa es un trastorno alimentario caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las pautas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en períodos de tiempo muy cortos (lo que le genera una sensación temporal de bienestar), para después buscar o eliminar el exceso de alimento a través de ayunos, vómitos, purgas o laxantes.

### h.1 Definición

El término Proviene del latín bulimia. Significa hambre en exceso o hambre de buey y consiste en ingerir en un tiempo inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían.

### h.2 Características

Una de sus características esenciales consiste en que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de angustia y pérdida de control mental por haber comido en "exceso". Suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a surgir episodios de ingestas compulsivas.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diferentes medios para intentar compensar los atracones: el más habitual es la provocación del vómito. Este método de

purga (patrones cíclicos de ingestión excesiva de alimentos y purgas) lo emplean el 80-90 por ciento de los sujetos que acuden a centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición inmediata del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son: el uso excesivo de laxantes y de diuréticos, enemas, realización de ejercicio físico muy intenso y ayuno.

### h.3 Diagnóstico

Tanto el DSM-IV como el CIE-10 coinciden en que, para poder diagnosticar la bulimia nerviosa, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas han de tener lugar al menos 2 veces por semana durante tres meses.

Para que una persona sea diagnosticada de Bulimia Nerviosa los siguientes criterios deben cumplirse (DSM-IV):

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

#### h.4 Tipos de bulimia

Tipo purgativo: cuando se utiliza como conducta compensatoria el vómito (emesis), los laxantes, los diuréticos, enemas, jarabe de ipecacuana o incluso la teniasis, (infestación por solium), para eliminar lo más pronto posible el alimento del organismo.

Tipo no purgativo: Entre el 6% y el 8% de los casos de bulimia se llevan a cabo otras conductas compensatorias, como el ejercicio físico intenso, no hacer nada o ayunar mucho; es un método menos efectivo para contrarrestar y deshacerse de las calorías. El tipo no purgativo se da solo en, aproximadamente, el 6%-8% de los casos de bulimia, ya que es un método menos efectivo de eliminar del organismo un número tan elevado de calorías. Este tipo de bulimia suele presentarse también en quienes presentan el tipo purgativo, pero es una forma secundaria de control del peso.

#### h.5 Síntomas

- Deshidratación
- Alteraciones menstruales y amenorrea; esterilidad.
- Incremento y reducción bruscos de peso, desestabilidad en el peso.
- Aumento en la frecuencia de caries dentales.
- Aumento del tamaño de las glándulas salivales e infección de estas.
- Pérdida de cabello
- Desmayos muy frecuentes, mareos.
- Alteración o pérdida esmalte dental.
- Dolores de cabeza y migraña.
- Dolores en la garganta (después de vomitar).
- Piel seca
- Debilidad en las piernas.
- Disfonía

## h.6 Tratamiento

Resulta más eficaz en las primeras fases del desarrollo de este trastorno pero, dado que la bulimia suele esconderse fácilmente, el diagnóstico y el tratamiento no suelen presentarse sólo hasta que este problema ya se ha convertido en un ingrediente permanente en la vida del paciente.

En el pasado, las personas con bulimia eran hospitalizadas con objeto de poner fin al patrón de atracones y purgas, y se le daba de alta en cuanto los síntomas habían desaparecido. Pero este procedimiento ya no es frecuente hoy en día, dado que de esa manera sólo se ponía atención a lo más superficial del problema y, poco después, cuando los síntomas volvían, lo hacían con una intensidad mucho mayor. Varios centros de tratamiento en instituciones (internamiento) ofrecen apoyo a largo plazo, consejería e interrupción de los síntomas.

La forma más común de tratamiento actualmente incluye terapia, que suele ser terapia de grupo psicoterapia o terapia cognitivo-conductual. Las personas con anorexia o con bulimia suelen recibir el mismo tipo de tratamiento y formar parte de los mismos grupos de tratamiento. Esto se debe a que en muchos casos los pacientes padecen de ambos padecimientos, de manera simultánea. Algunos denominan a este fenómeno "intercambio de síntomas". Estas formas de terapia se centran tanto en los síntomas que llevan al individuo a presentar estos comportamientos como en los síntomas relacionados con la alimentación. Junto con la terapia, muchos psiquiatras recetan antidepresivos o antipsicóticos.

Los antidepresivos se presentan en diferentes formas, y el que ha mostrado resultados más prometedores es la Fluoxetina o Prozac. En un estudio que se realizó con un grupo de 382 personas con bulimia, aquellos que recibieron entre 20 y 60 mg de Prozac presentaron una reducción en sus síntomas de entre el 45 y el 67 por ciento, respectivamente. Es posible que otros muchos medicamentos funcionen, pero hasta ahora el Prozac ha mostrado los resultados más positivos.

Los antipsicóticos no se utilizan, aquí, en dosis menores que las que se aplican a los casos con esquizofrenia. Con un trastorno de la alimentación, el paciente percibe la realidad de otra manera

y tiene grandes dificultades para comprender qué significa comer en condiciones "normales". Desafortunadamente, dado que este trastorno apareció incluido en la el Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (DSM), aún no se sabe cuáles serán los resultados a largo plazo de los tratamientos que han venido aplicándose a muchos pacientes con este problema.

Por lo pronto, las investigaciones más recientes indican que un 30 por ciento de los pacientes recaen rápidamente, mientras que el 40 por ciento presentan síntomas crónicos.

La prontitud del tratamiento es uno de los factores más importantes para dar un pronóstico. Aquellas personas que lo reciban en las primeras fases del trastorno tendrán una recuperación más alta y más permanente.

## i. Vigorexia

Además de la anorexia, la bulimia y la ortorexia existen otros trastornos de la alimentación, como por ejemplo la vigorexia. Trastorno que si bien puede no ser tan conocido como otros, puede provocar serias complicaciones que pongan en riesgo la salud física y emocional. Para evitar que esto suceda es importante conocer qué es y cómo se manifiesta.

Todos los extremos son malos. Así como no preocuparse por el sobrepeso y sus consecuencias es malo, también es perjudicial para la salud preocuparse en exceso. Esta preocupación excesiva por el peso y la figura puede derivar en un trastorno de la alimentación conocido como vigorexia.

### i.1 Definición

Se conoce como vigorexia a un trastorno en el cual las características físicas se perciben distorsionadas. Este tipo de personas se obsesionan por el aspecto físico y realizan excesiva actividad física. Estas personas consideran que no poseen tonicidad muscular, a pesar de realizar excesiva cantidad de ejercicios en forma diaria.

## i.2 Síntomas

Un excesivo consumo de proteínas e hidratos de carbono y una baja ingesta de grasas. Esta situación puede ser peligrosa para el organismo, ya que se producen cambios metabólicos y pueden derivar en efectos adversos sobre la salud. Como por ejemplo problemas renales.

Esta situación se complica aún más cuando, además, se ingieren esteroides para lograr el objetivo de aumentar la masa muscular, reducir el tejido graso y aumentar la tonicidad.

- Obsesión por verse musculoso.
- Distorsión de la imagen.
- Tomar como modelo de alimentación normal las dietas disarmónicas.
- Pesarse varias veces al día.
- Entrenar en forma obsesiva y compulsiva.
- Consumir fármacos para verse cada vez más musculosos.

La actividad física es saludable, pero realizada en forma excesiva y compulsiva puede ser perjudicial. Por eso es necesario mantener un equilibrio y practicar ejercicio físico para adelgazar y verse bien, pero saludablemente.

## i.3 Causas

- Mirarse constantemente en el espejo
- Invertir todas las horas posibles en hacer deportes para aumentar la musculatura
- Pesarse varias veces al día y hacer comparaciones con otras personas que hacen fisicoculturismo
- La enfermedad deriva en un cuadro obsesivo compulsivo, que hace que el vigorético se sienta fracasado, abandone sus actividades y se encierre en un gimnasio día y noche

- También siguen dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono y proteínas para aumentar la masa muscular, por lo que corren mayor riesgo de abusar de sustancias como hormonas y anabolizantes esteroides.

#### i.4 Tratamientos

Si bien se ha comprobado la existencia de trastornos en los niveles de diversas hormonas y mediadores presentes en la transmisión nerviosa en el sistema nervioso central, los principales factores desencadenantes involucrados son de tipo cultural, social y educativo, a los que estas personas están expuestas continuamente.

Por ello, el tratamiento debe enfocarse a modificar la conducta y la perspectiva que tienen sobre su cuerpo.

El entorno afectivo cumple una función muy importante en su recuperación, al brindarle apoyo cuando intentan disminuir su programa de ejercicios a rutinas más razonables. Es necesario disminuir el entusiasmo y la ansiedad por la práctica deportiva intensa logrando que se interesen por otras actividades menos nocivas para su cuerpo.

El hecho de desear la imagen corporal ideal no implica necesariamente que la persona padezca algún trastorno psicológico, pero siempre debe estar muy atento ya que las probabilidades de que sí aparezca son mayores en estas personas.

### 2.3 Psicodiagnóstico

Se denomina psicodiagnóstico a la evaluación completa del estado mental de una persona, por lo general con el propósito de explicar un determinado padecimiento y determinar la forma más adecuada de remediarlo.

La concepción de la mente humana ha cambiado a lo largo del tiempo y por lo tanto, también lo han hecho las formas de evaluación. En la actualidad sabemos que la mente y sus dificultades se encuentran determinadas por factores tanto biológicos como sociales y

que en realidad todos los problemas los problemas mentales deben su causa al interjuego de tres factores (modelo biopsicosocial):

1. Funcionamientos deficitarios de áreas específicas del cerebro a causa de una configuración genética diferente que altera sea la estructura cerebral o sus delicados balances químicos o de alteraciones del sistema nervioso debido daños posteriores al nacimiento.
2. Creencias rígidas sobre el mundo y/o sobre sí mismo que conducen a una forma inadecuada de interpretar la realidad y en consecuencia, a no solucionar los problemas de manera satisfactoria.
3. Relaciones y formas de interactuar con los demás (ya sea que pensemos en relaciones personales, familiares o en un sentido más amplio, trabajo, escuela, sociedad) en que los intentos por solucionar sus problemas tienden a empeorarlos.

### 2.3.1. Antecedentes

Galton 1822 - 1911, es el padre de la psicología diferencial. Sus estudios se centraron en la inteligencia (que era innata), creía que por su carácter hereditario se podía conseguir una mejora, a través de la eugenesia. Llevó a la vida cotidiana los conocimientos del laboratorio. Elaboró la primera tabla para comparar a una persona con la mayoría. Pero hasta 1883 no publica su obra más importante, donde aparecen los primeros bocetos del test.

Galton mostró interés en cuantificar las características humanas, recopilar empíricamente y sistemáticamente información y aplicar en ésta la estadística. Estudió las diferencias individuales.

Cattell 1861 – 1934. Su centro fue el estudio diferencial de los tiempos de reacción. Trabajo con Wundt y Galton. En 1890 se utiliza por primera vez la palabra “test” en evaluación psicológica. Tenía un gran interés en que las pruebas fuesen objetivas, sin sesgos del investigador. Comenzó una aplicación masiva de los test.

Binet (1857 – 1911) habla de una nueva evaluación psicológica y de la inteligencia y de las facultades psicológicas superiores (memoria, atención, imaginación).

### 2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico

**Clínico:** Dirigido a todas las personas que requieran conocer más a fondo sus habilidades o limitantes. La mayoría de estos estudios se realizan por la petición de algún especialista relacionado con la salud.

**Educativo:** Dirigido a niños y a adolescentes principalmente. Regularmente lo solicita el colegio o se utiliza como herramienta fundamental para conocer la Orientación Vocacional del estudiante.

**Laboral:** Dirigido a las personas que van a ocupar un puesto, con el objetivo de conocer las competencias de la persona, habilidades y limitantes relacionadas al nuevo puesto a ocupar.

### 2.3.3 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico

#### 2.3.3.1 Entrevista psicológica

Es una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de aclarar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio. Naturalmente, cualquier persona tiene numerosos contactos con otra gente, los cuales se calcula que habrán de producir información, aunque ésta sea solamente las directrices referentes a cómo podrá llegar a donde desea ir.

Desde que el campo de la psiquiatría ha sido definido como el estudio de las relaciones interpersonales, y desde que se ha afirmado que ésta es una zona perfectamente valedera para la

aplicación del método científico, se ha llegado a la conclusión de que los datos referentes a la psiquiatría emergen únicamente de una observación participante.

Las actitudes de los entrevistados son también datos importantes. Pero toda emoción notable por parte del entrevistador es un lamentable incidente que puede considerarse equivalente a un problema psiquiátrico. Por ejemplo: toda curiosidad desmedida respecto a los detalles de la vida de otra persona, en especial los referentes a su vida sexual, su costumbre de ingerir bebidas alcohólicas o algo por el estilo, son parte de la entrevista.

#### ➤ Las relaciones entre el profesional y el cliente

Un experto que tiene conocimientos especializados de las relaciones interpersonales, los problemas personales, etcétera; no trafica con las satisfacciones que pueden producirle las relaciones interpersonales, y no persigue la obtención de prestigio o posición moral a los ojos de sus clientes. De acuerdo con esta definición, el psiquiatra no se interesa evidentemente por lo que el paciente pueda tener para ofrecerle, temporal o permanentemente, se muestra resistente a todo apoyo por parte del paciente para obtener prestigio, importancia y demás.

De esta manera el psiquiatra tiene que estar siempre muy al tanto de este aspecto especial del papel del experto; que concierne particular y principalmente a la información correcta, inusitadamente adecuada, y que está bloqueado por la actitud cultural, que le impide utilizar sus conocimientos para proporcionarle una satisfacción personal o para acrecentar evidentemente su prestigio o reputación a expensas del paciente. Sólo si se da cuenta de esto, puede el experto consolidar rápidamente y con razonable facilidad las relaciones entre él y el cliente.

#### ➤ La esperanza de beneficio del paciente

El paciente tiene por lo menos alguna esperanza de mejoramiento o de obtener algún beneficio personal como consecuencia de la entrevista. Esta declaración puede no resultar particularmente impresionante; sin embargo, he participado de prolongadas entrevistas que han sido muy

desagradables para el paciente, pero que terminaron de alguna manera útil para él que se dio cuenta de que había en la entrevista algo que podía favorecerlo.

Hasta donde la participación del paciente en una situación de entrevista le inspira la convicción de que el psiquiatra está aprendiendo no solamente cómo experimenta sus dificultades el paciente, sino quién es el paciente y con quién experimenta esas dificultades, la esperanza implícita de beneficio está en proceso de realización. Las preguntas son formuladas y las respuestas recibidas por una persona que no presta la menor atención a la ansiedad o la sensación de inseguridad del informante, y que no ofrece pista alguna para el significado de la información obtenida.

Estos interrogatorios unilaterales están bien para ciertos propósitos muy limitados y crudamente definidos. Por ejemplo, si uno desea acumular en quince minutos algunos indicios sobre una persona sobrevivirá probablemente o no dos años en el ejército, en todas las circunstancias que suelen presentarse en esos dos años de vida militar, entonces sí puede emplearse ese tipo de interrogatorio. Pero por el gran número de personas entrevistadas de esta manera, el porcentaje de errores en el juicio del entrevistador habrá de ser elevado.

Hasta dónde llega ese porcentaje, no ha sido determinado todavía por nadie, pues hasta las personas que deciden utilizar el interrogatorio unilateral interpretan indudablemente una buena parte de lo que sucede, además de las respuestas propiamente dichas.

Pero para propósitos de la entrevista psiquiátrica, en la cual uno está realmente tratando de apreciar los valores del entrevistado, en términos de su vivir futuro, se necesita algún tiempo, y una técnica basada simplemente en el sistema de preguntas y respuestas no resultará eficiente.

El entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo de la entrevista, que sus esperanzas de mejorarse como posiblemente lo expresará el paciente, de obtener un empleo mejor, o de alcanzar lo que le haya impulsado a buscar y obtener la entrevista, sean alentadas.

Mientras ese objetivo personal reciba apoyo, la situación de la comunicación mejora y el entrevistador llega, finalmente, a obtener datos con base en los cuales puede hacer una formulación de algún valor para el paciente en su carácter de experto y para la otra persona interesada.

Al tratar de descubrir en qué zonas el entrevistado encuentra sus dificultades de funcionamiento, el entrevistador haría muy bien en recordar que sin importar lo superior que sea una persona, hay bastante en la cultura que justifique que esa persona tenga algunas dificultades. Jamás me ha tocado experimentar la perturbación, o el privilegio, de ser consultado por una persona que no experimentan dificultad alguna, y puedo decir que, cuando parecía que ése era el caso, se demostró rápidamente que no era así.

De este modo, podemos asumir que todas las personas tienen alguna dificultad en su vivir. Creo que está decretado por nuestro mismo orden social, que ninguno de nosotros pueda hallar y mantener un modo de vida que le dé perfecta satisfacción, el debido respeto de sí mismo, etc.

El hecho de que el entrevistador se entere de dónde su cliente encuentra los dolores o dificultades en el trato con sus semejantes y para lograr sus propósitos de vida, que pertenece a la esencia misma de la entrevista psiquiátrica, significa que la otra persona tiene que lograr algo a cambio de lo que él da.

### ➤ El papel cultural del psiquiatra como experto

Lo que es aplicable al psiquiatra, o a cualquiera que actúe en el campo general de la psiquiatría, toma encuentra los aspectos prácticos de la personalidad y el vivir del ser humano.

Creo que lo que la sociedad le enseña a uno a esperar es de suma importancia. Es muy probable que la persona que llega a la entrevista psiquiátrica esperando un cierto patrón de hechos que luego no materializa no vuelva, asimismo, no se dirá cosas muy agradables sobre el entrevistador, considerando que las cosas que espera su cliente están fuera de lugar, no hace caso de esas esperanzas y presenta al cliente algo que él considera “mucho mejor”.

En otras palabras, lo que se enseña a esperar al paciente es aquello que debe lograr, o cuando menos, cualquier variación que se introduzca debe apartarse claramente de aquello, de una manera muy cuidadosamente preparada. Para ilustrar esto, digamos que una persona se presenta con la esperanza de obtener satisfacción.

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

La definición social o cultural es muy importante por cierto en las primeras etapas de una relación interpersonal. Finalmente es importante si una de las personas interesadas la pasa por alto, puesto que esto significa que la relación no será desarrollada en sentido alguno que tenga un verdadero significado. Ocurrirá algo, pero la persona que ha pasado por alto la definición cultural de la situación, no sabrá lo que ha ocurrido y el curso de los acontecimientos, desde entonces, no se adaptará particularmente a él.

El experto psiquiátrico, o cualquiera que vea un extraño con la suposición de que descubrirá lo que con él se relacione y que posiblemente le sea útil, debe prestar considerable atención a lo que tradicionalmente, en la sociedad informada, es aceptado como la función de uno, en su papel particular de experto.

El experto en psiquiatría debe tener, una comprensión poco común del campo de las relaciones interpersonales, una comprensión muy extensa, maravillosamente detallada, o ambas cosas a la vez.

Se supone que estará, familiarizado con todo lo que hacen las personas en su relación mutua, y que sabe más que su cliente sobre las relaciones interpersonales en cualquier campo de interés que pudiera ser discutido. Se supone que posee una comprensión tan poco común de la técnica de

la observación participante, que cuando habla con cualquier otra persona se entera de mucho más que lo que podía esperarse razonablemente inteligente.

Capta mucho más y está más informado respecto de lo que ocurre en sus relaciones con los demás, se espera de se demuestre su conducción de su relación con el paciente, esperanza en la cual muchos pacientes reciben un triste desengaño más de una vez.

En otras palabras, puesto que el psiquiatra es un experto en las relaciones interpersonales, no tiene nada de extraño que el paciente llegue ante el psiquiatra esperando que conduzca las cosas de tal modo que materialice los propósitos que lo han llevado al consultorio: es decir, que sus ventajas y desventajas que la vida sean correctamente apreciadas y que sus dificultades sean suavizadas a fin de que puedan convertirse en elementos remediabiles y significativos de su pasado.

El experto en psiquiatría es considerado por la definición cultural de un experto y por los rumores generales y creencias sobre la psiquiatría, perfectamente capaz de conducir con éxito una entrevista psiquiátrica. Ahora bien: esta declaración significa que la demostración en la entrevista psiquiátrica se produce, como lo dijo cierta vez Adolf Meyer, en el “aquí y ahora” de dicha entrevista.

El psiquiatra tiene la obligación de demostrar a su paciente, en términos de los rumores y creencias que prevalecen en el peldaño social particular al cual pertenece el paciente, el experto, el psiquiatra, es por lo menos, algo de lo que se espera.

El psiquiatra demuestra que hace honor al papel que de él se espera naturalmente, hasta donde esas esperanzas tengan sentido común y algún significado si el paciente experimenta. En el transcurso de la entrevista, algo que le impresione como una capacidad realmente de experto para atenderlo. Si nos detenemos a considerar a las personas a quienes llamamos “comprensivas” es decir, capaces de tratarlo a uno de manera experta se observará que todas ellas demuestran un considerable respeto hacia los psiquiatras.

Este respeto hacia el psiquiatra, que resulta tan impresionante cuando uno lo experimenta, no solamente adopta la forma general de respaldar el valor de uno como compañero en la misma habitación, sino que también es revelado por una cierta advertencia de las severas dificultades que uno puede sufrir durante la misma, así como por cierta tendencia a presentarse en auxilio de uno en aquellas ocasiones en las que nos sentiríamos mucho mejor si tuviésemos alguna información de la cual carecemos.

En otras palabras, uno es bien dirigido primeramente cuando es tratado como digno de tomarse la molestia de atenderlo, y en segundo lugar cuando la otra persona tiene clara conciencia de los disturbios en su sensación de valor personal, seguridad, etc., y es sensible a ellos mientras uno se encuentra frente a el o ella.

Así, cuando cierta pregunta va a tocar un campo referente al cual el paciente no se siente muy seguro o se muestra ansioso, el psiquiatra hace un pequeño movimiento preliminar, que indica que él está completamente al tanto de lo desagradable que va a resultar su pregunta, pero también de que la misma es absolutamente necesaria para que pueda obtener la información que precisa; en otras palabras, le brinda al paciente una pequeña advertencia, para prepararlo.

Datos pertinentes y fuera de lugar: Tanto la cultura como el orden social o sea lo que es enseñado desde la cuna en adelante pueden servir de apoyo al psiquiatra al decir que, como experto, tiene “derecho” a ciertos datos pertinentes y significativos referentes a la persona que le consulta.

Dicho de otra manera, tales datos son necesarios por la básica suposición de que el psiquiatra tiene que comprender quién es el cliente y de qué manera se han producido las cosas en su vida. Cualquier persona que “tiene derecho” a algo constituye, como es natural, una referencia sumamente complicado.

El orden social es de tal naturaleza que en su carácter de psiquiatra, indica esa premisa, el movimiento abrumador en la personalidad del cliente se inclina hacia la siguiente conclusión: se limita a suponer que los datos tienen que serle proporcionados, a fin de que le sea posible hallarle un sentido oscuros o procesos de vivir; evita toda discusión prolongada con su paciente respecto a

los orígenes de, o las razones para la suposición, que tiene que ser aceptado si el trabajo ha de progresar y tener sentido alguno. De este modo, el experto insiste en conseguir lo que tiene que saber destacando el hecho de que, sin esa información, le es imposible adivinar qué clase de persona es su cliente, o saber qué es lo que le aqueja. Con ciertos cambios en la frase, esto es aplicable también a los entrevistadores, con el propósito de decidir si una persona debe o no debe ser empleada, debe o no ser despedida, puede o no realizar tal o cual trabajo, y así sucesivamente.

El experto tiene derecho a que se le suministren los datos pertinentes y significativos, y parlo tanto se empeña en conseguirlos. Si tropieza con grandes dificultades, explica a su cliente que tan necesarias son esas informaciones, y cuando ese punto ha quedado aclarado averigua por qué no le es posible conseguirlos. Algunas veces se revelan dificultades del vivir al tratar ese punto. Por ejemplo, en los estados paranoicos se registra el más hermético secreto sobre toda clase de cosas que, a mi juicio, no tienen el menor interés para nadie que no sea el paciente. Es muy posible que el psiquiatra, mientras trata de enterarse de diversas cosas que necesita saber, tropiece con esas zonas de secreto.

El entrevistador tiene derecho también a ejercitar su habilidad para desalentar las trivialidades, impertinencias, gestos graciosos para su diversión o repeticiones de cosas que ya ha oído. Es quizá más difícil para el joven entrevistador demostrar este sentido, que insistir para conseguir las informaciones que necesita. Pero si se trata de un experto en relaciones interpersonales, es muy probable, por excelentes razones, que dude de que uno tiene todavía mucha vida por delante, y por lo tanto desea emplearla lo mejor que le sea posible.

El experto no permite a la gente que le diga cosas fuera de lugar, que solamente Dios podría adivinar cómo han ocurrido en la conversación Y de esa manera, desde su primera reunión con el paciente hasta el final o la interrupción de una entrevista o serie de entrevistas, el psiquiatra se conduce como un verdadero experto en relaciones interpersonales, que está genuinamente interesado en los problemas de su paciente.

Tiene sumo cuidado de obtener todos los detalles necesarios para evitar incomprensiones o errores, que el paciente da sin intención, a pesar de lo cual se muestra cauteloso ante cualquier aliento circunstancial, o inconsciente, en el informe y comentario del paciente.

En una entrevista psiquiátrica no hay tiempo que perder. Si el psiquiatra ve que el paciente está repitiendo cosas que ya ha dicho, ocupándose de detalles que no tienen el menor valor ilustrativo, o dejándose llevar a inconsecuencias sobre una persona remotamente relacionada con el problema que se estudia, desalentar tales movimientos, tolerando un mínimo de tiempo perdido, puesto que sabe que hay mucho, pero mucho que hacer.

En realidad esa actitud entraña una bondad hacia el paciente, puesto que le comunica que el psiquiatra parece saber lo que está haciendo y con tal esperanza en su mente observará fielmente lo que dice y hace el psiquiatra.

El psiquiatra se priva asimismo de la satisfacción de cualquier curiosidad respecto a las cuestiones en las cuales no existe razón alguna para investigar. Y se priva de eso de una manera pasiva, puesto que no pregunta, por ejemplo, qué placeres anteriores ha aprendido la persona en sus relaciones, cuando eso carece de importancia; además, se priva de eso muy activamente, al interrumpir los relatos cuando ya ha oído lo que tiene importancia para él, aun cuando tenga la seguridad de que resultaría interesantísimo escuchar el resto.

Por otra parte, el paciente aprecia profundamente esa actitud.

En primer lugar, se le evita el probable marcado disgusto de entrar en detalles que le avergüenzan. En segundo término, se da cuenta, aun cuando sólo sea después que ha abandonado el consultorio, que ‘este doctor estaba tratando de descubrir que era lo que me aquejaba. No estaba tratando de divertirse o entretenerse’.

Tal descubrimiento contribuye en forma notable a dar mayor perdurabilidad al beneficio que yo deseo que se obtenga en una entrevista psiquiátrica. Los pacientes se sienten inmensamente satisfechos al saber que el médico puede poner fin a las cosas una vez que ha conseguido lo que

desea, y que entonces puede trasladar su curiosidad, aplicándola a cualquier otra cosa que considere de importancia.

Trivialidades psiquiátricas: Hay todavía otra cosa que el entrevistador deberá evitar, y es todo comentario carente de sentido, y todo cuanto signifique oscurecer los problemas. Al mismo tiempo, evita dar su consentimiento, por medio de la ausencia de todo comentario, a decepciones o lamentables errores expresados por el paciente.

El psiquiatra evita, con el mayor cuidado, todo procedimiento que esté destinado a impresionar a su paciente, a demostrar que el psiquiatra es clarividente, o que posee omnisciencia. El psiquiatra, como cualquier otro experto entrevistador, debe haber desarrollado una cierta medida de humildad, de manera que no se sienta demasiado inclinado a obrar como si lo supiese todo y su mente lo penetrase todo con una sola mirada.

Es posible que sienta que la tarea de entrevistar es muy dura, y eso es, precisamente, lo que aconsejo a los jóvenes psiquiatras. Porque, en efecto, la tarea es, indudablemente dura.

### 2.3.3.2 La Observación

Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recogida de datos. Ahora está muy sistematizada. Se refiere a la “capacidad, indicación que se hace sobre alguien o algo; anotación o comentario que se realiza sobre un texto”.

La observación se traduce en un registro visual de lo que ocurre en el mundo real, en la evidencia empírica. Así toda observación; al igual que otros métodos o instrumentos para consignar información; requiere del sujeto que investiga la definición de los objetivos que persigue su investigación, determinar su unidad de observación, las condiciones en que asumirá la observación y las conductas que deberá registrar.

Cuando decide emplearse como instrumento para recopilar datos hay que tomar en cuenta algunas consideraciones de rigor. En primer lugar como método para recoger la información debe

planificarse a fin de reunir los requisitos de validez y confiabilidad. un segundo aspecto esta referido a su condición hábil, sistemática y poseedora de destreza en el registro de datos, diferenciado los talentos significativos de la situación y los que no tienen importancia.

Así también se requiere habilidad para establecer las condiciones de manera tal que los hechos observables se realicen en la forma más natural posible y sin influencia del investigador u otros factores de intervención. Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre). el fundamento científico de la observación reside en la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista. la observación se convierte en método o una técnica en la medida en que cumple una serie de objetivos o requisitos:

- sirve a un objetivo, previamente establecido, de investigación.
- es planificada sistemáticamente.
- es controlada previamente.
- está sujeta a comprobaciones de fiabilidad y validez.

➤ Utilización de la observación y evaluación psicológica:

Usualmente en los casos de evaluación psicológica, se planifica la observación en tres etapas: antes, durante y después de la ejecución de la prueba, siendo más riguroso el registro en el caso de las pruebas de inteligencia, principalmente si son ejecutivas, así como en las técnicas proyectivas.

en el caso de la entrevista, la observación debe registrar las reacciones ante determinados estímulos que el examinador proporciona para realizar las evaluaciones parciales de los procesos psicológicos, como por ejemplo: memoria, orientación, atención, pensamiento, lenguaje, gestos, mímica, postura y marcha entre otros; estos datos nos darán una impresión general de la persona, que conjuntamente con su apariencia general orientan las hipótesis de trabajo del examinador.

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

1. se plantea un objetivo. se especifica lo que ha de ser observado.
2. recogida de datos:
  - definir las variables a observar.
  - costo en tiempo y en gasto económico.
  - decidir el muestreo de datos.
3. análisis e interpretación de los datos recogidos.
4. elaborar conclusiones o incluso replanteamientos.
5. comunicación de los resultados: informe sobre si los hallazgos son o no relevantes.

En el caso de que la observación se complemente con la entrevista y/o la evaluación psicológica, se deberá adaptar los objetivos de observación a los objetivos de la entrevista y/o evaluación.

El investigador usando sus sentidos: la vista, la audición, el olfato, el tacto; realiza observaciones y acumula hechos que le ayudan tanto a la identificación de un problema como su posterior resolución.

### 2.3.3.3 Los Tests

Existen distintos tipos de tests, de diversas modalidades. Existen test lúdicos (que consisten en construir y jugar), test verbales (que consisten en describir, contar, responder), no verbales, gráficos (que consisten en dibujar, copiar, entre otros.). Resultaría imposible enumerar todos los tipos de test que existen pues son muchos los investigadores que permanentemente inventan o modifican pruebas diagnósticas, y los diferentes tipos clasificatorios, según se crea más conveniente. Sin embargo un grupo de pruebas ha calado fuerte entre los profesionales que suelen emplearlas, de esta manera sobre determinados resultados se puede buscar bibliografía, comparaciones de datos, investigaciones, experiencias, manuales, entre otros.

## ➤ Test Psicológico

Una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística, respecto a otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativamente, ya sea tipológicamente entre otros.

## ➤ Tipos de test psicológicos.

- Test individuales: Estos test tiene la ventaja de darle al psicólogo la posibilidad de observar de cerca al sujeto y a veces estas pruebas son más sensibles para evaluar las características especiales y se utilizan cuando la motivación del sujeto es dudosa. Sin embargo, son más costosos, porque requieren a veces de mayor tiempo para recolectar datos en una gran cantidad de sujetos y de un administrador altamente entrenado.
- Test de grupos: Se usan para recolectar rápidamente datos de una gran cantidad de personas, se aplican a un número alto de personas al mismo tiempo y en forma rápida, tienen la ventaja de permitir que gran cantidad de datos se recojan en forma rápida, son menos costosos y generalmente no requieren tanta habilidad para ser administrados. Estos tests funcionan bien, pero es difícil darse cuenta exacta del esfuerzo o motivación de cada sujeto. Estas pruebas se usan preferentemente en el área laboral.
- Test de velocidad: Estos test tienen un tiempo limitado como una variable significativa. Se espera que los sujetos hagan lo mejor posible en una cantidad de tiempo limitada.
- Test de poder: Ellos no tienen tiempo limitado, se les pide a los sujetos que hagan el mejor desempeño posible, sin preocuparse en absoluto del tiempo que se gasta. La calificación se basa en la capacidad para responder correctamente las preguntas, independiente del tiempo.
- Tests de papel y lápiz: existe una alta variedad de ellos. El sujeto recibe simplemente una prueba de papel o un folleto impreso que contiene las preguntas y marca sus respuestas de alguna manera escrita en la hoja de respuestas que se le proporciona.

- Test de desempeño: En ellos las personas a ser evaluadas deben hacer alguna actividad de manipulación, como el manejo de bloques, pinzas, manillas, montaje o ensamblaje de objetos mecánicos.
- Pruebas de lenguaje: Son pruebas que requieren del conocimiento de un idioma dado con el fin de comprender las instrucciones de la prueba o las preguntas de las mismas. El desempeño de ellas depende de la capacidad idiomática del sujeto cualquiera sea el tipo de habilidad medida.
- Pruebas no idiomáticas: son pruebas en las cuales el sujeto no requiere de habilidades lingüísticas.
- Test de logros: se han diseñado para medir lo que una persona ha logrado en determinado tiempo.
- Test escolares: Que también son de aptitud, se emplean para predecir futuros éxitos en las actividades académicas.
- Test de aptitud vocacional: Se usan para valorar los éxitos futuros en situaciones de empleo o trabajo.
- Test o pruebas de laboratorio: Se realizan en situaciones experimentales para medir distintos tipos de aptitudes, tales como mecánica, reactivas, sensorial de personalidad. Tratan de evaluar el aspecto emocional, moral, social, la capacidad para ser útil en un grupo, organizarse socialmente.
- Test de aptitud: Como las artísticas, mecánicas, reactivas y sensoriales, entre otros. No se toma en cuenta la edad del sujeto. Miden determinada aptitud comparando lo que un sujeto rinde frente a sujetos tomados universalmente.

#### ➤ Batería de test

Los psicólogos pueden combinar varios tests psicológicos diferentes en una serie y presentarlos a una persona. Los resultados de varios tests, a menudo se presentan gráficamente en un perfil de puntajes, el cual proporciona la información que se utiliza posteriormente.

➤ Forma de usar las pruebas

- Las pruebas tienen que ser traducidas y adaptadas al país, pero no se puede cambiar el fondo del test.
- Se traduce, la prueba, después se adapta, después se usa puliéndola, eliminando ítems, entre otros.
- La estandarización consiste en sacar las normas para el país.
- Las pruebas tienen que ser bien aplicadas en todos sus aspectos y el examinador debe ser idóneo.
- Se tienen que saber cabalmente y bien las instrucciones y darse a las personas examinadas, en forma clara, explicando y aclarando toda duda.
- Deben ser aplicadas en un local adecuado y cómodo, con buena iluminación, sin ruidos distractores y sin interrupciones.
- Los cuadernillos y las hojas de respuesta deben ser de fácil lectura, comprensión y marcación en caso de que se requiera lectura y ejecución individual por parte del examinado.

➤ Ventajas de las pruebas psicológicas.

- Son una muestra objetiva y estándar de la conducta.
- Cubren extensamente un área mayor de conocimientos.
- Aprecian la capacidad y la organización de las ideas, con confrontación rápida de los resultados.
- Revelan requisitos difíciles de ser apreciados.
- Tienden a estar menos sujetas a los prejuicios, ofrecen un juicio objetivo.
- Permiten reunir una gran cantidad de información sobre una persona en un período de tiempo relativamente corto.

### ➤ Aportes de la psicometría a la psicología

- A nivel teórico, la psicometría hace que surjan nuevas concepciones a partir de los factores (La inteligencia no es una sola, hay diferentes factores que la componen).
- A nivel de investigación, permite probar teorías e hipótesis.
- A nivel práctico, la psicometría sirve para solucionar problemas, orientar a las personas, para que vivan mejor.

Los tests se aplican en diferentes contextos que tienen objetivos diferentes

a) Laboral para seleccionar personas que tienen mayor potencialidad para desarrollar determinado cargo. Pero también es bueno analizar si la empresa o el cargo se adecuan a la persona. b) Clínico se utilizan para hacer diagnósticos y de esta manera tomar decisiones como: la terapia, cuál terapia, el pronóstico del paciente etc. c) Investigación.- El objetivo es poder determinar las diferencias y semejanzas entre los sujetos, dentro de grupos o cambios de un mismo sujeto. d) Educativa, se utilizan para madurez escolar, vocación etc. Los tests son una herramienta del psicólogo para el servicio de la sociedad.

### ➤ Factores que miden los test

- Personalidad: Conjunto total de las características de un sujeto, que reflejan su ajuste al ambiente e incluye carácter, temperamento y a veces aptitudes e intereses. Es importante en personalidad la conducta que se tiene en relación a los otros.
- Actitudes: forma en que una persona mira el mundo circundante. Es la organización de procesos preceptuales cognitivos y motivacionales, que resultan de la experiencia.
- Intereses: Organización de motivos que predisponen a un sujeto a prestarle atención a ciertos hechos de su ambiente más que a otros y necesariamente incluyen predisposiciones heredadas y experiencias pasadas.
- Habilidad: Potencialidad del individuo para responder.
- Eficiencia: Lo que el sujeto puede hacer en cada momento, sin preparación previa.

- Potencialidad: Reacciones que el sujeto puede aprender a hacer, si se le da la experiencia y entrenamiento necesario, pero que no es capaz de hacer en el momento.
- Capacidad: Más alto nivel de habilidad de un sujeto, que puede esperarse después de un amplio entrenamiento y experiencia. Cuánto promete la persona.
- Aptitudes: término más amplio que potencialidad, en tanto incluye la habilidad potencial, como factores de eficiencia, personalidad, temperamento e intereses.

➤ Clasificación de los tests de acuerdo al aspecto conductual que miden

- Inteligencia.
- Personalidad.
- Intereses y aptitudes.

➤ Clasificación de los tests según el método que utilizan

- Directos
- Proyectivos.

➤ Clasificación de los tests según la edad de aplicación

- Infantiles
- Adolescentes
- Adultos
- Tercera edad

➤ Clasificación de los tests según la forma de aplicación

- Individuales
- Colectivos o grupales

➤ clasificación de los tests según el material que se utiliza

- Verbales
- Escritos
- Ejecución (Cubos).

#### 2.3.3.4 Manuales de diagnóstico

➤ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de Asociación Americana de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin 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.

La edición vigente es la cuarta, DSM-IV, en su versión revisada, DSM-IV-TR. Ya se ha publicado un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV, provoca controversia entre los profesionales en cuanto a su uso diagnóstico. Su publicación está prevista para mayo de 2013. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

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

### ➤ Definición de trastorno

Según el DSM-IV-TR (la cuarta edición revisada del manual), los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No hay que olvidar que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

La definición de ludopatía o pedofilia como trastorno mental responde exclusivamente a un objetivo clínico de investigación lo cual la hace irrelevante a la hora de pronunciarse sobre el tema legal de responsabilidad penal. Esta definición no significa incapacidad mental o incompetencia ni falta de intencionalidad.

## ➤ Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE 10)

La CIE 10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO *Family of International Classifications* (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).<sup>2</sup> La lista CIE-10 tiene su origen en la Lista de causas de muerte, cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893.

La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella. La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10.

Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la CIE-10-AM en 1998; Canadá publicó su versión en el 2000, la CIE-10-CA. Alemania también tiene su propia extensión, la CIE-10-GM. En EE.UU se añadió el anexo con el sistema de clasificación de procedimientos o ICD-10-PCS.

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

Es una clasificación de enfermedades puede definirse como: Sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos.

Propósito: Permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la Comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.

Utilidad: Convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

La CIE, no es adecuada para indagar entidades clínicas individuales y es adecuada para clasificar enfermedades y otros tipos de problemas de salud, consignados en distintos tipos de registros vitales y de salud.

➤ Guía latinoamericana de diagnósticos psiquiátricos (GLADP)

La Organización Mundial de la Salud que es la responsable de la publicación de las revisiones periódicas de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados de Salud, cuyo Capítulo V (F) ha servido de base para la presente anotación latinoamericana. Muchas personas e instituciones han contribuido a este esfuerzo que ha requerido más de 8 años de discusión continuada a lo largo y ancho de la región latinoamericana. A todos ellas, nuestro reconocimiento. Los Editores. América Latina, 2003.

Tabla de Contenido  
Página  
Cuerpo de Dirección  
Introducción. Uso de la Guía Parte I. Marco Histórico y Cultural Parte II. Evaluación y Formulación Diagnóstica y Plan de Tratamiento Parte III. Clasificación de Trastornos Mentales en la GLADP A. Introducción B. Lista de Categorías Diagnósticas C. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones, criterios diagnósticos y anotaciones: F00-F09 F10-F19 F20-F29 F30-F39 F40-F48 F50-F59 F60-F69 F70-F79 F80-F89 F90-F98 Trastornos mentales orgánicos, incluyendo los sintomáticos Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, esquizofrenia, trastornos

esquizotípicos y trastornos delusivos, trastornos del humor (Afectivos), trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés, y trastornos somatomorfos, síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, retraso mental, Trastornos del desarrollo psicológico, Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en los adultos.

## 2.4 Psicoterapia

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

Existen muy diversos marcos teóricos para ello, ejemplos de ellos:

- Rediseñar la funcionalidad de las conductas (Modificación de conducta).
- La interpretación que hacemos de la realidad (Terapia cognitiva, ejemplo de terapia cognitiva es la corrección de Distorsiones cognitivas (Aaron T. Beck).
- Consejo no-directivo desde la Psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers: que según su obra se postula mediante dos teorías de la personalidad en el proceso terapéutico, en torno al sí-mismo (o *self*).

A cada una de estas concepciones, para cada una de las escuelas o corrientes, se las llama en conjunto psicoterapia. Además, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teórico-prácticas.

En España la entidad acreditadora más antigua tanto de psicoterapeutas como de programas de formación en psicoterapia es la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (F.E.A.P.). Desde esta entidad se entiende por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones del comportamiento, la adaptación al entorno, la salud psíquica y

física, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.

Por lo tanto, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-especializado, que se especifica en diversos y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas. Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza fundamentalmente verbal y persiguen la reducción o eliminación de los síntomas, a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o de los sistemas en los cuales vive inmerso el individuo.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación (llegando incluso a configurarse distintos paradigmas). Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

1. El contacto directo y personal entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
2. La calidad de relación terapéutica del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de privacidad o confidencialidad de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia (código deontológico). Por esto, la habilitación de quienes pueden ejercer la psicoterapia requiere de un proceso de entrenamiento guiado por terapeutas que cuentan con mayor tiempo de experiencia o estudios dentro del campo respectivo.

A principios del siglo XXI la relación entre el psicoterapeuta y el cliente comenzó a efectuarse a través de internet generando una nueva modalidad de intervención llamada ciberpsicoterapia.

## ➤ Escuelas y enfoques

Las distintas corrientes psicoterapéuticas se han ido desarrollando hasta la actualidad en la misma medida en que se han ido profundizando las líneas teóricas que las sustentan. En cada una de ellas existen elementos comunes que estarán descritos de manera explícita o que estarán implícitos en sus postulados iniciales. Estos pueden resumirse de la siguiente manera:

- Una cierta conceptualización del comportamiento humano normal o sano.
- Una cierta conceptualización del comportamiento humano no-normal.
- Una metodología específica para la generación de cambios.

Sin embargo, también es posible encontrar elementos diferenciadores entre una y otra escuela de psicoterapia, que se corresponden con énfasis distintos en sus conceptualizaciones iniciales, o lo que es lo mismo, diferencias de concepción de mundo que afectan los roles de los implicados en el contexto psicoterapéutico.

Esta variedad de corrientes y escuelas tiene su origen en las distintas formas de comprender la experiencia humana, la salud o enfermedad, metodología utilizada y, muy especialmente, al contexto socio-histórico de donde fue creada. En este sentido, algunas escuelas o grupo de escuelas suponen verdaderos paradigmas que no permiten mezclar las unas con las otras fácilmente. Claro ejemplo de ello (salvo algunos intentos históricos o prácticos), es la psicología conductual y el psicoanálisis de Freud, que difieren tanto en sus postulados básicos que resultan inconciliables. Sin embargo, actualmente existe terminología especializada que permite hablar del mismo fenómeno desde distintas corrientes teóricas, alcanzando así ejes comunes que permiten dar solidez al ejercicio de las psicoterapias.

Como la enumeración de diferenciaciones entre una y otra escuela de psicoterapia puede llegar a ser demasiado extensa, resulta más clarificador centrarse en las características de las grandes líneas de psicoterapia surgidas hasta hoy, y cómo estas se han ido desarrollando hasta ahora.

- Líneas modernas:
  - La línea psicoanalítica;

- La línea conductual y la cognitivo-conductual;
- La línea humanista.
  
- Líneas posmodernas:
  - Línea construccionista
  - Línea constructivista

Estas líneas o corrientes psicoterapéuticas siguen desarrollándose y definiéndose a partir de sus avances teóricos y prácticos (es decir, desde la investigación, el desarrollo teórico y la acumulación de datos clínicos). En realidad existe cierto salto entre la psicología puramente teórica y la psicología clínica, en el sentido de que la mayoría de los psicólogos clínicos suelen llevar a cabo determinadas prácticas que se encuentran enmarcadas en cada orientación teórica.

Este hecho sucede porque, como es bien conocido con independencia de la corriente psicoterapéutica, es la relación e interacción entre el psicoterapeuta y el "cliente" lo que permite explicar una parte muy importante de los efectos de la terapia. Lo cual no implica que la corriente teórica sea prescindible, sino que existe una reciprocidad entre la práctica clínica y la corriente teórica de mutuo desarrollo. De hecho, no podría ser de otro modo, ya que conforme se van haciendo explícitos los efectos que permiten optimizar la psicoterapia, estos se irán incorporando a cada una de las corrientes teóricas desde sus respectivos enfoques.

Más aún, hoy día es un momento especialmente importante, ya que los límites entre las distintas corrientes teóricas psicoterapéuticas empiezan a diluirse y, de hecho, la psicología clínica empieza a usar una serie de terminología que permite hablar de los mismos fenómenos desde distintas posturas teóricas: por ejemplo, el insight, experiencia emocional correctiva o transferencia. Son conceptos surgidos desde una sola corriente que, al evidenciarse la existencia del fenómeno, se redefine conceptualmente en cada perspectiva teórica.

Este movimiento integrador dentro de la psicoterapia pretende, más que generar modelos teóricos nuevos, integrar tanto en el plano epistemológico, teórico y técnico elementos de diferentes escuelas psicológicas. Esto puede llevarse a cabo desde distintas concepciones: integrar teorías,

eclecticismo técnico (usar las técnicas eficaces sin atender a su origen teórico) o incluso seleccionar directamente qué perspectivas son útiles para qué tipo de problemas o diagnósticos.

### ➤ Objetivos de las psicoterapias

El objetivo de la psicoterapia depende de la valoración que se haga del paciente (o cliente, o sujeto), tomando como referencia la disciplina psicológica de la que surge dicha intervención, así podemos diferenciar:

- Terapia cognitiva: modificar los esquemas de pensamiento.
- Terapia de la conducta modificar la funcionalidad de la conducta.
- Terapia cognitivo-conductual: Mezcla ambos planteamientos, ya que en sus fundamentos no son del todo contradictorios y permiten complementarse.
- Modificación de conducta: De la perspectiva de conducta surge, por un lado, la terapia de conducta aplicado al ámbito clínico y, por otro, la modificación de conducta, como objetivo se centra en otros contextos además del clínico, pero aplicando todos los conocimientos científicos, muy especialmente de la perspectiva conductual. Por ejemplo, rediseñar el ambiente laboral para promoción de la salud o prevención.
- Terapia gestáltica: Conseguir un "ajuste creativo" en la interacción entre la persona y el resto del mundo, centrándose en la experiencia.

### ➤ Eficacia de la psicoterapia

Entendiendo la psicoterapia como un conjunto de tratamientos específicos, propios del modelo médico, según la revista científica *Psicothema*, que realizó una revisión a la luz de recientes investigaciones en aquellos años.

Concluyó que tan sólo en el trastorno bipolar y esquizofrenia, la psicoterapia se ha mostrado menos eficaz que el tratamiento con psicofármacos. En todo el resto de trastornos (12 en este artículo) la psicoterapia se evidencia como el tratamiento más eficaz.

### 2.4.1 Antecedentes

La Psicología devino ciencia cuando adoptó el método por excelencia de las ciencias naturales: el método experimental. Los precursores de Wundt, el padre de la psicología por excelencia, fueron en gran medida también importantes para su nacimiento.

Estos autores son Weber con sus estudios sobre sensibilidad táctil, Bouguer con trabajos sobre los umbrales psicofísicos, o, posteriormente, Fechner. Desde otras disciplinas se cita al fisiólogo Purkyne, Helmholtz, el físico Wheatstone, el filósofo Peirce, el astrónomo Rittenhouse, el fisiólogo Donders y autores como Ebbinghaus que han sido vistos como impulsores definitivos de la disciplina.

La diversidad de disciplinas es lo importante en este origen de la psicología experimental, que considera a la filosofía y la fisiología como ramas generadoras del saber.

Según la tradición filosófica de versar sobre el alma, las facultades, el espíritu y las formas de conocimiento (gnoseología) la psicología forma parte durante mucho tiempo de la filosofía. De ella misma surgen autores que influyen en la adopción del método científico experimental de Galileo. Descartes cree que la conducta está controlada por leyes físicas.

Sus interpretaciones respecto de la mente eran más mecanicistas y materialistas, incluso teorizó sobre las conexiones entre estímulo y respuesta de forma reduccionista similar a la de los reflejos. Es de gran importancia dentro de la historia de la psicología la filosofía asociacionista-empirista de los ingleses.

Desde el siglo XVI al XIX autores como Hobbes, Locke, Berkeley, Hume, Hartley, Mill, J.S. Mill, Brown, Etc. se interesaron por cuestiones epistemológicas (origen, naturaleza y límites del conocimiento) y profundizaron en el estudio de las leyes que podrían regir el surgimiento de las ideas simples a partir de la experiencia sensorial.

Leyes de la asociación como la de la contigüidad temporal o espacial, de semejanza o contraste entre eventos, dan pie a poder hablar de cómo de ideas simples surgen otras más complejas que no tiene por auge regirse por las mismas leyes.

La idea de una mente similar a una "tabula rasa" mantenida por Locke sugiere temas como la actual discusión natura-cultura, los diversos acercamientos atomísticos frente a los holísticos (molares), la distinción entre imágenes y sensaciones, la aplicabilidad del reduccionismo fisiológico a la actividad mental o la utilidad explicativa de las leyes de asociación. Los filósofos empiristas influyeron en Titchener y en el estructuralismo así como en los acercamientos en la propia Gestalt en su concepción holista del comportamiento.

## 2.4.2 Principios de la psicoterapia

### ➤ Relación terapéutica

En primer lugar se refiere al proceso de integrar la personalidad (lo cual incluye, ayudar a los clientes a hacerse conscientes y asimilar los contenidos fijados y fragmentados de los Estados del Yo en un Ego neopsíquico integrado) a fin de desarrollar un sentido de sí mismo que disminuya la necesidad de mecanismos de defensa, y de un guión vital defensivo permitiendo reorganizar así mismo el mundo y las relaciones con un contacto pleno.

El concepto de contacto interno y externo es utilizado dentro de una perspectiva de desarrollo humano evolutivo en el cual cada fase de la vida presenta tareas específicas de desarrollo, sensibilidades únicas en la relación con, las otras personas y oportunidades especiales para nuevos aprendizajes. El término Psicoterapia Integrativa, tal y como aparece utilizado en este artículo incluye los dos significados explicados anteriormente.

### ➤ Contacto y relación

Una de las premisas más importantes de la Psicoterapia Integrativa es el hecho de que el Imperativo Biológico hace imprescindible la relación, constituyendo así una experiencia primaria y motivadora del comportamiento humano, de forma que el contacto y la conducta humana son los medios a través de los cuales dicho imperativo biológico o necesidad primaria se ve satisfecho. Nosotros hacemos un especial énfasis en la importancia del concepto de contacto, definido por la terapia Gestalt en la utilización del abanico de modalidades que acabamos de mencionar.

El contacto se produce de forma interna y externa: esto implica la plena consciencia de las sensaciones, sentimientos, necesidades, actividad sensoriomotriz, pensamientos y recuerdos que tienen lugar dentro del individuo y una toma de consciencia plena de los hechos externos tal y como son registrados por cada uno de los órganos sensoriales.

Estos cierres artificiales constituyen la base de las reacciones de supervivencia y de las decisiones de “guión” defensivo que pueden llegar a convertirse en fijaciones. Esto se hace evidente en el rechazo de los afectos en los modelos de comportamiento habituales, en las inhibiciones neurológicas dentro del cuerpo y en las creencias que limitan la espontaneidad y la flexibilidad en el ámbito de la resolución de problemas así como en las relaciones con otras personas. Cada interrupción defensiva al contacto impide la toma de consciencia.

### ➤ Investigación

En la investigación la pregunta se inicia con la premisa de que el terapeuta no conoce nada acerca de la experiencia del cliente y por lo tanto debe esforzarse continuamente por entender el significado subjetivo del comportamiento del cliente y sus procesos intrapsíquicos. El proceso de investigación implica que el terapeuta ha de estar abierto al descubrimiento de la perspectiva del cliente, mientras que el cliente descubre de manera simultánea su propio sentido de sí mismo con cada una de las preguntas o aseveraciones formuladas por el terapeuta para completar la toma de conciencia.

A través de una exploración respetuosa de la experiencia fenomenológica del cliente, éste empieza a ser consciente tanto de las necesidades relacionales arcaicas como de las actuales, así como de sus sentimientos y comportamientos. Pueden pasar a un plano consciente los afectos, los pensamientos, las fantasías y las creencias de guión defensivo, los movimientos corporales o tensiones, esperanzas y recuerdos que habían quedado fuera de la conciencia por falta de diálogo o por represión.

Este tipo de investigación requiere un interés genuino en la experiencia subjetiva del cliente y en la construcción de significados. Se procede con preguntas acerca de qué es lo que siente el cliente, cómo percibe él o ella su propio ser y a los otros (incluyendo al psicoterapeuta) y qué

significados y conclusiones extraen. Con un interrogatorio sensible nuestra experiencia es que los clientes revelarán fantasías reprimidas anteriormente y dinámicas intrapsíquicas que escapan a la consciencia.

### ➤ Sintonizar

La sintonía es un proceso que consta de dos partes: -Se inicia con empatía: es decir "siendo sensitivo con " e identificándose con las sensaciones, necesidades o sentimientos de la otra persona.-Y la comunicación de esta sensibilidad a la otra persona.

Más que solamente un entendimiento o la introspección vicaria, sintonía es un sentir al otro kinestésica y emocionalmente. Conociendo su ritmo, afectos y experiencias, estando metafóricamente en su piel, yendo así más allá de la empatía a proveer de una respuesta que "resuene" significativa y/o un afecto recíproco.

La sintonía efectiva requiere también que el terapeuta simultáneamente mantenga la conciencia de los límites entre cliente y terapeuta, tanto como de su propio proceso interno. La sintonía es facilitada por la capacidad del terapeuta para anticipar y observar el efecto de su conducta en el cliente y para descentrarlo de su propia experiencia hacia el foco más extenso del proceso del cliente.

La comunicación de la sintonía válida, las necesidades y sentimientos del cliente y pone los cimientos para la reparación de los fracasos en relaciones anteriores.

La Sintonía es transmitida no solo por lo que el terapeuta dice, sino también por movimientos faciales o corporales que señalan al cliente que sus afectos y necesidades son percibidas, son significativas y que "hacen impacto" en el terapeuta.

La sintonía se experimenta a menudo por parte del cliente cuando el terapeuta se desliza suavemente a través de las defensas que han impedido la toma de conciencia de los fracasos en las relaciones así como las necesidades y sentimientos relacionados. La sintonía facilita el contacto con partes de Estado-Niño del Yo olvidadas hace tiempo. Con el transcurso del tiempo

esto produce en una disminución de las interrupciones internas para contactar, con la correspondiente disolución de defensas externas.

La sintonía rítmica es el ajuste del proceso de la investigación terapéutica y la implicación, con el tempo y la cadencia que mejor facilite el procesamiento por parte del cliente de la información externa e interna, sobre las sensaciones, sentimientos y pensamientos.

A través de nuestra experiencia sobre el procesamiento mental del afecto vemos que a menudo tiene lugar a un nivel diferente del procesamiento cognitivo. En la presencia del afecto intenso el uso de la percepción o cognición puede ser más lento que cuando el afecto no es intenso. Por ejemplo, los componentes afectivos implicados en la vergüenza provocan a menudo que el procesamiento de información y la organización de la conducta tengan lugar con una proporción disminuida. La sintonía afectiva se refiere a una persona sintiendo el/los afecto(s) del otro, y respondiendo con un afecto recíproco. Esto comienza con la valoración del afecto de la otra persona como una forma extraordinariamente importante de comunicación humana, estando disponible para ser activado afectivamente por el otro, y respondiendo con afecto resonante.

#### ➤ Necesidades relacionales

El proceso de sintonía también incluye dar respuesta a las necesidades relacionales que emergen en la relación terapéutica. Las necesidades relacionales son las necesidades inherentes al contacto interpersonal (Erskine, 1995). No son las necesidades básicas de la vida tales como comida, aire o temperatura adecuada sino los elementos esenciales que completan la calidad de vida y el sentido de sí mismo dentro de una relación. Las necesidades relacionales son partes fundamentales de un deseo humano y universal de relaciones íntimas.

Aunque puede haber un número infinito de necesidades relacionales, las ocho descritas en este artículo representan aquellas que, de acuerdo a mi experiencia, son las que los clientes abordan en la mayoría de las ocasiones cuando hablan acerca del tema.

Otras experiencias intersubjetivas entre cliente y terapeuta pueden revelar un tipo diferente de necesidades relacionales más allá de las ocho aquí descritas, ya que no existen dos terapeutas que produzcan el mismo proceso terapéutico.

Algunas de las necesidades relacionales aquí descritas, aparecen así mismo en la bibliografía de la Psicoterapia como necesidades fijadas en la primera infancia, indicadores de psicopatología o de transferencia problemática.

### ➤ Implicación

La implicación terapéutica incluye el reconocimiento, la validación, la normalización y la presencia; y disminuye los procesos defensivos internos. El reconocimiento del cliente por parte del terapeuta empieza con la sintonía con sus afectos, sus necesidades relacionales, ritmo y nivel evolutivo de funcionamiento.

A través de la sensibilidad hacia las necesidades relacionales o expresiones fisiológicas de las emociones, el terapeuta puede guiar al cliente para que se haga consciente y exprese necesidades y sentimientos o reconozca que los sentimientos o las sensaciones físicas pueden ser a veces las memorias de situaciones y ser esta la única forma en que pueden ser recordadas y/o estar disponibles.

En muchos casos de fracasos de relaciones no fueron reconocidas las necesidades relacionales de la persona o sus sentimientos y puede ser necesario en Psicoterapia ayudar a la persona a incrementar su vocabulario y a aprender a expresar oralmente esos sentimientos y necesidades.

El reconocimiento de las sensaciones físicas, las necesidades relacionales y los afectos, ayuda al cliente a plasmar su propia experiencia fenomenológica. Eso incluye a un otro receptivo que conoce y comunica acerca de la existencia movimientos no verbales, tensionado de músculos, afectos o incluso fantasías.

De manera ocasional y elegida de forma selectiva, las confrontaciones con consideración y afecto son también parte del reconocimiento. La confrontación es, tanto para el cliente como para el terapeuta, el reconocer la existencia y luego el significado de comportamientos, interrupciones del contacto o creencias de guión.

La utilidad de la confrontación está relacionada con el descubrimiento psicológico por parte del cliente de la función psicológica del comportamiento o reacción defensiva y la validación del

terapeuta de su significación arcaica. Las confrontaciones sólo son efectivas si se hacen de forma respetuosa y sin humillación de forma que el cliente experimente que su bienestar está siendo potenciado.

Puede haber habido ocasiones en la vida de un cliente en las que los sentimientos o necesidades relacionales fueron reconocidos pero no validados.

La validación comunica al cliente que sus afectos, defensas, sensaciones físicas o patrones de conducta están relacionados con algo significativo en su experiencia. La validación establece un vínculo entre la causa y el efecto, valora la idiosincrasia individual y la forma de ser en la relación.

Así mismo disminuye la posibilidad de que el cliente desaprobe o niegue internamente la significación del afecto, de las sensaciones físicas, la memoria o los sueños. Por último, apoya al cliente en la valoración de su experiencia fenomenológica y su comunicación transferencial de la relación, terapéuticamente necesitada, incrementando por lo tanto su autoestima.

El propósito de normalización es el cambio de la forma en que los clientes u otros puedan categorizar o definir su experiencia interna, o sus tentativas conductuales desde la patología como la perspectiva de que "algo anda mal en mi", hacia una perspectiva que respete el intento arcaico de resolución de problemas. Puede ser esencial para el terapeuta oponerse a mensajes sociales o de los padres tales como "Eres un estúpido por estar asustado" con "Cualquiera estaría asustado en una situación así".

Muchos flashbacks, fantasías rocambolescas, pesadillas, así como mucha confusión, pánico y estados defensivos son normales cuando se tienen que afrontar fenómenos en situaciones anormales. Es imperativo que el terapeuta comunique que la experiencia del cliente es una reacción defensiva normal, la reacción que mucha gente tendría si se encontraran en la vida con experiencias similares.

### 2.4.3 Competencias de la psicoterapia

Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza fundamentalmente verbal y persiguen la reducción o eliminación de los síntomas, a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o de los sistemas en los cuales vive inmerso el individuo.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación, llegando incluso a configurarse distintos paradigmas. Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

1. El contacto directo y personal entre el *psicoterapeuta* y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
2. La calidad de «relación terapéutica» del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establece en esta relación hay temas significativos de privacidad, confidencialidad y cuidados específicos a tomar en la relación, que remiten a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia (Código deontológico). Por ello la habilitación de quienes pueden ejercer la psicoterapia, requiere de un proceso de entrenamiento guiado por terapeutas con más experiencia y un alto grado de formación teórica y experiencia personal

La psicoterapia tiene lugar dentro de las relaciones interpersonales y es por ello que el resultado terapéutico satisfactorio dependa de las competencias interpersonales del terapeuta como el dominio de las técnicas, tras investigar los resultados de las psicoterapias. Lambert: menciona que las competencias y características personales del terapeuta tienen más efecto en los resultados de la terapia que la orientación teórica o técnica.

La personalidad y habilidad técnica de los terapeutas están entrelazadas y que reflejan la totalidad de la personalidad del terapeuta y su experiencia profesional, las competencias que los terapeutas pueden desarrollar para potenciar la práctica de su ciencia.

Se hace un repaso de las características del terapeuta que se identifican como deseables y se dirigirá la atención a competencias concretas que los terapeutas dominen y de errores que deben evitar.

#### 2.4.4 Metas

La meta terapéutica depende del grado en que el paciente logra hacer consciente los procesos inconscientes que subyacen a la patología.

Dependiendo del tipo de terapia, el cambio se puede lograr a través de la interpretación de la transferencia o, en los enfoques de psicoterapia breve, a través del análisis de las situaciones del presente (extratransferencial)- Se estima necesario establecer un determinado tipo de relación, el cual estaría enmarcado dentro de un contexto psicoanalítico o "*setting*", el cual facilitaría o impediría el establecimiento de una neurosis transferencial.

El terapeuta debe utilizar la atención flotante para establecer una comunicación de inconsciente a inconsciente con el paciente.

En los momentos oportunos intervenir verbalmente a través de interpretaciones de lo dicho por el paciente en función de posibles contenidos inconscientes.

El analista debe procurar mantener su anonimato, adoptar una actitud neutral y relativamente distante, promover en el paciente una situación de frustración y establecer un vínculo.

Prestan especial atención a los efectos de la relación terapeuta-paciente; en el caso del terapeuta, el conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta en relación con el paciente se denomina contratransferencia.

Los psicoanalistas dinámicos conceden un papel capital a las experiencias infantiles en el desarrollo de la psicopatología.

Las experiencias negativas con los progenitores producirían un conflicto cognitivo inconsciente que sería repetido en determinadas situaciones interpersonales (transferencia). La terapia consistiría básicamente en:

- Establecer la conexión adecuada entre los síntomas y su fuente original: experiencias infantiles y las repercusiones de estas en la formación de creencias inconscientes.
- Ayudar al paciente a tomar conciencia del contexto experiencial bajo el que se formaron esas creencias inconscientes.
- Ayudar al paciente a descubrir como aplica de modo erróneo estas creencias a distintas situaciones (transferencia hacia otros y el terapeuta a partir de la experiencia con sus progenitores) y permitir que el paciente experimente alternativas a esas concepciones erróneas.

#### 2.4.5 Modelos de la psicoterapia

##### ➤ Modelo Psicodinámico

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.

Por otro lado, el terapeuta, aunque este analizado, puede experimentar reacciones emocionales hacia el paciente, que a nivel inconsciente suele reproducir los roles complementarios punitivos o satisfacción de sus progenitores, se denominan reacciones contra transferenciales. El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayudan a estar atento a estas reacciones, como le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia, y a su manejo adecuado.

Sin embargo los pacientes suelen utilizar una variedad de maniobras conscientes e inconscientes para manejar su propia ansiedad y conflicto y para evadir su trabajo terapéutico de libre asociación (Resistencias). La detección de esas maniobras y su interpretación adecuada constituye el Análisis de las Resistencias. Este último trabajo terapéutico es crucial para el desarrollo del análisis que suele desarrollarse por lo general, en el transcurso de varios años en el psicoanálisis clásico.

En las versiones breves de la terapia psicoanalítica (psicoterapias breves psicoanalíticas) se enfatiza la selección de conflictos a abordar, un rol más directivo del terapeuta, un periodo breve a veces preestablecido de sesiones, y la consecución de determinados objetivos. Estas últimas terapias por lo general reciben el rechazo absoluto de los analistas clásicos. Sus defensores sin embargo enfatizan que sus resultados y aplicación son iguales o superiores al largo proceso psicoanalítico tradicional (pie Strupp, Malan, Sifneos, etc).

### ➤ Modelo Humanístico

Básicamente el terapeuta parte de la idea de que su cliente tiene una tendencia actualizarse 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 Empatía, Consideración positiva incondicional y La Congruencia (Rogers, 1957).

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

Consideración positiva incondicional: El terapeuta brinda la oportunidad al cliente a expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su auto aceptación. Para ello le acepta sin condiciones de valor y evita corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos.

Esta actitud conlleva un aprecio hacia los sentimientos y la persona del cliente con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades.

La congruencia: Se refiere a la autenticidad del terapeuta ante su cliente particular. Para que este pueda mostrarse empático ha de ser congruente con sus propios sentimientos generados en la relación terapéutica. Tal congruencia se muestra tanto a nivel verbal como no verbal.

La terapia centrada en el cliente ha contribuido poderosamente a establecer una serie de condiciones que son necesarias en casi todas las psicoterapias, sobretodo en sus aspectos relacionales.

Se discute que sus tres condiciones básicas (empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia) sean condiciones suficientes para la psicoterapia, aunque sí parecen necesarias (Carkuff, 1979).

También es de destacar que los movientes actuales de psicoterapia (pie enfoques cognitivos constructivistas e integradores) se basan en gran parte en el enfoque experiencia expuesto por Carl Rogers (p.e Bohart, 1992; Guidano, 1993). La emoción y su experimentación se consideran básicas en el proceso de cambio de la psicoterapia efectiva.

#### ➤ Modelo conductista

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

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.

También hay que destacar que la misma Relación Terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente). Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función (Edelstein y Yoman, 1991).

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

funcional del problema en cuestión. De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan:

1. Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: La más conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de De sensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse más o menos gradualmente a las fuentes estímulares de su ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La de sensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.

2. Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas(Reforzamiento, Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, entre otros.) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas(Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos, entre otros).

3. Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora.

También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas mas conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Afectividad.

4. Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas.

Las más utilizadas son el autor registros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación- Valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por

los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos-Conductuales o conductistas cognitivos.

Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico (Pavlov, Watson), moderno (Skinner, Bandura..) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum).

Los desarrollos actuales del conductismo y la terapia de conducta se mueven entre dos polaridades más o menos extremas, los que defienden los principios conductistas más radicales (Conductismo Radical de Skinner), los que combinan principios conductistas y cognitivos (Psicólogos Cognitivos-Conductuales (Beck, Ellis) y aquellos que se consideran ajenos al conductismo, aunque conectados históricamente al mismo (Psicólogos Cognitivos-Constructivistas como Mahoney y Guidano).

Estos tres grupos a su vez suelen ser denominados en la psicoterapia como pertenecientes a la Modificación de Conducta. Aunque sus objetivos filosofías y métodos suelen ser diversos, por lo general son complementarios, al intervenir sobre distintos niveles, áreas o dominios conductuales.

### ➤ Modelo sistémico

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 centran en el tipo de secuencia problema? solución intentada y quiénes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares y el grado en que la familia está desligada o está aglutinada y otros analizaran la demanda y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia. 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, 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.

## ➤ Método Cognitivo

El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la Conceptualización a la Intervención en el caso concreto.

La conceptualización supone iniciar el proceso diagnóstico, primero general, utilizando la historia clínica y el análisis funcional (ver apartado de modelo conductual), y posteriormente, de manera más individualizada, generando las primeras hipótesis sobre la Estructura cognitiva que subyace a la presentación sintomática o patrón conductual problemático. Estas hipótesis se generan tanto por los datos más directos y conductuales como por los informes verbales y relacionales del paciente (pie evaluaciones, atribuciones, estilo y rol en la relación terapéutica, entre otros).

El terapeuta "racionalista" apuntará a detectar los supuestos o creencias disfuncionales y las distorsiones cognitivas subyacentes a la presentación sintomática, y el terapeuta "constructivista" al rango de incoherencia en la estructura subjetiva de significados, entre los afectos experimentados y como son explicados y atribuidos conscientemente por el sujeto. Una vez realizado este diagnóstico de la estructura cognitiva el terapeuta diseña la intervención terapéutica.

Los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas. Emplean procedimientos de orígenes diversos cognitivos, conductuales, sistémicos, experiencia según el caso concreto. La finalidad de los mismos es producir una modificación de los significados personales.

### A) Técnicas cognitivas:

1) Detección de pensamientos automáticos: Consiste en un entrenamiento en base a un autorregistro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.

2) Clasificación de las distorsiones cognitivas: A partir de los registros anteriores se enseña al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente al evaluar determinados eventos y sus alternativas.

3) Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos: Básicamente se trata de comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales.

Esto se hace buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones, o utilizando "diarios predictivos" donde va recogiéndose evidencia de la confirmación diaria o no de un esquema.

4) Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales: A partir de los pensamientos automáticos y siguiendo una especie de asociación a partir de ellos (cadena inferencia o flecha descendente) se hipotética los esquemas que los sustentan, que después se intentan de revisar de manera parecida a los pensamientos automáticos.

5) Uso de imágenes: El terapeuta propone al paciente el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones.

6) Disputa racional de creencias disfuncionales: Consiste en que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a favor de una exigencia, la descatastrofización del no cumplimiento de la exigencia y la diferencia entre la conducta y el auto concepto que deriva de la exigencia.

7) Técnica del rol fijo: El paciente escribe un boceto de como se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe "como si fuera tal" y compruebe los nuevos efectos.

8) Resolución de problemas: Se enseña al sujeto a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en práctica y seleccionar las mejores.

9) Inoculación al estrés: Consiste en preparar al paciente mediante instrucciones, relajación y ensayo imaginativo en el manejo de situaciones de dificultad creciente.

## B) Técnicas experienciales o emocionales

1) Auto observación con la técnica de la moviola: Consiste en el repaso imaginativo de situaciones cargadas de afecto desde una doble perspectiva, él como es vivencia emocionalmente y el cómo es explicada. Suele conllevar el uso de "*focusing*" (asociación de emociones y reacciones corporales). Se utiliza para aumentar la congruencia afectiva Cognitiva.

2) Empleo de la dramatización: Se utilizan para superar inhibiciones y desarrollar habilidades. También para adoptar empáticamente otras perspectivas alternativas. Se puede hacer de situaciones actuales, pasadas o anticipadas.

## C) Técnicas conductuales

1) Entrenamiento en habilidades sociales y afectividad: Se emplean para modificar las expectativas de auto eficacia en situaciones sociales de los pacientes desarrollando sus habilidades en este terreno.

2) Uso de la exposición con o sin relajación: Se emplea para comprobar las predicciones catastrofistas de los pacientes y sus expectativas de dominio de situaciones temidas.

3) Uso de tareas de dominio y agrado: El paciente registra el agrado y dominio de sus actividades diarias, y sobre esta base se programan experiencias que aumenten su grado de bienestar y modifiquen su visión túnel negativa. También se suele emplear conjuntamente con la "Programación de actividades" y la "Asignación gradual de tareas" que cumplen fines similares.

4) Trabajo con la familia: En determinados casos la disfunción es mantenida por la relación familiar que suele compartir unos determinados supuestos disfuncionales. En ese caso la intervención puede ser cognitiva-sistémica.

Hay que destacar que los terapeutas cognitivos prestan especial atención al manejo de la relación terapéutica y como los pacientes suelen confirmar sus esquemas disfuncionales a través de la misma (y de otras relaciones fuera de la consulta). Hay terapeutas cognitivos que resaltan el manejo de esta relación como la vía principal de intervención terapéutica (pie Sufran y Segal, 1994). Este último aspecto supone una re conceptualización desde el modelo cognitivo de las relaciones de transferencia y contratransferencia propuestas desde el psicoanálisis.

## 2.4.6 Formas de psicoterapia

### 2.4.6.1 Psicoterapias dinámicas

#### ➤ Psicoanálisis

Partir de su origen griego, el psicoanálisis busca estudiar la *psykee*, es decir, el alma. El padre de esta disciplina, el médico austríaco Sigmund Freud, busca revelar el inconsciente de los individuos y buscar las respuestas a los traumas e inhibiciones de los seres humanos. A partir de 1890 esta disciplina comienza a difundirse alrededor del mundo.

Las primeras aproximaciones que Freud tiene al psicoanálisis son en el hospital Salpêtrière de París. El neurólogo Jean Martin Charcot inducía a hipnosis a pacientes aquejados por cuadros histéricos de manera de suprimir los síntomas de este mal. Freud, junto a Joseph Breuer, notaron que las personas sometidas a la hipnosis no tenían conciencia de las experiencias que relataban, sin embargo, sí influían en su comportamiento.

A partir de esos casos clínicos, Freud esboza los primeros lineamientos de su teoría: plantea que todos los problemas estudiados en los pacientes se deben a impulsos sexuales que han sido reprimidos por ser socialmente inaceptables. Durante la terapia del psicoanálisis, lo que se busca es acceder al inconsciente del paciente de manera de llegar al origen de los conflictos del individuo.

El inconsciente es aquella información que se encuentra dormida en nuestro interior, que no tenemos conciencia de que está presente, pero que influye y determina nuestro actuar y comportamiento.

Esta búsqueda interna implica que el paciente revele su personalidad y es muy común que salga con disgusto o rabia de las sesiones ya que deberá adentrarse en aspectos de sí mismo que no le agraden. La forma de alcanzar este autoconocimiento es por medio de las interpretaciones y conexiones que el terapeuta establezca de la conversación con el paciente.

Existen diferentes maneras de que el terapeuta logre llegar a la raíz del problema de su paciente. Puede hacerlo por medio de transferencia, de asociación libre, o por medio de la interpretación del discurso del paciente.

Para éste último, el médico pone especial preocupación en la interpretación de los sueños y los actos fallidos, que son una especie de descarga del inconsciente en el consciente que Freud considera muy importante.

Como mecanismo de tratamiento de enfermedades mentales, es un método criticado. Sus detractores afirman que no tiene sustento científico y que desconoce las consideraciones bioquímicas de las enfermedades. Además, son tratamientos que pueden durar años, dependiendo de si se busca tratar un tema en específico o es un problema más general.

Este método tiene mayor vigencia en los países de habla hispana y en Europa, aunque su influencia comenzó a disminuir a mediados del siglo XX. Actualmente, se le reconoce por su valor de fomentar el autoconocimiento del individuo, más que por su capacidad de mejorar las enfermedades mentales.

### ➤ Psicoterapia breve y de emergencia

Todo terapeuta de la salud mental necesita de una herramienta importantísima en su práctica diaria, en este caso todo el conocimiento teórico y práctico posible para intervenir las crisis

psicológicas que no estamos exentos de sufrir ninguno. Se impone un reto: Conocer para transformar.

Se exponen las ideas que son trascendentales en el algoritmo de un paciente en crisis sea cual sea su causa. Para conceptuar este término se puede definir como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

A lo largo de la vida de todos los seres humanos se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado emocional tal que de no ser resuelto adecuadamente nos arrojaría a un desequilibrio total, o sea, a lo que en Psiquiatría se llama: crisis.

Una crisis es también un momento en la vida de un individuo, en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología, la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica 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.

El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Se producen por el surgimiento de dificultades en la propia evolución de la familia, las que implican trabas en la reorganización de las pautas familiares frente a cambios en el rol de algún miembro de la familia.

La intervención llevada a cabo por los profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional. La intervención terapéutica resulta tan atingente como la de un paramédico cuando procede a proporcionar soporte de vida a un herido de gravedad.

Los métodos por los cuales se auxilian a las víctimas de una crisis a lograr su recuperación son conocidos genéricamente como técnicas de intervención en crisis, y tienen un par de propósitos esenciales:

- a) Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- b) Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Existen otros enfoques útiles para el abordaje del trauma y crisis emocionales con matices distintos a intervenciones comunes, por ejemplo; los primeros auxilios emocionales o traumatología emocional y la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

### ➤ Principios de la Intervención en Crisis

**Oportunidad:** La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para enfrentarse con las circunstancias de la vida.

**Metas:** Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.

Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis. No podemos dejar de tener en cuenta los cinco componentes de los primeros auxilios emocionales:

A. Realización del contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. A si mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que paso y la reacción de la persona ante el acontecimiento, establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia.

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico, el primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

B. Analizar las dimensiones del problema: La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis. La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuando, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa.

C. Sondear las posibles soluciones: Se refiere a identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido

de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

D. Asistir en la ejecución de pasos concretos: Involucra ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

E. Seguimientos para verificar el progreso. Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

### ➤ Psicoterapia Junguiana

Para Jung, se valora la relación entre el creador y la imagen mediante la estimulación de preguntas y diálogo. La relación terapéutica no se basa en la confrontación sino que se establecen mediante el arte que actúa como un filtro o barrera. En esta situación el arte actúa como mediador entre el cliente y el terapeuta. La imagen se trata como una extensión del cliente (que de una forma metafórica lo es). Las imágenes se vinculan con el pasado mediante sucesos actuales de la vida del cliente y con el presente y el futuro mediante los arquetipos. El enfoque junguiano trabaja el arte en terapia como mediador de lo inconsciente.

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.

### ➤ Características

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.

### ➤ Psicoterapia de apoyo

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

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

Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intentan reforzar las defensas del "ego" del paciente (los mecanismos psicológicos para defenderse de la ansiedad y adaptarse). Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los estilos de vida más desadaptados.

En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.

En general, este tipo de psicoterapia suele asociarse a la prescripción y control de medicación psicotrópica, dependiendo la frecuencia de las sesiones tanto de las propias necesidades del paciente como de los recursos existentes en la propia clínica tratante.

### ➤ Descripción

Psicoterapia que tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas ya existentes y utilizarlas o extenderlas en la resolución de nuevas situaciones.

### ➤ Definición y campo de aplicación de la terapia de apoyo

El término "terapia de apoyo" se ha empleado en la literatura con dos sentidos bastante diferentes. Durante muchos años la terapia de apoyo fue caracterizada como un tratamiento indicado para los pacientes más trastornados ellos que deben ser instruidos, tranquilizados y apoyados por una persona fuerte que no estaban capacitados para recibir una terapia intensiva cual se consideraba, de forma casi universal, como el tratamiento adecuado para cualquiera que fuese lo suficientemente inteligente e íntegro como para participar en él. Esto último ha sido denominado de forma diversa: terapia orientada psicodinámicamente, terapia psicodinámica, terapia exploradora y terapia expresiva, término éste que será el que emplee.

En los estudios sobre los agentes psicofarmacológicos, se menciona a menudo la terapia de apoyo. En este contexto, el término parece referirse a medidas estimulantes vagas y poco específicas. La segunda definición de terapia de apoyo, desarrollada en años recientes, describe una aproximación orientada psicoanalíticamente que es adecuada para una amplia variedad de problemas casos. La terapia de apoyo difiere del tratamiento exploratorio o expresivo en importantes consideraciones técnicas.

El estilo es dialogado. La relación paciente-terapeuta es de una naturaleza real y generalmente no se analiza. Normalmente se apoyan las defensas, a menos que sean desadaptativas. La adquisición del insight no conforma un objetivo importante. Se realizan esfuerzos para minimizar

la frustración y la ansiedad en la terapia, aunque no siempre sea posible evitar totalmente la incomodidad.

La terapia de apoyo emplea medidas directas para reducir los síntomas para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del ego y/o habilidades adaptativas. La autoestima implica la sensación de eficacia, confianza, esperanza y auto-respeto.

Las habilidades adaptativas son acciones vinculadas con un funcionamiento efectivo. El límite entre las funciones egoicas y las habilidades adaptativas no está definido de forma concisa. La evaluación de los eventos, por parte del paciente, conforma una función del ego; la acción que emprende con base a dicha una evaluación constituye una habilidad adaptativa.

El tradicional y monolítico modelo de la psicoterapia psicoanalítico ha enseñado a los alumnos que "¡esta es la única manera de hacer psicoterapia!". Las técnicas descritas en este volumen no se muestran como la única forma en la que puede desarrollarse toda psicoterapia, sino que son técnicas a emplear cuando se desea desempeñar un papel de apoyo en la psicoterapia.

#### ➤ Psicoterapia de apoyo

Se enfoca en el aquí y ahora, la situación presente, se busca establecer una relación terapéutica que ayude al individuo en momentos de transición y le sirva de apoyo para procesos de tipo adaptativo, aunque también esta indicada en trastornos del afecto tales como la depresión, ansiedad y personas a las que por alguna razón no es posible llevar un proceso psicoterapéutico diferente.

#### ➤ Psicoterapia de tiempo limitado

La Psicoterapia Breve es una terapia de tiempo limitado, y centrada en un foco. Estas son las dos características esenciales que la diferencian de otras terapias.

Tiempo: Tradicionalmente se considera que la duración normal de una terapia dinámica breve es de 1 a 24 sesiones, aunque en casos excepcionales puede prolongarse. Más que el número de

sesiones, lo que define la terapia breve es la actitud de tiempo limitado por parte del terapeuta y del paciente y la importancia de la relación coste-efectividad.

El foco es un objetivo delimitado que mantiene centrados en la meta tanto al terapeuta como al cliente-paciente. Se define por mutuo acuerdo y sirve como brújula para que la terapia no se centre en la superficie, o se eternice buceando en las profundidades del yo.

Además, resulta muy útil para valorar los avances conseguidos y para fijar adecuadamente el momento de finalización de la terapia, una vez conseguidos los objetivos previstos.

El objetivo de esta terapia es ayudar al paciente a superar sus propios patrones problemáticos mediante nuevas experiencias y formas de entender la vida: Se trata de modificar la forma en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. No se centra en la reducción de síntomas (aunque por supuesto se produce) sino en el cambio de patrones y esquemas.

La Psicoterapia Breve promueve un mayor crecimiento y desarrollo de la mente al liberar las energías y aptitudes que hasta el momento permanecían ligadas a los conflictos. Una vez liberada, esta energía puede ser reutilizada para el adecuado y satisfactorio desenvolvimiento de la personalidad, para disfrutar de la vida de forma positiva y sostenible.

El terapeuta breve es más activo y directivo y por lo tanto menos neutral que aquellos que trabajan de manera prolongada. Utiliza técnicas cognitivas, conductuales, emocionales y analíticas, entre otras, tratando de cambiar el modo en que el paciente piensa sobre sus problemas y los métodos que utiliza para resolverlos.

Existe un criterio diagnóstico y de pacientes que permite elegir y recomendar esta técnica como método preferencial a otras alternativas.

Cualquier paciente, independientemente del diagnóstico, puede responder bien al tratamiento breve con una combinación adecuada paciente-terapeuta y una correcta elección de la modalidad breve.

## 2.4.6.2 Terapia Conductista

### ➤ Terapia racional emotiva

La Terapia Racional Emotiva Conductual, cuyo acrónimo es TREC (REBT, por sus siglas en inglés), es una psicoterapia progresión de la Terapia Racional y la Terapia Racional Emotiva creada, modificada y ampliada por el psicólogo estadounidense Albert Ellis desde el año 1955 hasta su muerte en 2007. Se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, filosófico y empírico, representado por la secuencia Ha-B-C, encaminada a la reestructuración cognitiva. Es frecuentemente comparada e incluso complementada con la Terapia de Comportamiento Cognitivo (TCC) creada por Aaron T. Beck, otro teórico importante terapia cognitiva.

Comenzó a desarrollar su modelo psicoterapéutico desde 1955, siendo, por tanto, un pionero del cognitivismo. Su forma de trabajar guardaba similitudes con la de Beck y actualmente existen muchas subcorrientes, variantes y escuelas que han utilizado los principios terapéuticos propuestos por ambos autores.[2] Hoy en día la TREC de Ellis es seguida con un modelo que ha superado algunas de sus concepciones originales, ha incorporado una visión constructivista y adoptado nuevos recursos.

Ellis centró su teoría en la sencilla frase atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: “Las cosas en sí no atormentan a los hombres, sino las opiniones que tienen de ellas”.

Concepción psicopatológica El modelo básico de encuadre psicopatológico y clínico se sirve del modelo A-B-C. Tras un acontecimiento activador, suceso o situación (llamado momento A), se da lugar el desarrollo de un sistema de creencias (B, por "*Beliefs*", creencias en Inglés), a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones. Las perturbaciones emocionales pueden ser causadas por creencias, valoraciones y demandas inflexibles llamadas creencias irracionales que derivaran en emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas.

Exigencias absolutistas. Además de creencias irracionales que pueda tener el consultante, las personas emocionalmente perturbadas se traban en demandas rígidas y absolutistas, que no pueden más que crear necesidades falsas y perturbantes.

Su concepto humanista de "autoaceptación", basado en calificar a nuestras conductas pero nunca a nosotros como personas. Aunque las conductas pueden ser correctas o erróneas, no se modifica la valía de los seres humanos.

Aunque se sugeriré inicialmente un abordaje científico consistente en la discusión empírica, pragmática y lógica, se suman a éste otros abordajes emotivos y conductuales acordes con las características y necesidades de cada paciente.

Distorsiones cognitivas relacionadas con lo anterior, como se mencionó, están las distorsiones cognitivas, que son hábitos de pensamiento falaces, que producen creencias irracionales y que, por tanto, perturban emocionalmente al individuo y lo disponen a conductas riesgosas por ejemplo, sexo inseguro, o bien recaer en conductas adictivas, como un adicto al alcohol que llega a pensar generalmente para qué habré nacido, es sólo un trago, o esto es una mierda, mi vida no sirve.

Entre ellas están el pensamiento emocional, la personalización, o la condenación la evaluación global de un ser humano, atribuyendo una mala esencia a una persona que, como todos, tiene sus altas y bajas, sus momentos de sentirse bien y los de frustración.

En muchos casos, son un intento de autoprotección o autorregulación ante estímulos adversos estrategias de afrontamiento, que, sin embargo, no proveen una protección real al individuo; esto ocurre por que se pretende actuar casi del mismo modo ante situaciones que se perciben como amenazas reales, pero que están lejos de serlo.

Terapia racional emotiva conductual en niños y adolescentes. Los terapeutas racional emotivos, al intervenir con los más jóvenes, procuran tomar en cuenta las tareas de desarrollo de sus clientes tanto para la evaluación como para la intervención. Sus técnicas, en lugar de ser sólo modificaciones de diálogo socrático, incluyen actividades y métodos emocionales, cognitivas y

conductuales diseñadas dentro de la clínica, de tal manera que se considera una vertiente terapéutica ajustada a estas poblaciones.

Ha habido reportes preliminares de éxito y su uso se está extendiendo entre los clínicos, no obstante la necesidad de más estudios de resultado. Parte de la terapia se relaciona con los padres, puesto que son modelos de rol y agentes de reforzamiento. Se utiliza ensayo conductual y desempeño de roles, entrenamiento autoinstruccional, fotocopias con dibujos llamativos o caricaturescos ilustrando conceptos racional-emotivos, "pensar en voz alta", etc.

#### ➤ Modificación de la conducta

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la

#### ➤ Caracterización de la modificación de conducta

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

a) La fundamentación en la psicología experimental

b) La aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal)

c) La insistencia en la evaluación objetiva

d) El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

De todas estas características cabría destacar como definitorias la fundamentación de los métodos empleados en la investigación psicológica controlada, así como en énfasis en la evaluación objetiva de las intervenciones.

En el presente y en el desarrollo histórico de la modificación de conducta podemos distinguir cuatro principales orientaciones:

- El análisis conductual aplicado.
- La conductista mediacional.
- El aprendizaje social.
- El cognitivo-conductual.
- Orientaciones actuales en modificación de conducta

Análisis conductual aplicado: se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante.

Las principales características de este enfoque son:

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

Orientación conductual mediacional: también se le denomina enfoque E-R neoconductista o mediacional, por el énfasis que pone en las variables intermedias o constructos hipotéticos en la explicación de la conducta.

Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

1. Se da una especial importancia a los constructos hipotéticos.
  2. Los procesos cognitivos tales como imágenes, la mediación verbal u otros semejantes se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
  3. El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad, obsesiones, agorafobias, trastornos sexuales y otros trastornos.
  4. Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en el condicionamiento clásico.
- 3) Orientaciones basadas en el aprendizaje social: esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio.

Las características fundamentales de esta orientación son las siguientes:

1. La regulación de la conducta depende de tres sistemas: a) los estímulos externos que afectan a la conducta., b) las consecuencias de la conducta y c) los procesos cognitivos mediacionales.
2. La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de aquél y/o variables del sujeto.
3. El énfasis en el constructo de autoeficacia, que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar la conducta necesaria para obtener un resultado deseado.
4. El énfasis en la autoregulación y autocontrol.

5. En relación a las técnicas empleadas integra los métodos basados en el condicionamiento clásico y operante con el aprendizaje vicario y los métodos de autorregulación.

6) Orientación cognitivo-conductual: esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

1. El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
4. Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

### ➤ Terapia Cognitiva

Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente, denominados por la Terapia Conductista "caja negra". Si bien puede parecer un punto de vista extremo, la versión más radical es actualmente rechazada, sin embargo a partir de esos primeros intentos ha surgido un cuerpo importante de conocimiento científico; por ejemplo en torno al proceso cognitivo del estrés, el razonamiento y psicobiología.

Surgió en los 50 a partir de diversos cambios sociales y científicos, entre ellos la concepción de la mente como un procesador de información, a raíz de la teoría de la comunicación y la informática. De hecho, una parte importante de la psicología cognitiva estudia el proceso mental mediante simulaciones informáticas e investigación centrada en la inteligencia artificial.

Regularmente se habla de una diferencia entre la terapia cognitiva y la cognitivo-conductual según el nivel de inferencia y enfoque teórico de partida, ya sea de la conducta o la cognición. El enfoque cognitivo clásico considera que dentro del proceso de pensamiento se pueden localizar explicaciones sobre la conducta. Desde el enfoque conductual la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos intrapsíquicos.

Se mantienen por tantos distintos axiomas de partida. Sin embargo la visión del enfoque cognitivo-conductual identifica una estrecha relación entre comportamiento y cognición (por lo que importa técnicas conductuales para modificar patrones emocionales y de pensamiento). Pretende así, superar la visión asociacionista del estímulo-respuesta, por un proceso mental de significación y creación de reglas. Parte del supuesto que tanto los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes.

Por otra parte, también suele referirse a la terapia cognitiva como la aplicación de la psicología cognitiva, al mantener una concepción psicológica centrada en los procesos mentales (como el razonamiento, memoria y atención) y desde un punto de vista intrapsíquico (entendiendo que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras). Es por tanto, aparentemente incompatible con la visión conductista, que no se centra en el proceso mental.

La principal diferencia de ambas escuelas radica en la concepción teórica de la mente, aunque puedan realizar técnicas similares (por ejemplo Albert Bandura con su Teoría del Aprendizaje Social o Aaron T. Beck con su famosa Terapia Cognitiva. Incluso la reestructuración cognitiva ha sido investigada desde la terapia de conducta con importantes aportaciones teóricas y prácticas, entendiéndola como el moldeamiento de la conducta verbal.

El proceso psicoterapéutico que experimentará el sujeto puede tomar muy distintas formas según las necesidades reconocidas por el psicoterapeuta y el proceso metodológico. Estas psicoterapias no son "técnicas", sino ciencia aplicada, por lo que suelen constar de un método más o menos definido para lograr unos objetivos según su enfoque teórico de partida.

Existen distintas psicoterapias cognitivas: las más conocidas son (con sus respectivas variantes para cada psicopatología) la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck, centrada en los "pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas"), y la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis, centrada principalmente en las "creencias irracionales". También existe un conjunto de técnicas, estrategias terapéuticas y metodología propias de estas psicoterapias, que procuran ajustarse al método científico de sujeto único (N=1). El principal método terapéutico empleado por Beck es el "Empirismo Colaborativo", en cambio, Ellis utiliza como principal herramienta terapéutica el Diálogo o Debate Socrático, el cual se encuentra apoyado en el Racionalismo.

Un gran conjunto de síntomas clínicos pueden ser explicados a través de la cognición, por ejemplo el estrés psicosocial, la depresión, la ansiedad social, las fobias específicas, los trastornos de adaptación, los trastornos de personalidad, entre otros.

La funcionalidad es un concepto más bien cognitivo-conductual, ya que refiere al análisis funcional de la conducta. El análisis funcional cuenta con antecedentes en otras ciencias; por ejemplo, en la física y matemáticas para evadir discursos filosóficos de causalidad o desde la biología y economía para entender la utilidad o función dentro de un sistema. Ambos de estos antecedentes acontecen cuando se habla de funcionalidad en psicología.

Terapia cognitiva para la depresión existen sesgos cognitivos demostrados empíricamente, entre ellos suelen encontrarse algunos prototípicos en la depresión, conocidos como tríada cognitiva. Paralelamente, experimentos con perros evidenciaron la indefensión aprendida. Este modelo cognitivo consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración.

Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

### ➤ Psicoterapia grupal

La psicología grupal implica que varias personas se encuentren en un clima de escucha, respeto y ausencia de críticas, dispuestas a compartir la experiencia de relatar y pensar su malestar en compañía.

En principio, participar de una terapia grupal genera temores y ansiedades en relación a la situación desconocida con personas que nunca se vio, sin embargo, después de los primeros encuentros se produce un incremento de la confianza, de las posibilidades de conocer emociones o sentimientos que se producen en uno y que son difíciles de observar.

El grupo se termina convirtiendo en un lugar “seguro”, un lugar que proporciona sentimientos de pertenencia.

## ➤ Características

Tener capacidad de espera: la falta de capacidad de espera suele tener directa relación con la permanencia de las situaciones conflictivas. Tener paciencia: ciencia de la paz. El fenómeno grupal aumenta esta capacidad automáticamente, naturalmente

Poder hablar y escuchar a los otros del grupo, para que el conflicto haga “eco” en los puntos conflictivos propios y así poder enriquecerse. Escuchar nos abre a su vez a escucharnos, una de las imposibilidades que nos hizo tomar direcciones “incomodas”.

•Saber que lo que va a pasar en el grupo, es lo que nos pasa en la vida: la diferencia es que en un fenómeno de psicología grupal, “algo se va a poder hacer con esto”, en el sentido de observar y diferenciarse de las identificaciones y conductas que nos llevan a las situaciones que vivimos en la vida.

Los terapeutas participan facilitando el desenvolvimiento del fenómeno grupal, brindando información si es necesario, señalando alguna emoción o pensamiento “latente”, con intervenciones que faciliten “la escucha de lo que está ocurriendo”, interpretando cuando en un tema se depositan más significados que los que tiene, relacionando experiencias y sensaciones que se generan en los integrantes del grupo, o en la persona misma del psicólogo.

No se pretenden dar consejos, sugerir conductas. La idea es que esto es recomendable que cada persona lo encuentre por sí mismo dentro suyo: se trata de tener una vivencia, no un diálogo o debate.

Antes de que el consultante participe en un grupo, se realizan entrevistas individuales con el fin de orientar cuál es el tipo de terapia recomendada, conocer la problemática del consultante y que el consultante conozca y establezca un vínculo con el terapeuta.

Funcionamiento de la terapia grupal: son uno o dos encuentros semanales de 90 minutos de duración (en general). Una de las consignas más empleada es: 'hablen de lo que se les ocurra, de

lo que gusten, deseen o necesiten, aunque piensen que no es importante o les resulta ridículo'. De esta manera surgen fácilmente los temas que son necesarios abordar.

Si nos detenemos a pensar, todos nos hemos criado en grupos, en la familia, en la escuela, trabajadores o ciudadanos. Nos desarrollamos como seres humanos en ambientes grupales.

Breve reseña de algunos enfoques grupales. Existen distintas técnicas de terapia grupal. Prácticamente cada escuela de psicología individual ha desarrollado un modo de intervención grupal.

Es importante, por otro lado, establecer claramente los criterios de conformación de los grupos y sus funciones: edad, sexo y problemática de las personas, los procesos particulares que se preponderan en la terapia grupal, los estilos de dirección, marco teórico, objetivos terapéuticos (grupos de apoyo, autoayuda, terapéuticos, entre otros).

Los grupos se organizan de acuerdo a los criterios que se mencionan:

Grupos para desarrollar potencialidades, como por ejemplo los grupos de encuentro, de formación, de sensibilización. Grupos para personas con molestias, padecimientos (terapia grupal).

Se busca relacionar a las personas con temáticas similares para aumentar la “resonancia interior” de los discursos de los demás, ya que es más probable que los temas de los demás “hagan eco” en uno mismo. Grupos directivos o de autoayuda organizados para una tarea concreta como por ejemplo dejar de fumar, o dejar de comer.

Beneficios terapéuticos de la psicología grupal

1. Satisfacer sentimientos de pertenencia. La información que la persona recibe en el grupo es mucho más que la que puede recibir de un terapeuta (porque en la entrevista individual solo se encuentra el y el consultante): los restantes miembros enriquecen la vivencia.
2. Facilitar el enriquecimiento de recursos para afrontar las distintas situaciones de la vida.

3. Como la identidad esta determinada por los procesos identificatorios y el lugar relacional ocupado en relación a los otros, el fenómeno grupal permite la construcción y consolidación de la misma.
4. Potencia las posibilidades y habilidades para lograr el propósito perseguido
5. Promueve el intercambio de normas, valores y reglas. El grupo facilita el logro de una cosmovisión y universalidad en relación a la apreciación de los problemas, lo que permite que los sujetos estén menos centrados en si mismos y dejen de verse como “victimas”.
6. Permite el desarrollo afectivo y emocional al facilitar la construcción de lazos sociales.
7. Favorece el cuestionamiento personal de actitudes estereotipadas o creencias ilusorias.
8. Permite poner en palabras situaciones vividas permitiendo su desmitificación, quitándoles la connotación de trágicas.
9. Se descubren obstáculos autoimpuestos elaborando miedos y dudas.

Algunos opinan que la psicología grupal es una experiencia más real y enriquecedora para el consultante que la terapia individual: se estaría menos expuesto a las irracionalidades del inconsciente y se fomenta más la realidad social

#### 2.4.6.3 Terapia Humanística

##### ➤ Terapia centrada en el cliente

Se puede llegar a ubicar a Rogers como escuela de psicología, pero es muy difícil encuadrarlo, porque esta sería una escuela basada en la práctica. Esta teoría a cobrado diferentes maneras de llamarla: “La inspiración no directiva” “psicoterapia centrada en el cliente” “psicoterapia de persona a persona”.

Rogers llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista a la realidad (valga la redundancia) no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural.

El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad. El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en si mismo descubriendo los propios valores.

Ya el niño posee un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia “actualizante” dirige el desarrollo del cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers no es solo para preservar la vida sino que es un mecanismo que tiende a la superación. Por lo tanto se basa en la idea de una potencialidad inherente a crecer (tanto en el orden personal como filogenético de la especie).

Otro de los postulados básicos de Rogers es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo. A medida que el individuo desarrolla sus necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que llevan a la persona a la búsqueda de satisfacciones de necesidades.

Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de si mismo. Entonces el yo se

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

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

### ➤ Terapia gestáltica

La terapia Gestalt es una terapia que tiene como objetivo, además de ayudar al paciente a sobreponerse a síntomas, de 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.

Pertenece así, a la psicología humanista (o Tercera Fuerza), la cual se caracteriza por no estar enfocada exclusivamente a tratar a enfermos y las psicopatologías, sino también para desarrollar el potencial humano.

Bases teóricas y filosóficas Entre sus inspiraciones teóricas y filosóficas, se encuentran los trabajos de Freud, Wilhelm Reich, Otto Rank (el aquí-y-ahora) y Husserl el fundador de la fenomenología, el existencialismo y el pragmatismo, sobre todo influenciado por William James y John Dewey.

Los trabajos de Martin Buber sobre el Ich und Du (Yo y Tú) y Jan Smuts, en su libro Holism and Evolution (1926), además de acuñar el propio término holismo, aportaron las bases sobre las cuales se construyó la Terapia Gestalt, junto con las teorías de Kurt Lewin (la teoría del campo) y de su ayudante, Bluma Zeigarnik (por sus trabajos sobre los asuntos inconclusos).

Asimismo, el matrimonio Perls se conoció mientras ambos trabajaban para Kurt Goldstein en el departamento de neurobiología del hospital para los veteranos de la guerra de Berlín.

Durante los setenta y ochenta, los centros de entrenamiento en psicoterapia Gestalt se esparcieron globalmente, aunque en su mayoría no estaban alineados con centros académicos formales. Mientras la revolución cognitiva eclipsó la terapia Gestalt en la psicología, muchos pensaron que ella era anacrónica. En manos de sus practicantes, esta terapia se convirtió en una disciplina aplicada en los campos de la psicoterapia, desarrollo organizacional, acción social y eventualmente *coaching*.

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

Fundamentos de la terapia Gestalt. A diferencia de otros enfoques, 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 siente y 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 acompaña y le ayuda para que lo consiga, haciendo más bien una función de observador externo y no tanto de el que cura.

Enfoque gestáltico. El enfoque gestáltico descansa sobre una serie de premisas:

El ser humano no percibe las cosas como entidades aisladas sino que las organiza en entidades significativas. Es la organización de hechos, percepciones, conductas y fenómenos y no los

elementos individuales de los cuales se componen, lo que los define y les da su significado específico y particular.

Toda la vida y el comportamiento humanos son gobernados por un proceso de homeostasis o adaptación mediante el cual todo organismo busca su equilibrio y satisface sus necesidades. Cuando el proceso de autorregulación homeostática falla, el organismo permanece en estado de desequilibrio. Entonces es incapaz de satisfacer sus necesidades y se enferma.

El ser humano es un organismo unificado (concepto holístico), por lo tanto debemos tratar al hombre en su totalidad. Actividad mental y actividad física son dos niveles que corresponden a órdenes diferentes de materia y no a una división mente-cuerpo. La fantasía es la actividad interna utilizadora de símbolos. Cada generación hereda las fantasías de las generaciones anteriores acumulando mayor conocimiento y entendimiento.

El comportamiento se manifiesta tanto en el nivel aparente de la actividad física como en el nivel inaparente de la actividad mental. Pensamientos y acciones son hechos del mismo material y por eso podemos trasponerlos de un nivel a otro en un campo unificado.

Ni el cliente ni el terapeuta están limitados a lo que dice o piensa el cliente sino que deben también tomar en cuenta lo que hace. Lo que hace en un momento dado, es una clave de lo que piensa y lo que piensa es una clave de lo que le gusta hacer. Por medio de la experiencia de sí mismo en los tres niveles del fantasear, el representar roles y el hacer, el cliente irá llegando a un entendimiento de sí mismo.

Ningún individuo es autosuficiente, es decir, puede existir únicamente en un campo compuesto por él y su entorno. La naturaleza de la relación entre el individuo y su entorno determinan su conducta. Si la relación es satisfactoria, el individuo se siente satisfecho, si la relación es conflictiva, el comportamiento es anormal.

El enfoque gestáltico considera al individuo como una función del campo organismo/entorno y su conducta como un reflejo de sus relaciones dentro de ese campo. La vida humana es una interacción entre ambos campos, el individuo y su entorno, en el marco de cambios continuos.

Para sobrevivir, el individuo tiene que cambiar constantemente. Cuando se hace incapaz de alterar sus técnicas de interacción se enferma.

El neurótico ha perdido la capacidad de organizar su comportamiento de acuerdo a una jerarquía indispensable de necesidades y no puede concentrarse. Tiene que aprender a indentificar sus necesidades y a quedarse en una situación el tiempo suficiente como para completar la gestalt, restaurar su equilibrio perturbado y seguir adelante.

Los seres humanos sienten una necesidad de realizar rituales, una necesidad de contacto con un grupo como expresión de su sentido de identificación social. El ritual hace más clara la gestalt, brinda orden, firma y objetivos. El ser humano necesita el contacto con los otros. Las perturbaciones neuróticas surgen de la incapacidad del individuo de encontrar un balance entre el sí mismo y el resto del mundo.

El darse cuenta siempre transcurre en el presente, el «aquí-y-ahora». El objetivo de la terapia es darle al cliente los medios para que pueda resolver sus problemas actuales y los que puedan surgir en el futuro. Si logra darse cuenta plenamente de sí mismo y de sus acciones en todos sus niveles - fantasía, verbal y físico - podrá ver como él mismo produce sus propias dificultades y, al reconocerlas, podrá ayudarse a resolverlas. El darse cuenta le da al cliente el sentido de sus propias capacidades y de sus habilidades.

La gestalt, en cuanto terapia tiene el objetivo de aumentar el autoapoyo, en base a aumentar la conciencia del individuo en la responsabilidad que tiene en su propio bienestar. Esta actividad terapéutica se articula en torno a dos formas esenciales de trabajo:

El cierre de situaciones inconclusas del pasado gestalt abierta, en las que la persona se quedó bloqueado, debido a la interrupción del proceso natural de contacto y retiro.

Aumentar la conciencia de sí mismo, en las distintas áreas de percepción del sí mismo: las sensaciones, los pensamientos y los sentimientos. De este modo se logra incrementar la responsabilidad o capacidad de respuesta del individuo ante sus necesidades y la realidad circundante actual.

Se basa en:

El darse cuenta en que el paciente se da cuenta a través de un insight de lo que está sintiendo, pensando o haciendo. Para cambiar una conducta es imprescindible tomar plena consciencia de cuál es la función que cumple en la vida de la persona.

El aquí y ahora: vivir y sentir la realidad del presente de la persona, sin adjetivos. Para ello durante la terapia frecuentemente se recurre a la consciencia del propio cuerpo.

Poner en evidencia la interacción entre los mecanismos neuróticos de la introyección y la proyección.

Es fundamental para la terapia el uso de la primera persona: el paciente necesita tomar consciencia de sí, sin ocultarse usando la segunda persona (el it, en el lenguaje de Perls), o incluso un sujeto colectivo. Por ejemplo, es habitual que las personas digan "cuando tienes un jefe maltratador, te dan ganas de dejar el trabajo", en lugar de decir "tengo un jefe maltratador y me dan ganas de dejar el trabajo". También al decir «los jóvenes bebemos mucho» en vez de «yo bebo mucho» se hace uso del plural, y por lo tanto se evita tomar consciencia de la responsabilidad personal (confluencia), confundiendo a la persona en medio del grupo.

El trabajo en terapia Gestalt está fundamentado en el lenguaje no verbal, es decir, el lenguaje corporal y el tono de voz. Frecuentemente, el lenguaje verbal da una información que contradice su expresión corporal. En ocasiones, el paciente trata de justificarse con abundante cantidad de información que le descontacta con la realidad. Cuando hace aparición esta forma inconsciente de controlar la terapia, el terapeuta Gestalt vuelve a conectar al paciente con su cuerpo.

La técnica ha sido comúnmente asociado con la práctica de la terapia Gestalt, consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar en el lugar del cliente con el rol que le pertenece a él mismo.) es el elemento básico para el trabajo terapéutico en este enfoque. Consiste básicamente en poner en evidencia el diálogo interno de la persona.

En dicho diálogo se enfrentan, en términos de Perls, el «perro de arriba» y el «perro de abajo»; es decir, todo aquello por lo que nos sentimos oprimidos (a raíz de los introyectos) y el rol con el que nos hemos identificado como víctimas (perro de abajo). En la práctica dicho perro de arriba puede estar representado por el padre, la madre, el jefe, los amigos, la pareja, etc.

Durante la terapia con la silla caliente el paciente va pasando de una silla a otra, representando cada uno de los roles y expresando sus emociones, de tal suerte que, esté donde esté, todas las ideas y sentimientos son del propio paciente. De esa forma se logra el principal objetivo de la silla, que es la recogida de la proyección y el cierre de la situación.

### ➤ 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 a partir de los años 1950 en Estados Unidos, quien lo divulgó con su libro *Juegos en que participamos*. Actualmente el análisis transaccional se encuentra en un momento de cambios con respecto de algunos de sus paradigmas. Sin embargo la práctica del método sigue persiguiendo la eficacia de cara a que el cliente pueda cambiar sentimientos, pensamientos y comportamiento.

La Psicoterapia del análisis transaccional es reconocida como un método científico para el tratamiento de trastornos psiquiátricos en Suiza y en Austria, dos países con una alta cultura en tratamiento de trastornos psiquiátricos.

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, se ha señalado su debilidad epistémica y sus constantes analogías con el psicoanálisis freudiano le han dificultado ser plenamente considerada 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 individualizarnos 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 guion 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 guion, 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.

El Análisis transaccional no es solo considerado post Freudiano sino, de acuerdo con los deseos de su fundador, conscientemente extra Freudiano. Esto es, aunque tiene sus raíces en el psicoanálisis, debido a que Berne fue un psiquiatra entrenado en psicoanálisis, fue diseñado como una rama discrepante del psicoanálisis pues tiene su énfasis en el análisis de las transacciones, en lugar del análisis de la psique.

Con su foco en las transacciones, el Análisis Transaccional movió la atención de la dinámica psicológica interna a la contenida en las interacciones de las personas. En vez de creer que el incrementar la conciencia y percepción individual del contenido de las ideas inconscientes como camino terapéutico, el Análisis Transaccional se concentraba en las interacciones de unas personas con otras y el cambio de estas interacciones para la resolución de problemas emocionales.

En adición, Berne creía en el compromiso de "curar" a sus pacientes en lugar de solamente entenderlos. Para este fin, introdujo uno de los aspectos más importantes del Análisis

Transaccional: el contrato, un acuerdo entre el terapeuta y el cliente para buscar el cambio específico que el cliente deseara.

### ➤ Logoterapia

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

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

La logoterapia está lejos de haber logrado el desarrollo teórico que caracteriza al psicoanálisis y a la psicología profunda de Jung. Pese a esto la logoterapia causó interés. Como su denominación lo sugiere, se trata de darle un sentido a la existencia humana (en esto se asemeja a la psicología de Jung). Para entender la génesis de la logoterapia corresponde saber que Frankl fue prisionero en un campo de concentración. Allí, considera haber podido sobrevivir más que nada porque le supo dar un logos (en griego: sentido, significado) a su existencia. De su experiencia da cuenta en el libro *El hombre en busca de sentido*.

Consta de tres partes que son fundamentales para su desarrollo:

1. La libertad de voluntad (antropología): que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo (pandeterminismo).
2. La voluntad de sentido (psicoterapia): expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del "componente exterior", desvirtuando la idea del

animatismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal (psicologismo).

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

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

En general la Logoterapia sería un tipo de Psicoterapia Humanista - Existencial. La Psicoterapia Existencial es un enfoque terapéutico más filosófico que médico, que fundamenta su perspectiva en las filosofías fenomenológico-existenciales. Algunos de estos filósofos incluyen: Nietzsche, Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Martin Buber.

Este modelo contempla al ser humano como en constante desarrollo y evolución, lo que implica un movimiento y procesos constantes. La persona se encuentra en constante relación con su medio, ya que es vista como ser-en-el-mundo (Dasein), lo que implica que su existencia se vea constantemente enfrentada a circunstancias que le exigen respuesta.

Otro aspecto de la Psicoterapia Existencial actual es que, al concebir a la persona como siempre en relación, ya sea con el mundo físico o corporal, o el mundo social e interpersonal, o el mundo personal, íntimo y psicológico, o inclusive con las dimensiones espirituales del mundo, se constituye como un enfoque postmoderno, que acentúa el estudio de la construcción que hacemos cotidianamente de lo que llamamos realidad.

Esto se expresa principalmente en el énfasis que hace al estudio y trabajo constante en y con la relación terapéutica. Las vicisitudes de cada encuentro terapéutico son tratadas con especial atención, observando aquellos aspectos que obstruyan las posibilidades de generar un encuentro auténtico entre cliente y terapeuta o, en el caso de la terapia de grupo, entre todos los participantes.

Técnicas: Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la derreflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión.

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

Si tenemos en cuenta que Viktor Frankl llevó su teoría -que ya había comenzado a desarrollar anteriormente- a la práctica en un campo de concentración alemán, podremos comprender el porqué de dicha tesis: al desprenderse de todo lo material, de sus logros, de sus problemas, de todo aquello por lo que ha luchado en la vida, comprende que sólo le queda su esencia, su génesis, su logos.

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

La logoterapia se vale en alta medida del Psicodrama, una dramatización realizada por el paciente, pensando que su vida se acaba en ese preciso momento. De esta dramatización surgen planteos usualmente conocidos como "lo que cambiaría si tuviera una segunda oportunidad". Esos cambios serán puestos en práctica por el paciente para lograr alcanzar su propio "logos" o sentido de su vida.

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

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. En este sentido, si bien la Logoterapia no refiere el estudio de los Arquetipos descritos por Jung, sí existen paralelismos con la Psicología Jungiana en lo atinente a la fuerza espiritual que puja en el inconsciente, a la necesidad de Individuación y Sentido del Logos.

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. Implica una fuerte responsabilidad y Actitud - del Dasein- frente a los existencialistas. 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, que posibilita construir y posicionarse frente al sentido del Logos, la propia Esencia y Trascendencia.

No solo somos cuerpo y mente sino también estamos conformados por espíritu, y esto no tiene que ver con nada religioso, sino es nosotros mismo tenemos la capacidad de sanarnos espiritualmente, en base a la logoterapia, que es una corriente terapéutica, como la gestalt entre otras, que nos propone anteponer la voluntad al sentido de vida, a subsistir aún y pese a las adversidades que se nos presentan en la vida por muy duras y difíciles que estas sean.

## Capítulo 3

### Referente metodológico

#### Introducción

El presente capítulo da a conocer la metodología utilizada durante la práctica profesional dirigida, el programa, propósitos del curso, competencias, indicadores de logro, contenido temático, cronograma de actividades, y la planificación, cronograma y actividades realizadas. Así mismo las actividades desarrolladas en el centro de práctica tales como los casos atendidos y las capacitaciones dadas.

#### 3.1 Programa del curso

##### 1 Propósito del Curso

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

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

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

##### 2 Competencias

- 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

### 3 Indicadores de logro

1. Realiza procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Elabora y aplica programas de salud mental.
3. Detecta y atiende casos con técnicas apropiadas
4. Atiende a comunidades en riesgo
5. Da capacitaciones y servicios a grupos de personas con conflictos.

### 4 Contenido temático

1. Planificación de programas de aplicación de la Psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en
4. psicodiagnóstico
5. Detección y atención de casos
6. Capacitación en salud mental
7. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
8. Atención a comunidades de riesgo
9. Detección de situaciones de resiliencia
10. Creación de programas y proyectos

## 3.2 Cronograma de actividades

### I Fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información general</li> <li>• Entrega de programa y cronograma</li> <li>• Instrucciones sobre elaboración de informe final</li> <li>• Asignación de Centros de Práctica</li> <li>• Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad (día sábado 6/02)</li> </ul>	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo</p> <p>Diagnóstico de Conocimientos</p> <p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos.</p> <p>Del 1 al 12 de marzo</p>	<p>Entrega de resumen del libro</p> <p>La Entrevista Psiquiátrica</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Planificación</p> <p>Día sábado 6/ 02</p> <p>Valor 5 punto</p>
La entrevista	<p>Panel foro</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p>	<p>Guía de lectura</p> <p>Valor 5 puntos</p>
<p>Documentos de registro:</p> <p>Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p>	<p>Laboratorio</p> <p>Inicio de práctica lunes 1 de Marzo. En centro de práctica:</p> <p>Investigación marco de Referencia</p> <p>Observación de actividades</p> <p>Integración en actividades del centro de práctica.</p> <p>Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica</p>	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>

Continuación I Fase.

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p>	<p>Elaboración de Referente metodológico</p> <p>En centro de práctica:</p> <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, entre otros.</p> <p>Registro de casos/ formularios, entre otros.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, entre otros.</p> <p>Discusión de casos</p>	<p>Entrega y revisión del marco de referencia.</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Historias</p> <p>Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).</p>
<p>Marco de referencial</p>	<p>Elaboración de Marco de Referencia</p>	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>
<p>Análisis y discusión de formas</p> <p>De Psicoterapia:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas</p> <p>-Psicoterapias Humanistas</p> <p>--Psicoterapias Conductistas.</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones</p> <p>Prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Informes mensuales / cada mes</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas).</p>

## II Fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Supervisión de actividades primer Grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica  Valor 10 puntos
Supervisión de actividades segundo grupo  Atención de casos individuales y familiares.	Elaboración de Historias Clínicas  Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato)  Discusión de casos/ llevar caso principal al aula.	Presentación de 5 historias clínicas completas  Valor 5 puntos Participación
Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico	Entrega de tema  Valor 5 puntos
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de Psicopatología  Valor 5 puntos
Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas.  Ensayos en el aula.  Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones  Valor 5 puntos  Presentación de constancias firmadas y selladas
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Elaboración de Proyecto de Salud Mental  Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad.  Clausura en centro de Práctica.	Entrega de proyecto  Valor 5 puntos  Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

### III Fase

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

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

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Establecer una relación adecuada para el desarrollo de la práctica profesional, en La Fundación cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango	Investigación sobre centro de práctica.  Mapeo de organizaciones, fundaciones y entidades para el centro de práctica.	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica  Elaboración de planificación de actividades generales de práctica.  Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos.	Hojas.  Computadora.  Centro de práctica  Papelógrafos  Marcadores	Espacio aperturado en el centro de practica
Establecer una relación adecuada para el desarrollo de la práctica profesional, en La Fundación cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango	Planificación de actividades	Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado	Hojas  Centro de Practica  Computadora  Papelógrafos  Marcadores	Aprobación de planificación.
Establecer una relación adecuada para el desarrollo	Inicio de práctica presencial.  Diagnostico	Observación de Actividades que se realizan en la	Centro de práctica.  Hojas.	Identificación de problema principal.

de la práctica profesional, en La Fundación cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango	Institucional.  Identificación de problema principal.	práctica.  Integración en actividades del centro de práctica.  Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica.	Computadora  Papelógrafos  Marcadores	Integración en las actividades propias de la Fundación.
Establecer una relación adecuada para el desarrollo de la práctica profesional, en La Fundación cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango	Reuniones grupales.  Detección de casos individuales.	Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, entre otros.  Registro de casos/ formularios, entre otros.  Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, entre otros.	Centro de práctica.  Hojas.  Computadora  Tests  Marcadores	Inicio con casos individuales.
Establecer una relación adecuada para el desarrollo de la práctica profesional, en La Fundación cristiana para Niños y Ancianos de Comalapa.	Cierre de casos  Talleres con grupos de jóvenes.	Realización de actividad de cierre con grupos y casos individuales.  Realización de talleres con temas de interés.	Instalaciones.  Grupos  Hojas  Computadora  Marcadores	Lograr el cierre de casos y grupos.

## 3.4 Subprogramas

### 3.4.1 Programa de atención de casos

#### 1. Descripción

En la práctica se realizaron actividades dirigidas específicamente a jóvenes y señoritas, donde La Fundación cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa tiene programas específicos como Orientación escolar, orientación sexual y orientación familiar, entre otros programas productivos.

Por lo tanto durante la práctica se trato de involucrar en estos programas para ir detectando casos individuales que necesiten otro tipo de apoyo. Por lo que se detecto el problema principal en la juventud sobre la identidad sexual.

Este problema no se había tratado en ningún momento por la Fundación, principalmente en reconocer que existen casos de homosexualismo y lesbianismo, por lo que se trató de trabajar estos casos de forma individual y familiar.

Los casos son referidos por la Fundación ya que tienen grupos de jóvenes y señoritas establecidos, así mismo algunos casos son referidos por los padres de familia para ser atendidos en cuanto al tema de identidad sexual.

Así mismo algunos padres de familia requirieron de terapias para ser atendidos, ya que alguno de ellos tenían problemas de relacionamiento social, otros duelo altera, entre otras situaciones, para las cuales también se brindo apoyo.

#### 2. Objetivo

Identificar casos con dificultades de identidad sexual en los grupos de jóvenes y señoritas de La Fundación cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango.

### 3. Cronograma de actividades

No. Casos atendidos	Actividades	Casos resueltos	Sexo de las personas atendidas
4	<p>Casos referidos por la Fundación y padres de familia.</p> <p>Entrevistas individuales para obtener información sobre la situación en la que vive.</p> <p>Entrevistas con familiares para obtener información sobre antecedentes.</p> <p>Se utilizo la técnica de la observación durante todas las sesiones.</p> <p>La técnica del examen mental se empleo durante las primeras sesiones.</p> <p>Diagnóstico diferencial se catalogo a través de los test proyectivos utilizados con los pacientes.</p> <p>Se elaboró un plan terapéutico para poder tener un hilo conductor durante las sesiones.</p> <p>Tareas después de cada sesión terapéutica.</p> <p>Cierre de sesiones</p>	3	<p>2 Hombres</p> <p>2 Mujeres</p>

### 3.4.2 Programa de capacitación

#### 1. Descripción

El proceso de talleres realizados en el centro de práctica con jóvenes, tuvo un enfoque social, ya que se realizó un diagnóstico para conocer sobre sus inquietudes y necesidades, tomando en cuenta las observaciones de la Fundación.

Dichas actividades se realizaron en distintos lugares para ir armonizando los espacios ya que los talleres pretenden brindar un espacio de confianza, de armonía. Por lo que se optó realizar estas actividades en lugares abiertos.

El último taller se tomo en cuenta una convivencia para cerrar el ciclo de práctica, esto junto al tema mapeo comunitario. Con los enlaces que tiene la Fundación se conto con la presencia de representantes de otras organizaciones locales.

#### 2. Objetivos

Concientizar a la población joven para que conozcan acerca de los temas relacionados a derechos humanos, salud mental, memoria histórica y mapeo comunitario con el propósito de tener una participación e incidencia en distintos espacios.

### 3. Cronograma

No. Personas que asistieron	Lugar	Fecha	Temas
30	La Fundación cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango.	18 de mayo 2012	Memoria Histórica.
25	Asociación maya Ukuxbe, Colonia Bethania, Chimaltenango	20 de junio de 2012	Salud Mental
27	La Fundación cristiana para Niños y Ancianos del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango.	17 de julio de 2012	Derechos Humanos
32	Iximche Sitio Sagrado, Tecpan Guatemala.	25 de agosto de 2012	Convivencia, Mapeo comunitario.

## Capítulo 4

### Presentación de resultados

#### Introducción

Este capítulo refleja los resultados obtenidos durante la práctica profesional dirigida, realizada en La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos, atendiendo específicamente a los jóvenes apadrinados. Así mismo refleja los logros, limitaciones y aprendizajes obtenidos, se incluyen las historias clínicas de las personas atendidas y datos de forma gráfica.

#### 4.1 Programa de atención de casos

##### 4.1.1 Logros

- ✓ Respaldo de los beneficiados para tener un apoyo psicológico.
- ✓ Detección de casos en los grupos de jóvenes.
- ✓ Atención de casos individuales.
- ✓ Referencia de casos por parte de la institución y padres de familia.
- ✓ Estabilidad de atención de los casos.

##### 4.1.2 Limitaciones

- ✓ No contar con un espacio específico para la atención de casos individuales.
- ✓ El grupo de jóvenes no tiene la suficiente confianza para referir los casos.
- ✓ En la población indígena es difícil que respalde las psicoterapias.
- ✓ Poco interés de parte de la Fundación cristiana para niños y ancianos.
- ✓ Anteriormente los casos eran tratados de parte de la trabajadora social.

#### 4.1.3 Conclusiones

- ✓ Hace falta tomar en cuenta que existen casos psicológicos que tratar en diversos espacios, aunque estos no sean frecuentes.
- ✓ Para realizar un buen trabajo grupal es importante primero generar confianza en el grupo, para que se sientan parte del proceso y no aislados.
- ✓ En las comunidades y pueblos indígenas la ciencia de la psicoterapia no es común, por lo que es importante realizar trabajos profesionales y de calidad para empezar a incidir en estos espacios.
- ✓ Hace falta que las entidades puedan incorporar dentro de su plan de trabajo intervenciones psicológicas, ya que es difícil contar con esto.
- ✓ Los casos psicológicos deben ser tratados por un profesional, para lograr los cambios en la conducta de los seres humanos.

#### 4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Es importante establecer un espacio físico para realizar las terapias individuales para lograr los objetivos trazados.
- ✓ Establecer un encuadre con los grupos de jóvenes con quienes trabajan, para que los participantes se sientan con toda la libertad de expresión, a partir de que se genere la confianza.
- ✓ Es importante dar a conocer esta ciencia en los pueblos indígenas, tomando en cuenta la pertinencia cultural y el contexto en el que se vive.
- ✓ Es importante hacer conciencia en las entidades, organizaciones y fundaciones sobre la importancia de las intervenciones psicológicas para lograr los objetivos trazados, y tomar como ente prioritario al ser humano.
- ✓ Es importante apreciar todas las disciplinas profesionales, sin embargo para tratar casos psicológicos se recomienda lo realice un psicólogo o psiquiatra.

#### 4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos

##### Historia clínica I

###### A. Datos Generales

Nombre: V. C.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 23-03-1968

Edad: 43 años

Religión: Católica

Escolaridad: Tercero primaria

Estado civil: Viuda

Dirección Teléfono: San Juan Comalapa

Ocupación: Ama de casa

###### B. Motivo de consulta

*Refiere la paciente que “Tenía cuatro hijos, en la violencia mataron a dos, ahora solo tengo a una hija y un hijo, vino el ejército, quemaron todo, teníamos un toro y lo mataron, también las gallinas, se perdió todas las cosas. Lo que me duele más, es la muerte de mis dos hijos, saber si les cortaron el cuello o los tiraron al barranco, no se dónde realmente están, pero mis hijos no se fueron solos, sino también se fueron los soldados que les hicieron el daño”.*

### C. Historia del problema actual

La paciente comenta que durante el conflicto armado los del ejército llegaron a su casa, le causaron daños a las propiedades, y se llevaron a dos de sus hijos, lo cual le provoca incertidumbre y rumiaciones mentales acerca de lo que les pudo haber sucedido.

Vive con su hija, con la cual no mantiene buenas relaciones, depende de los favores y alimentación que le brindan su hijo y su hija, para dormir comenta que necesita estar acompañada y es costumbre que le acompañe un nieto por si necesita algo, tiene dañados en sus ojos (le lloran y no puede ver de lejos), comenta de su estado de tristeza que la agobia, la falta de apetito y sueño, de la pérdida de memoria, aunado al sentimiento de soledad “*solo Dios, por mi*”, se mantiene pensando en las noches si va a amanecer (temor a que no amanezca, la muerte).

Manifiesta sentimiento de culpa por el hecho de salir huyendo cuando llegaron los soldados y posteriormente sucedió la desaparición de sus hijos.

### D. Factores precipitantes

Le causaba temor los rumores y comentarios de la gente, principalmente de los vecinos cuando comentaban que mataba o desaparecían a sus familiares.

### E. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

A partir de los hechos del conflicto armado interno, ella sobrevalora la idea de sus hijos, con su hija tenía algunas discusiones y ella la describe como “mala”, sin embargo ha evolucionado comenta después de tal forma que ella dice: “Dios la ha cambiado”.

El aprecio de su familia lo valora según lo que comparten para vivir (dinero, maíz, entre otros) y sobre todo el cariño que se tienen.

#### F. Antecedentes personales

La paciente comenta que durante el conflicto armado interno perdió pertenencias y a sus dos hijos, posteriormente su esposo falleció de “cólicos”, por lo que quedó viuda, actualmente vive con su hijo y su hija. Ella anteriormente era una persona muy pasiva, con problemas familiares en ocasiones pero que con su esposo e hijos lo resolvía de la manera madura. No se enfermaba con frecuencia.

#### G. Historia medica

Le lloran los ojos, tiene dolor de cabeza, poco apetito.

#### H. Historia familiar

Ella tenía cuatro hijos, dos mujeres y dos hombres, dos de ellos fueron secuestrados durante el conflicto armado interno. Su esposo falleció años después de “Cólicos”, por lo que ahora vive con una de sus hijas. Su hijo la apoya económicamente y no la visita frecuentemente.

#### I. Criterios diagnósticos

No duerme, tiene sentimientos de culpa, no tiene apetito, no tiene buenas relaciones familiares con su hija (donde vive). Pérdida de memoria, sentimiento de soledad.

#### J. Pronóstico

La paciente es muy vulnerable ante noticias de muertes, esto es desfavorable para ella, porque tiende a recordarse de lo que vivió y esto le causa mucha tristeza y la deprime.

#### K. Plan terapéutico

Terapia cognitivo conductual

Se trabajaron los siguientes pasos para poder desarrollar la terapia.

- ✓ La colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- ✓ Enfoque orientado al problema y los objetivos.
- ✓ El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones en este caso el duelo.

Para ello se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con los familiares cercanos. (Con quienes tiene más relación).
- Elaboración del examen mental.
- Elaboración, de la historia clínica.

## Historia clínica II

### A. Datos Generales

Nombre: M. C. B.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 14-03-1987

Edad: 25 años

Religión: Católica

Escolaridad: Secretaria bilingue

Estado civil: Soltera

Dirección Teléfono: San Juan Comalapa

Ocupación: Secretaria Bilingüe

B. Motivo de consulta

Refiere la paciente que en su hogar existen varios problemas familiares los cuales ella no los soporta y se mantiene encerrada en su cuarto, lo cual ha dificultado conseguir un trabajo estable, ya que cuando ella visualiza los problemas de su casa, se siente incapaz de realizar acciones positivas.

Todos los integrantes de la familia se insultan y tratan de agredir la dignidad de cada uno de ellos. Esto ha sido uno de los mayores problemas los cuales a la paciente no puede vivir en paz y desarrollarse de manera integral.

C. Historia del problema actual

La paciente comenta que actualmente no quiere salir de su cuarto, porque sus hermanos y sus padres la insultan, esto hace a que ella tenga baja autoestima y que durante varios años no logre conseguir un trabajo estable, así mismo comenta que padece de dolor de cabeza constantemente y que en realidad cuando comenta acerca de esta enfermedad con sus familiares no le prestan atención.

Desde hace varios años que ella no tiene ninguna comunicación positiva con su familia, regularmente se mantiene en su cuarto y cuando nadie se encuentra, ella se siente libre de salir.

D. Factores precipitantes

La falta de empleo la deprime de manera significativa, ya que ella misma se siente incapaz de desarrollar actividades positivas.

La relación agresiva que manejan los miembros de su familia no contribuye con la autoestima de la paciente.

E. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

La dinámica familiar donde se desenvuelve es compleja, ya que ella desde hace varios años trata de evitar a todo los miembros incluyendo padre y madre, ya que ella comenta que todos y todas se insultan y se agreden física y verbalmente, y que es algo que a ella le causa mucho dolor, por lo que prefiere evitar a su familia y no verlos.

Su familia, por lo alejada que esta de ellos se acostumbraron a vivir sin relacionarse frecuentemente con ella.

F. Antecedentes personales

Según referencias de los padres de familia y ella, ha padecido de constante dolor de cabeza, lo cual en muchas ocasiones no deja que se relacione con las demás personas, esto fue comprensible en un principio, sin embargo actualmente sus hermanos se burlan de ella y la insultan.

No ha conseguido ningún trabajo estable, ya que ella piensa que no es capaz de desarrollar algo positivo, así mismo se mantiene la mayor parte del tiempo encerrada en su cuarto. Cualquier comentario le hace sentir mal.

G. Historia médica

Dolor de cabeza, poco apetito.

H. Historia familiar

Tiene tres hermanos varones, ella es la única mujer, vive actualmente en su núcleo familiar. Los padres de la paciente tienden a enfrentar conflictos constantemente. En dos ocasiones los padres de familia se han separado por razones de falta de comunicación y por agresión física hacia la madre.

Los tres hermanos, están estudiando, sin embargo no tienen éxito en los estudios. Profesan la religión católica.

#### I. Criterios diagnósticos

Le duele la cabeza, no tiene apetito, es agredida constantemente, baja autoestima, no tiene buenas relaciones familiares.

#### F. Pronóstico

La dinámica familiar de la paciente no deja que se pueda desarrollar de la mejor manera. La madre admite que la hija es “agredida física y verbalmente por toda la familia, comentado ella que es una tonta y que apenas y se pudo graduar, y lo peor de todo que no consigue trabajo”. Es evidente que la señorita sufra de violencia intrafamiliar, esto no favorece a su estado de ánimo, por lo que es importante desarrolla en ella todo los mecanismos necesarios de apoyo.

#### G. Plan terapéutico

##### Cognitivo conductual

- ✓ La colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- ✓ Enfoque orientado al problema y los objetivos.
- ✓ El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones en este caso el duelo.

Para ello se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con los familiares cercanos. (Con quienes tiene más relación).
- Elaboración del examen mental.
- Elaboración, de la historia clínica.

### Historia clínica III

#### A. Datos Generales

Nombre: R. A. C.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 17-07-1988

Edad: 24 años

Religión: Católica

Escolaridad: Estudiante de administración de empresas

Estado civil: Soltera

Dirección Teléfono: San Juan Comalapa

Ocupación: Estudiante de administración de empresas

#### B. Motivo de consulta

La Fundación Cristiana para niños y ancianos, refiere que la paciente ha tenido actitudes muy negativas en cuanto al cumplimiento de todo lo requerido por esta entidad, así mismo el carácter que maneja y sus actitudes son muy agresivas, por lo que sugieren que sea atendida para apoyarla y descubrir lo que pasa con ella.

#### C. Historia del problema actual

La paciente comenta que ella ha tenido diferente problemas en su casa principalmente la mala comunicación entre sus padres, ella refiere que su familia no le pone atención, y que

solamente sus compañeros y compañeras de la Universidad la quieren, ella comenta que solamente en ese espacio se siente segura y comprendida.

Refiere que realizan diferentes actividades de distracción. Sin embargo desde hace dos años aproximadamente ha consumido drogas como la marihuana, inducida por sus compañeras y compañeros de la Universidad.

Actualmente refiere que por las noches sale a buscar a sus compañeras cercanas para que le proporcionen marihuana, no puede descansar (dormir) sin antes haber consumido dicha droga, esto ha sido cada vez más frecuente, hasta el momento de agredir a uno de sus compañeros por no proporcionarle lo que ella desea (marihuana).

#### C. Factores precipitantes

La falta de atención de sus padres ha hecho a que ella recurra con sus amigos y compañeros.

Maneja muy baja autoestima, lo que ha hecho que sea vulnerable ante actitudes que pueda manejar.

#### D. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

La madre de la paciente refiere estar muy preocupada por lo que está pasando con ella, pero no tiene suficiente tiempo para dedicarle, igual comenta la madre que tiene otros hijos de menor edad a quienes les presta más atención.

Sin embargo están preocupados por ella, ya que a veces de noche sale alterada, pero que no tienen idea porque sale de la casa y con quien se reúne, algunas veces regresa tranquila y otras veces regresa mucho más agresiva. Su comportamiento ha cambiado desde hace dos años aproximadamente y han tenido que lidiar con esto constantemente, por lo que la madre está muy preocupada y quiere que se apoye a su hija.

#### E. Antecedentes personales

Ella ha sido una persona muy agresiva, poco tolerante, regularmente mantiene problemas con sus hermanos, su nivel de rendimiento escolar es muy bajo. Durante la primaria repitió dos años consecutivos quinto grado. En la Universidad tiene muy bajas notas. En ocasiones comentan sus amigos que le ha levantado la voz sus catedráticos.

#### F. Historia medica

Ninguno.

#### G. Historia familiar

Ella tiene dos hermanas y tres hermanos ella es la segunda al nacer en su familia. Sus padres trabajan en la cabecera departamental por necesidad y para mantener a sus siete hijos, salen desde muy temprano de la casa y regresan de noche, esto ha dificultado en tener una buena comunicación. Los demás hermanos se dedican a estudiar, solamente su hermana mayor trabaja y regresa los fines de semana a casa. Los padres siempre han mantenido buena comunicación y relación, ya que tratan de aprovechar el poco tiempo, regularmente comentan sobre lo sucedido durante el día, sin embargo la relación con sus hijos es muy poco.

#### H. Criterios diagnósticos

Es muy agresiva, busca a sus compañeras y compañeros no importando el horario para que le den drogas. Bajas notas, no tiene comunicación con sus padres de familia, no puede dormir sin antes haber consumido drogas.

#### I. Pronóstico

Si los padres de familia no brindan la atención necesaria a la hija afectada puede que tenga un problema mucho mayor de consumo de drogas y la influencia de las malas amistades, por lo que es necesario brindarle el apoyo necesario.

## J. Plan terapéutico

### Cognitivo conductual

- ✓ La colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- ✓ Enfoque orientado al problema y los objetivos.
- ✓ El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones en este caso el duelo.

Para ello se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con los familiares cercanos. (Con quienes tiene más relación).
- Elaboración del examen mental.
- Elaboración, de la historia clínica.

### Historia clínica IV

#### A datos generales

Nombre: J.C.Q.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 29-08-1988

Edad: 24 años

Religión: Católico

Escolaridad: Quinto perito contador

Estado civil: Soltero

Dirección Teléfono: San Juan Comalapa

Ocupación: Estudiante

## B Motivo de consulta

El paciente refiere que está muy cansado de estar repitiendo los años escolares, ya que ha atendido dificultad para rendir en su escolaridad, esto mismo le ha causado problemas con sus padres y personas que están a su alrededor, de la misma manera ha afectado en su autoestima, porque piensa que el no sirve para nada.

## C Historia del problema actual

El paciente actualmente cursa el quinto año de perito contador, durante la primaria repitió dos años consecutivos los grados de tercero y quinto primaria, y en los básicos repitió tercero básico. Los padres le insistieron en iniciar la carrera de perito contador, por lo que cuarto perito contador lo repitió y actualmente cursa quinto y refiere que tiene muy bajas notas.

Esto le afecta su autoestima y la presión de sus padres y compañeros por la edad que tiene y los antecedentes de bajo rendimiento escolar que ha presentado durante los años atrás.

## C Factores precipitantes

Baja autoestima.

Antecedentes de haber perdido anteriormente los años escolares.

Maltrato escolar de parte de sus compañeros de clase.

## D Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

Los padres de familia están muy preocupados por el bajo rendimiento de su hijo, principalmente por la edad que tiene y los años escolares pedidos. Refieren que es el único hijo que ha tenido problemas de rendimiento escolar, y que en ocasiones el apoyo para el es mínimo debido al desgaste que se tienen a nivel económico.

Sin embargo ambos padres desean que su hijo por lo menos tenga una carrera a nivel medio, porque es el sueño que tienen con sus cuatro hijos.

#### E Antecedentes personales

La madre comenta que es el hijo mayor y que al momento de nacer nació morado y ella pensó que estaba muerto, sin embargo lo resucitaron, pudo respirar y llorar, esto tardó aproximadamente 10 minutos. (Ella lo recuerda llorando).

Desde la primaria no ha tenido buenas notas, sus padres le dedican tiempo para orientarlo en las tareas, pero esto no ha tenido un resultado positivo ya que perdió diferentes años escolares.

Tiene poca retentiva, ha ido mejorando durante los años.

#### F Historia médica

Regularmente año con año lo llevan con el médico, para un chequeo general, siempre le recetan vitaminas para la memoria.

#### G Historia familiar

El paciente es el mayor de cuatro hermanos, tienen 3 años de diferencia entre cada uno. Los padres tienen una buena relación, los apoyan en las tareas, los acompañan en las actividades, realizan actividades en conjunto (días de campo, visitan a sus familiares). Los padres de familia tienen una buena comunicación entre ellos y sus hijos.

El padre trabaja como maestro de lunes a viernes los fines de semana los dedica a sus hijos. La esposa borda textiles en casa, por lo general se mantiene todo el día con ellos.

#### H Criterios diagnósticos

Ha repetido cuatro años escolares, en grados distintos el paciente. Es muy tímido no le gusta relacionarse con sus familiares, y con sus hermanos de vez en cuando, aunque los

padres promuevan ciertas actividades para apoyarlo. Tiene bajo rendimiento escolar en el año que cursa (quinto perito contador).

#### K. Pronóstico

El paciente tiene bajo rendimiento escolar actualmente, lo que hace a que exista una gran probabilidad de que nuevamente pierda el ciclo escolar, esto perjudicará en su autoestima y en su relación familiar.

#### L. Plan terapéutico

##### Cognitivo conductual

- ✓ La colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- ✓ Enfoque orientado al problema y los objetivos.
- ✓ El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones en este caso el duelo.

Para ello se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con los familiares cercanos. (Con quienes tiene más relación).
- Elaboración del examen mental.
- Elaboración, de la historia clínica.

#### Historia clínica V

##### A. Datos generales

Nombre: M. A. C.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 01-02-1990

Edad: 22 años  
Religión: Católico  
Escolaridad: Estudiante electrónica  
Estado civil: Soltero  
Dirección Teléfono: San Juan Comalapa  
Ocupación: Estudiante

#### B. Motivo de consulta

La fundación Cristiana para niños y ancianos refiere al paciente, ya que en varias ocasiones esta persona presenta ciertas actitudes confusas, al momento de la toma de decisión, por lo que es importante detectar el motivo del mismo. Es importante determinar algunos rasgos de personalidad para poder apoyarlos con los beneficios que brinda la fundación por ejemplo colores de prenda, espacios de diálogo por género, debates realizados entre otros.

Así mismo los padres comentan sobre estas dificultades detectadas en el ámbito hogareño y relación familiar.

#### C. Historia del problema actual

Desde que el paciente estaba muy pequeño como de tres a cuatro años, le gustaba mucho jugar con sus primas, vestirse niña refieren los padres, sin embargo cuando fue creciendo, sus actividades lúdicas fueron desarrollando, por lo que no notaron ninguna otra anomalía según el contexto de Comalapa. Es esta estudiando la Carrera e Electrónica, por lo que tiene amigos y amigas que generalmente frecuenta por trabajos Universitarios, es un joven muy aplicado en el ámbito académico, pero hace tres años que su rendimiento escolar ha disminuido y se encuentra muy confuso, refieren los padres de familia.

#### D. Factores precipitantes

Que desde pequeño ha tenido una relación lúdica con el sexo femenino, según el contexto en el que se manejaba.

Cuando el paciente tenía 5 años tuvo un accidente muy fuerte, por lo que estuvo hospitalizado durante 10 días, por golpes en la cabeza.

No tener una padre que lo oriente.

#### E. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

La madre ha estado muy preocupada por las conductas que está desarrollando su hijo, por lo que recurrió a la Fundación par comentarle y buscarle una solución a su problema.

La madre no vive con el padre, ella comenta que el padre no quiso hacerse responsable de ellos.

#### F. Antecedentes personales

El paciente comenta que desde pequeño ha tenido una tendencia femenina, esto le atrae y se siente con mucha paz y tranquilidad cuando adopta ciertas actitudes femeninas.

Pero cuando se da cuenta de estas actitudes tiene sentirse rechazado y confuso. En varias ocasiones ha tenido que ocultar algunas actitudes para no ser excluido y marginado de la Universidad, así mismo no espera a que su madre se entere sobre estas actitudes femeninas que adopta, cuando se encuentra en otros lugares.

#### G. Historia médica

Hospitalizado durante 10 días, cuando tenía 5 años de edad. Por un accidente, y por golpes de cabeza.

## H. Historia familiar

El paciente ha vivido solamente con su madre por 22 años. La madre comenta que cuando ella resulto embarazada su pareja no se hizo responsable, por lo que crió a su hijo sola. Ellos viven en casa de su abuela, es una familia muy numerosa, y que en su mayoría son mujeres.

El paciente desde pequeño se desarrolló en un espacio donde las niñas de su misma edad jugaban con él, la madre refiere que posiblemente solo ve a mujeres y por eso tiene algunas actitudes femeninas.

## I. Criterios diagnósticos

Le cuesta tomar decisiones, principalmente en actividades relacionadas a definir su sexo.

La convivencia en un ámbito femenino trae consigo dificultades para definir la identidad sexual.

## J. Pronóstico

La paciente se desarrolla en un núcleo familiar, donde la mayoría de los miembros son mujeres. Esto ha hecho a que sus tendencias al sexo femenino sean fuertes. La falta de un rol masculino es notable en el paciente.

## K. Plan terapéutico

Cognitivo conductual

- ✓ La colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- ✓ Enfoque orientado al problema y los objetivos.
- ✓ El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones en este caso el duelo.

Para ello se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con los familiares cercanos. (Con quienes tiene más relación).
- Elaboración del examen mental.
- Elaboración, de la historia clínica.

## 4.2 Programa de Capacitación

### 4.2.1 Logros

- ✓ La asistencia del 99% en todas las actividades programadas.
- ✓ Las personas invitadas para presenciar el taller han tenido satisfacción de la misma.
- ✓ Realizar actividades fuera de las instalaciones, para crear otro ambiente de trabajo.
- ✓ Los temas a tratar en cada taller han sido sugerencias de los grupos, esto crea cierto interés en la participación y aprendizaje.
- ✓ Realizar un encuentro interinstitucional, con la Fundación Cristiana para niños y ancianos y la asociación Maya *Uk`ux`be*.

### 4.2.2 Limitaciones

- ✓ Realizarlo únicamente con los grupos que participan constantemente en la Fundación.
- ✓ Falta de recursos económicos para desarrollar los talleres de un día y a largo plazo.
- ✓ No contar con suficiente respaldo de parte de los encargados y padres de familia en realizar talleres fuera de las instalaciones de la Fundación.
- ✓ Las personas participantes sugirieron varios temas, los cuales por la limitante de tiempo no se desarrollaron, solamente se priorizaron.

### 4.2.3 Conclusiones

- ✓ Es importante involucrar a más personas en el proceso de formación, y no necesariamente que sean beneficiados por la Fundación.

- ✓ Realizar talleres que consistan en horarios adecuados a los temas a abordar, para lograr realmente los objetivos trazados.
- ✓ Generar confianza en padres de familia, encargados y Fundación para realizar distintas actividades en lugares propicios según el tema a abordar.
- ✓ Realizar talleres de manera constante, ya que las personas tienen interés en fortalecer su conocimiento, por lo que no se debe dejar atrás esta iniciativa.

#### 4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Generar espacios estables para los grupos que deseen recibir diferentes capacitaciones para el bien común.
- ✓ Los talleres se deben considerar el tiempo prudente para un aprendizaje efectivo.
- ✓ Es importante involucrar a los padres de familia y encargados para que puedan tener otro concepto de los talleres impartidos.
- ✓ Continuar con los talleres desarrollando los temas que el grupo sugirió, porque se tiene el interés de los mismos.

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

##### Charla 1 Memoria histórica con enfoque psicosocial

###### 1. Objetivo

Propiciar espacios de convivencia para mujeres y jóvenes de la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos y aprender sobre temas diversos.

## 2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema de manera magistral
- Visita centro antropológico Iximché.
- Videoforos

## 4. Contenido

Este taller se realizó fuera de las oficinas, para generar el ambiente necesario que cada tema pretendía, el interés de las personas en asistir a estos talleres ha sido sorprendente, ya que en cada uno de los mismos la asistencia fue estable. Así mismo los temas que se abordaron en dichas actividades son propuesta del grupo, por lo que se generó confianza, interés y aprendizaje.

En cada uno de los talleres la Fundación Cristina para Niños y Ancianos asignó a una persona para presenciar dicho taller. Así mismo se tiene contemplado seguir desarrollando estos talleres, ya que el grupo necesita fortalecer sus conocimientos, esto es tomado en cuenta por los encargados de la Fundación.

## Charla 2 La Salud mental

### 1. Objetivo

Propiciar espacios de convivencia para mujeres y jóvenes de la Fundación cristiana para niños y ancianos y aprender sobre temas diversos.

### 2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo de presentación
- Introducción del tema por medio de exposición
- Videoforo sobre el tema de Salud Mental

### 3. Contenido

El taller de salud mental, se realizó tomando en cuenta varios puntos de vista a partir del video llamado Salud Mental Comunitaria.

Ya que es importante generar nuevas metodologías las cuales servirán para captar la atención de los participantes, así mismo genera ambiente cordial del trabajo grupal. En cada uno de los talleres se realizaban trabajos de grupos para evaluar lo aprendido, para que seguidamente en plenaria comenten sus aportes.

La salud mental, básicamente se refiere a tener un equilibrio entre lo social, lo físico y principalmente un equilibrio en la psique. Para ello es importante partir desde varias metodologías y la participación acertada de los participantes.

#### Charla 3.

##### 1. Objetivo

Propiciar espacios de convivencia para mujeres y jóvenes de la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos y aprender sobre temas diversos.

##### 2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo con el reconocimiento de los derechos básicos
- Introducción del tema por medio de exposición
- Técnicas lúdicas para aprender sobre los derechos sexuales y reproductivos.

##### 3. Contenido

El taller sobre derechos humanos, e implícito los derechos sexuales y reproductivos, tiene un repercusión valorable en el grupo de jóvenes, ya que cada uno tiene distintas emociones y sentimientos acerca de este tema, sin embargo no se desarrollan de la manera mas adecuada.

Así mismo el interés de todos y todas en este tema, así mismo motivo la metodología utilizada, que es a través de juegos y de manera grupal.

## Charla 4 Convivencia y mapeo comunitario

### 1. Objetivo

Propiciar espacios de convivencia para mujeres y jóvenes de la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos y aprender sobre temas diversos.

### 2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo con el de actores en la comunidad.
- Introducción del tema por medio de exposición
- Técnicas lúdicas para aprender sobre el mapa comunitario, utilizando una figura humana.

### 3. Contenido

El taller sobre mapeo comunitario, se desarrollo a partir de una figura humana la cual se asimilaba con los actores políticos, religiosos y sociales que existen en la comunidad, esto ayuda a identificar con quienes se deben avocar al momento de alguna violación, de alguna denuncia o de algún consejo que se requiera ente otros. De la misma manera se tomo este taller para cerrar el proceso grupal con una convivencia en un lugar arqueológico, esto ayudó a generar confianza en el grupo y tener la convicción de seguir aprendiendo.

#### 4.3.1 Logros

- ✓ Lograr la permanente asistencia de los participantes en las diferentes charlas.
- ✓ Contar con el respaldo los padres de familia para las diferentes charlas impartidas.
- ✓ Realizar intercambios con otras organizaciones que trabajan con jóvenes para lograr la articulación entre organizaciones.

- ✓ Los temas impartidos durante las charlas, son sugeridos de parte de los participantes.
- ✓ Consolidación del grupo para la realización de futuras actividades.

#### 4.3.2 Limitaciones

- ✓ Poca confianza de los padres de familia, para la realización de los talleres, lo cual se fue superando, para luego contar con el respaldo de los mismos.

#### 4.3.3 Conclusiones

- ✓ La realización de talleres es importante para lograr la consolidación de ideas y conocimientos, por lo cual la Fundación, esta en toda la disponibilidad de apoyar en futuras charlas.
- ✓ La realización de la charla en lugares distintos ayuda a la comprensión de la charla.
- ✓ Cuando los temas son sugeridos de parte de los participantes, existe la probabilidad de apropiarse del espacio de las charlas.

#### 4.3.4 Recomendaciones

- ✓ La asistencia de algún responsable de la institución fortalece las charlas.

#### 4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental: Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

##### 1 Introducción

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

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

## 2 Justificación

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

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

## 3. Objetivos

### General

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

## Específicos

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

## 4 Metodología

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

La metodología utilizada en el proyecto es la participación activa y responsable de cada uno de los miembros, con el cual se pretende mejorar la salud mental de los futuros profesionales en psicología, solo así se tendrá una generación capaz de solventar las dificultades que día con día se deben resolver.

## 5. Descripción del proyecto

El proyecto "Fortaleciendo la salud mental del psicólogo" se realiza con el fin de que los alumnos graduandos puedan tener una salud mental adecuada al momento de egresar de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Dicho proyecto consta de una serie de actividades, incluyendo talleres, dinámicas, juegos recreativos, momentos de reflexión, entre otros; en donde los estudiantes podrán compartir con los demás integrantes del grupo y realizar diversas acciones que ayudarán a fortalecer su salud mental.

#### 4.3.5.1 Logros

- ✓ Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.
- ✓ Hubo un aprendizaje para trabajar en equipo, partiendo de la teoría de que ya se sabía, sin embargo experimentarlo durante dos días seguidos y sobre todo, tomando en cuenta las condiciones (cansancio, calor), se reforzó el apoyarse y ser responsables.
- ✓ A lo largo de las actividades aprendió, compartió y experimentó cambios en el ser, agradecimientos a la Licda. Sonia por la intervención en la actividad de la fogata fue excelente, ya que encontramos nuestros miedos y frustraciones y aprendimos a combatirlos y moldearlos para que ese miedo o dolor se convirtiera en energía para poder vencer los obstáculos de nuestra vida.
- ✓ El proyecto fue una experiencia muy enriquecedora, cada grupo estuvo al tanto de sus actividades programadas, se vio la entrega y esmero de cada uno de los participantes.
- ✓ Esta actividad marca el inicio de un nuevo reto, el reto de crecer como persona y como profesional.

#### 4.3.5.2 Limitaciones

- ✓ No contar con un espacio privado para desarrollar las actividades programadas.
- ✓ La Universidad Panamericana no cuenta con espacios privados para realizar actividades similares.

#### 4.3.6 Conclusiones

- ✓ Los participantes llegaron a la conclusión de que el proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.
- ✓ Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.

- ✓ La obtención de conciencia sobre que nuestro cuerpo es muy importante para el buen funcionamiento emocional, debido a ello debemos cuidarlo, alimentarlo, relajarlo, hacer ejercicio, para mantenerlo dinámico.
- ✓ Que cada persona es especial y tiene diferentes habilidades y mientras más las explore y las concientice mejor se desempeñará en las diferentes actividades que desempeñe.
- ✓ El área espiritual es necesario cultivarla y mantener un espíritu saludable y libre de problemas, por lo que se requiere que cada uno busque según su idea de Dios como satisfacer esta necesidad.

#### 4.3.7 Recomendaciones

- ✓ Realizar estas actividades de manera constante para que se tome en cuenta al terapeuta.
- ✓ Analizar de mejor manera los objetivos trazados para cada actividad, y lograrlos a cabalidad de tiempo.
- ✓ Involucrar al grupo en las distintas actividades para generar un verdadero trabajo grupal.
- ✓ Que las todas las docentes de la institución logren involucrarse en este proceso.
- ✓ Es importante mantener actividades de autocuidado durante los cinco años de la carrera de psicología.

#### 4.3.8 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

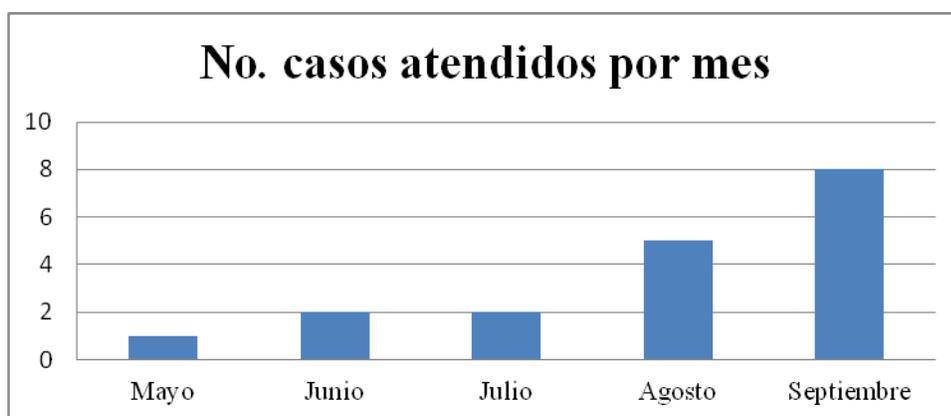
(ver anexos 2)

#### 4.4 Presentación de resultados con gráficas

En este apartado se contempla graficar cada uno de los datos, par tener mayor referencia de las actividades realizadas, tomando en cuenta los casos entendidos, por edad, por género, casos atendidos mensualmente, así mismo los temas atendidos con más frecuencia.

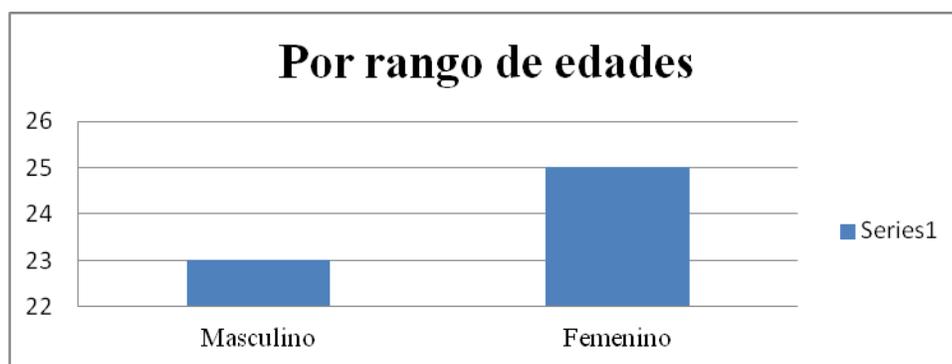
##### 4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1



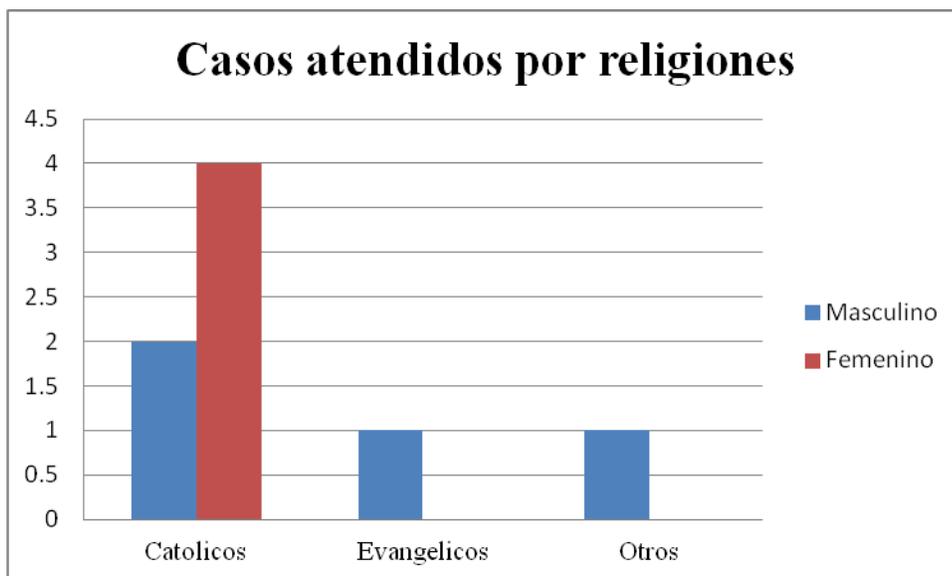
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 2



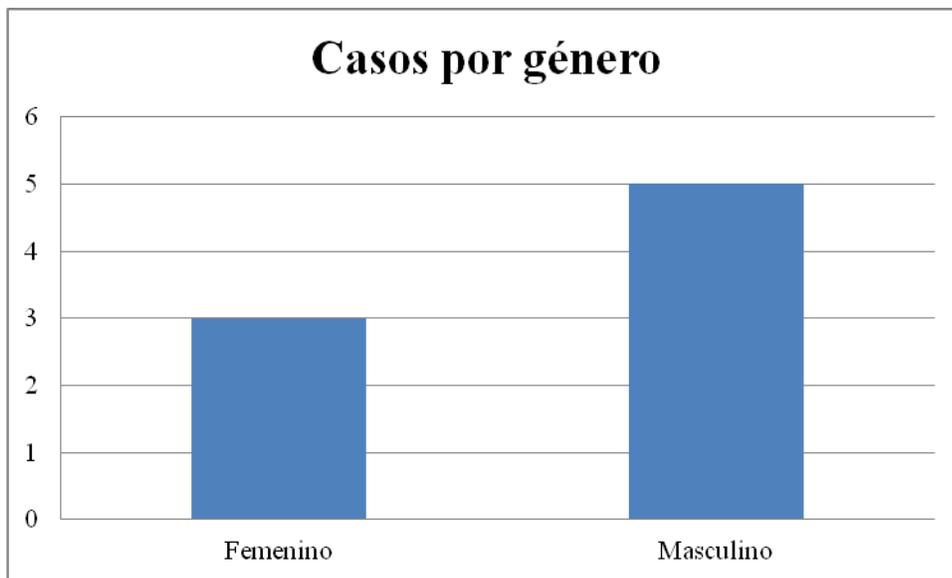
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3



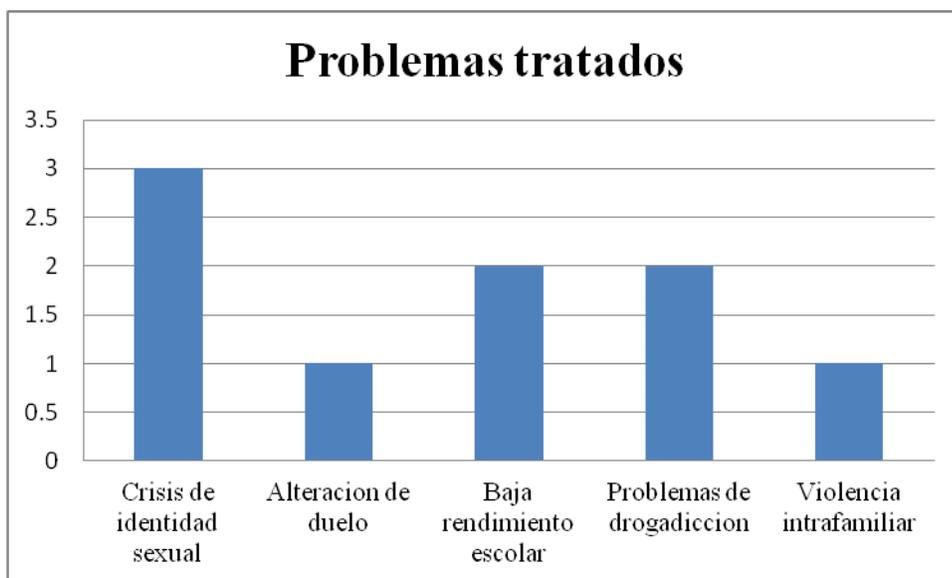
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4



Fuente: Elaboración propia

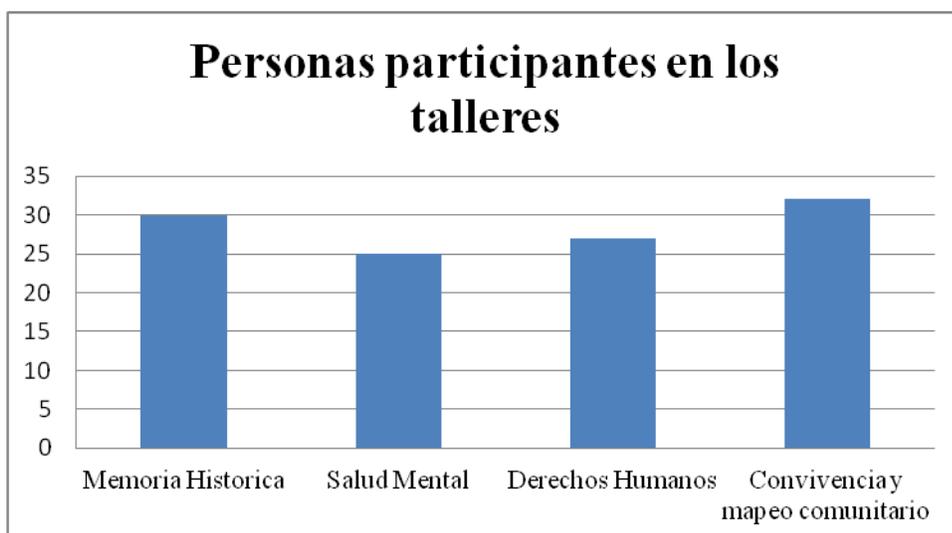
Gráfica 5



Fuente: Elaboración propia

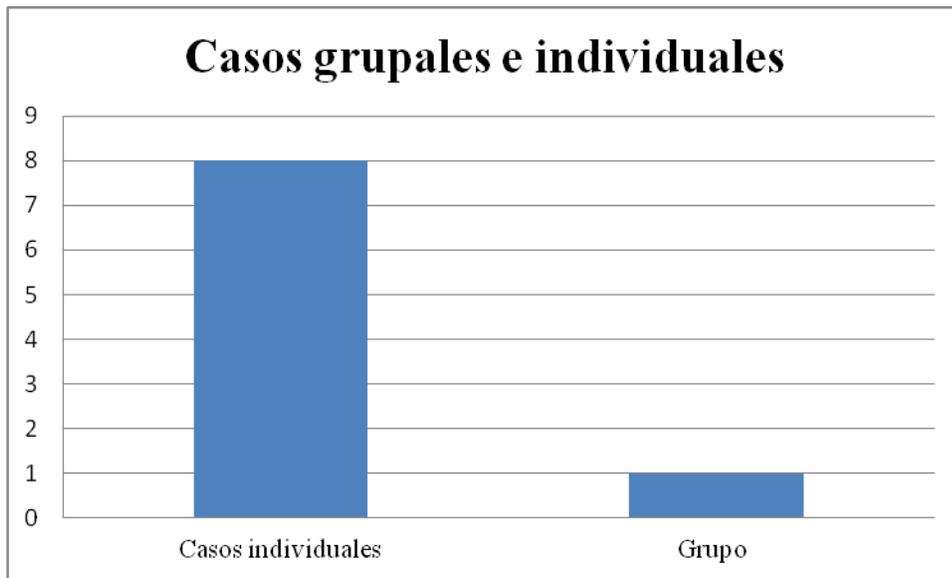
#### 4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica 6



Fuente: Elaboración propia

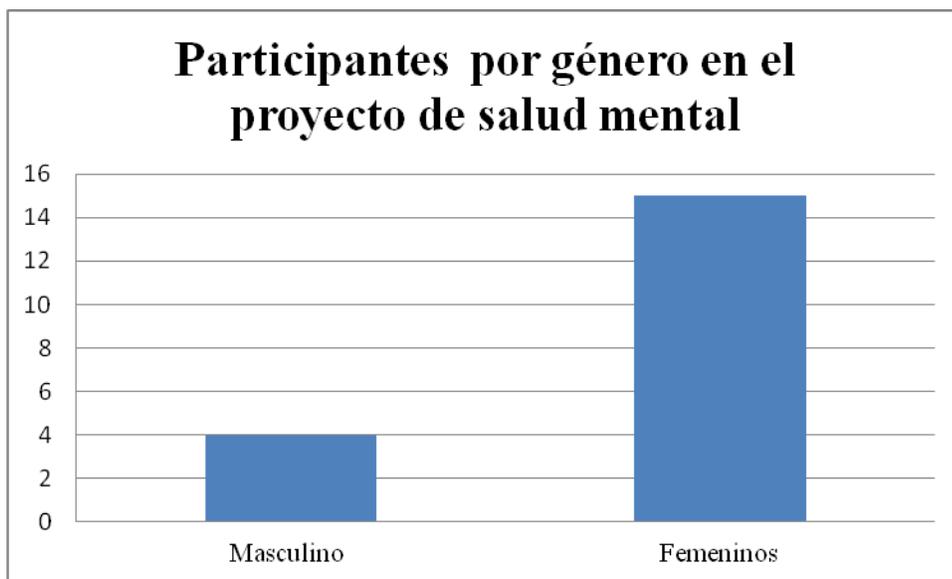
Grafica 7



Fuente: Elaboración propia

#### 4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 8



Fuente: Elaboración propia

#### 4.4.4 Análisis de datos

- a) En la gráfica número 1 se observa que el primer mes se tuvo solamente un caso, esto refleja un 10%, el último mes incremento a ocho casos atendidos simultaneamente, lo cual implica un 70%, esto indica que se tiene el grupo de jóvenes empieza a aperturar espacios para tratarse psicológicamente.
- b) En la gráfica número 2, indica las edades atendidas, las cuales esta comprendidas entre 25 años para el sexo femenino y 23 para el sexo masculino, esto señala que en la institución brinda apoyo en su mayor parte a jóvenes comprendidos entre las edades de 14 a 28 años.
- c) En la gráfica número 3, se refleja la religión que profesan las pesonas atendidas, 4 personas son católicos de sexo femenino, esto implica el 50% y 2 católicos masculinos indica el 25%, así mismo 1 evangélico 0% y 1 que profesa otros 10%.
- d) En la gráfica número 4, se reflejan los casos atendidos por género que en su mayoría son masculinos con un total de cinco casos esto refiere al 60%, y tres casos femeninos lo cual indica un 40%.
- e) En la gráfica número 5, se encuentran los casos individuales más frecuentes trados durante el proceso de pràctica. Tres con crisis de identidad, esto refiejere el 40%, y el menos frecuente es el caso de violencia intrafamiliar que solametne se presentó un caso esto implica el 10%.
- f) La gráfica número 6, encontramos se refiere a los talleres desarrollados a lo largo de la pràctica, estos se realizaron una vez por mes. En el tema de convivencia y mapeo comunitario la asistencia es de 32 personas, lo que equivale al 97% del grupo. En el tema de salud mental la asistencias es de 25 personas lo que equivale a un 80% de asistencia.

- g) La gráfica número 7, refiere los 8 casos individuales atendidos que corresponde a un 30%. Y solamente se atendió un grupo de jóvenes lo que refleja un 10%. Los casos individuales tiene un proceso sin embargo los casos grupales tienen un enfoque distinto al terapéutico.
- h) La gráfica número 8, indica que 15 personas de sexo femenino estudian la carrera de Psicología y 4 personas de sexo masculino estudian dicha carrera. Que en porcentajes es el 80% estudiantes de sexo femenino y 20% de estudiantes de sexo masculinos.

## Conclusiones

1. El desarrollo de la Práctica Dirigida es muy importante, principalmente para lograr comprender de manera directa los casos que se presentan a diario en diferentes instancias, organizaciones no gubernamentales, fundaciones y asociaciones.
2. La importancia de la psicología para lograr los objetivos trazados de alguna organización es imprescindible, porque la necesidad es latente y la población tiene demanda sobre esto.
3. Generar espacios de confianza en la institución donde se desarrolle la práctica, será la pauta para la referencia de casos, por lo que es necesario al inicio establecer y generar confianza.
4. Es importante mantener grupos terapéuticos ya que estos ayudan a detectar casos individuales. Así mismo el grupo genera seguridad y confianza a los pacientes.
5. Realizar una buena evaluación psicológica ayuda a generar un plan terapéutico adecuado, para que realmente las psicoterapias sean efectivas.
6. Tomar en cuenta durante las terapias individuales las particularidades de la cultura, el contexto para tener respaldo de la Ciencias Psicológicas.

## **Recomendaciones**

1. Es importante establecer dentro de estas organizaciones y fundaciones un espacio adecuado para la realización de las terapias individuales, para que el paciente pueda sentirse en confianza y pueda desarrollarse la psicoterapia sin ningún inconveniente.
2. Estar realmente orientados para realizar la práctica dirigida, ya que de esto depende la mejoría de las personas, así mismo la credibilidad de las Ciencias Psicológicas.
3. Establecer horarios específicos durante las clases presenciales para poder intercambiar experiencias e información sobre la práctica, esto ayudará a enriquecer los conocimientos.
4. Dejar cerrados los procesos terapéuticos antes de culminar el tiempo de practica, para que logremos la mejoría de los pacientes, así mismo no se rompa la confianza que se maneja en dicha psicoterapia.
5. Generar más espacios para el auto cuidado de los terapeutas. Esto ayudará a que realmente la ayuda brindada de parte de ellos sea efectiva. Así mismo ayudará a que no existan desgastes de parte de los mismos.

## Referencias

### Bibliográficas

- Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prestice-Hall.
- Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
- Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
- Aguilar Kubli, Eduardo (1992). *Domina la Autoestima*. Guatemala: Editorial Árbol.
- Aragó Mitjans, Joaquin Maria (1996). *Ética y valores*. Guatemala Editorial Profasr URL.
- Bravo Ortiz, Maria Fe (2002). *Psicofamalogía para psicólogos*. España Editorial Sintesis
- Cattell, Raymond y Eber, Herbert W. (1980). *Cuestionario de 16 Factores de la personalidad*. México D.F Editorial El Manual Moderno.
- E, Hammer (1997). *Test Proyectivos Gráficos*. Barcelona: Editorial Paidos.
- Engler, Barbara (1996). *Teorias de la personalidad*. Mexico D.F. Editorial programas educativos.
- Gonzalez Nuñez, Jose de Jesus (1999). *Psicoterapia de grupos*. Mexico D.F. Editorial el Manual Moderno S.A.
- Kleinke Chris L. (1998). *Principios comunes en la Psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Nuberg, Herman (1955). *Principios del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Amorrartu.

### Internet

- Belloch , A y Sandísn B.(1,997) *Manual de Psicotapología*, volumen I,España: Mcgraw-Hill.
- Bolaños E. María del Carmen. “*Educación Afectivo sexual en la educación infantil*”. España.

## Anexos

Anexo 1

Constancias de horas de práctica



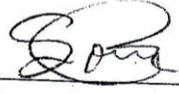
**HORAS REALIZADAS**  
**PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

MES: MARZO Y ABRIL 2012

FECHAS	HORAS
30 de enero de 2012	2
20 de febrero de 2012	4
2 de marzo de 2012	4
5 de marzo de 2012	4
7 de marzo de 2012	4
Total	18 Horas

f)   
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica



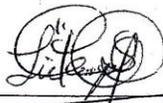
f)   
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida

Licda. Sonia Pappa



**HORAS REALIZADAS**  
**PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**  
MES: DE MAYO DE 2012

<b>FECHAS</b>	<b>HORAS</b>
9 de marzo de 2012	4
12 de marzo de 2012	4
14 de marzo de 2012	4
16 de marzo de 2012	4
19 de marzo de 2012	4
23 de marzo de 2012	4
26 de marzo de 2012	4
28 de marzo de 2012	4
2 de abril de 2012	4
<b>Total</b>	<b>36 horas</b>

f)   
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica

f)   
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida  
Licda. Sonia Pappa



**HORAS REALIZADAS**  
**PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**  
MES: DE JUNIO DE 2012

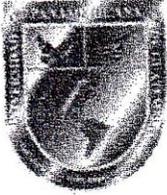
FECHAS	HORAS
9 de abril de 2012	8
13 de abril de 2012	8
16 de abril de 2012	8
18 de abril de 2012	8
20 de abril de 2012	8
23 de abril de 2012	8
25 de abril de 2012	8
27 de abril de 2012	8
30 de abril de 2012	8
Total	72 horas

f)   
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica



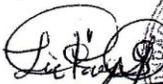
f)   
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida

Licda. Sonia Pappa



**HORAS REALIZADAS**  
**PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**  
MES: DE JULIO DE 2012

FECHAS	HORAS
2 de mayo de 2012	8
7 de mayo de 2012	8
11 de mayo de 2012	8
14 de mayo de 2012	8
16 de mayo de 2012	8
21 de mayo de 2012	8
23 de mayo de 2012	8
28 de mayo de 2012	8
30 de mayo de 2012	8
Total	72 horas

f)   
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica



f)   
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida

Licda. Sonia Pappa



**HORAS REALIZADAS**  
**PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**  
MES: DE JULIO DE 2012

FECHAS	HORAS
2 de julio de 2012	4
4 de julio de 2012	4
6 de julio de 2012	4
9 de julio de 2012	4
11 de julio de 2012	4
13 de julio de 2012	4
16 de julio de 2012	4
18 de julio de 2012	4
20 de julio de 2012	4
23 de julio de 2012	4
25 de julio de 2012	4
27 de julio de 2012	4
<b>Total</b>	<b>48 horas</b>

f)   
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica



f)   
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida  
Licda. Sonia Pappa



**HORAS REALIZADAS**  
**PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**  
MES: DE AGOSTO DE 2012

FECHAS	HORAS
3 de agosto de 2012	8
6 de agosto de 2012	8
10 de agosto de 2012	8
13 de agosto de 2012	8
17 de agosto de 2012	8
24 de agosto de 2012	8
Total	48 horas

f)   
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica



f)   
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida

Licda. Sonia Pappa

Anexo 2  
Cronogramas de actividades

Charla 1: Memoria histórica con enfoque psicosocial

<b>HORARIO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>8:00 A 9:00</b>	Inscripción	Lista de asistencia, lapiceros, gafetes, ganchos, marcadores.
<b>9:00 a 9:10</b>	Invocación	Velas, fósforo, flores, pino, humano.
<b>9:10 a 9:20</b>	Bienvenida	Humanos, dinámica
<b>9:20 a 9:30</b>	Socialización de objetivos y resultados	Humano
<b>9:30 a 11:00</b>	Tema: Memoria Histórica.	Humano
<b>11:00 a 11:15</b>	Grupos de trabajo	Humano, dinámicas, papelógrafos, marcadores.
<b>11:15 a 11:30</b>	Exposición e información próximo taller.	Humano, papelògrafos, Masquintape, marcadores

## II Charla 2 La Salud Mental

<b>HORARIO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>8:00 A 9:00</b>	Inscripción	Lista de asistencia, lapiceros, gafetes, ganchos, marcadores.
<b>9:00 a 9:10</b>	Invocación	Velas, fósforo, flores, pino, humano.
<b>9:10 a 9:20</b>	Bienvenida	Humanos, dinámica
<b>9:20 a 9:30</b>	Socialización de objetivos y resultados	Humano
<b>9:30 a 11:00</b>	Tema: La Salud Mental.	Humano
<b>11:00 a 11:15</b>	Grupos de trabajo	Humano, dinámicas, papelógrafos, marcadores.
<b>11:15 a 11:30</b>	Exposición e información próximo taller.	Humano, papelógrafos, Masquintape, marcadores

### III Charla 3 Derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos

<b>HORARIO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>8:00 A 9:00</b>	Inscripción	Lista de asistencia, lapiceros, gafetes, ganchos, marcadores.
<b>9:00 a 9:10</b>	Invocación	Velas, fósforo, flores, pino, humano.
<b>9:10 a 9:20</b>	Bienvenida	Humanos, dinámica
<b>9:20 a 9:30</b>	Socialización de objetivos y resultados	Humano
<b>9:30 a 11:00</b>	Tema: Derechos Humanos y derechos sexuales y reproductivos.	Humano Lotería sobre derechos sexuales y reproductivos.
<b>11:00 a 11:15</b>	Grupos de trabajo	Humano, dinámicas, papelógrafos, marcadores.
<b>11:15 a 11:30</b>	Exposición e información próximo taller.	Humano, papelógrafos, Masquintape, marcadores

#### IV Charla 4 Convivencia y mapeo comunitario

<b>HORARIO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>8:00 A 9:00</b>	Inscripción	Lista de asistencia, lapiceros, gafetes, ganchos, marcadores.
<b>9:00 a 9:10</b>	Invocación	Velas, fósforo, flores, pino, humano.
<b>9:10 a 9:20</b>	Bienvenida	Humanos, dinámica
<b>9:20 a 9:30</b>	Socialización de objetivos y resultados	Humano
<b>9:30 a 11:00</b>	Tema: Convivencia y mapeo comunitario.	Humano  Figura humana para realizar el mapeo comunitario.
<b>11:00 a 11:15</b>	Grupos de trabajo	Humano, dinámicas, papelógrafos, marcadores.
<b>11:15 a 11:30</b>	Exposición e información próximo taller.	Humano, papelògrafos, Masquintape, marcadores

## Proyecto de salud mental

### I Programa de elaboración de proyectos de salud mental

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

## Cronograma por actividades.

### Actividad 1

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

## Actividad 2

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

### Actividad 3

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

### Actividad 4

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

## Anexo 3

### Fotografías





