

PPD-ED-75
5633
C-2

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



**Incidencia de la pobreza en el rendimiento escolar detectado en
los niños atendidos en la Fundación Cristiana Niños y
Ancianos en el departamento de Chimaltenango
(Informe Práctica Profesional Dirigida)**

Gelen Darneth Gómez Ruíz

Guatemala, febrero 2011



U/ ABR 2011

BIBLIOTECA UPANA U. PANAMERICANA DE GUATEMALA
0.100.-

**Incidencia de la pobreza en el rendimiento escolar detectado en
los niños atendidos en la Fundación Cristiana Niños y
Ancianos en el departamento de Chimaltenango**
(Informe Práctica Profesional Dirigida)

Gelen Darneth Gómez Ruíz

Guatemala, febrero 2011

DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

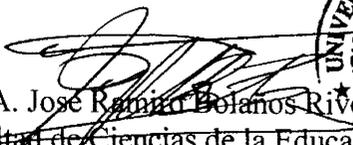
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: **Gelen Darneth Gómez Ruiz** estudiante
de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería
Social, de esta Facultad solicita autorización para la
realización de la Práctica Profesional Dirigida
para completar requisitos de graduación.

Dictamen No. 009 10/2010

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

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: "**Incidencia de la pobreza en el rendimiento escolar detectada en niños atendidos en la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos en el departamento de Chimaltenango**". Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante **Gelen Darneth Gómez Ruiz** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.


M.A. José Ramón Bolanos Rivas
Facultad de Ciencias de la Educación
Decano



C.C. Archivo

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos CFCA, presentado por la estudiante

Gelen Darneth Gómez Ruíz

*quién se identifica con número de carné 0601757 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

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACION, Guatemala, uno de febrero del año dos mil once.-----

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con la temática:
**“Inicia de la pobreza en el rendimiento escolar detectado en niños atendidos en la
Fundación Cristiana para Niños y Ancianos en el departamento de Chimaltenango.**
Presentado por la estudiante **Gelen Darneth Gómez Ruiz**, previo a optar al grado
Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los
requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el
presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.

Licda. Jacqueline Girón
Revisor (a)



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, acquiere sapientia"

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Incidencia de la pobreza en el rendimiento escolar detectado en los niños atendidos en la Fundación Cristiana Niños y Ancianos en el departamento de Chimaltenango**. Presentado por la estudiante **Gelen Darneth Gómez Ruiz**, previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


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



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I Marco de referencia	
1.1 Descripción de la institución	3
1.2 Misión	3
1.3 Visión	4
1.4 Organigrama	4
1.5 Objetivos	4
1.6 Población que atiende	5
1.6 Descripción de la población que atiende	5
1.7 Planteamiento del problema	5
Capítulo II Referente teórico	
2.1 Factores que inciden en el bajo rendimiento escolar	6
2.1.1 La pobreza en Guatemala	6
2.1.2 La violencia	12
2.1.3 Problemas de aprendizaje	17
2.1.4 Alcoholismo	24
2.2 Psicopatología	31
2.2.1 Clasificación	33
2.2.2 Objeto de estudio	34
2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos	34
2.3 Métodos de psicodiagnóstico	45
2.3.1 Instrumentos	46

2.4 Psicoterapia	64
2.4.1 Relación terapéutica	65
2.4.2 Competencias	66
2.4.3 Proceso terapéutico	67
2.4.4 Modelos de psicoterapia	70
2.4.5 Formas de psicoterapia	80
Conclusiones	110

Capítulo III Referente metodológico

3.1 Programa de la práctica	111
3.2 Subprogramas	122
3.3 Programa de atención de casos	122
3.4 Programa de capacitación	124
3.5 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	125

Capítulo IV Presentación de resultados

4.1 Programa de atención de casos	129
4.1.1 Logros	129
4.1.2 Limitaciones	129
4.1.3 Conclusiones	130
4.1.4 Recomendaciones	130
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos (Presentación de Historias Clínicas)	130
4.2 Programa de Capacitación	143
4.2.1 Logros	143
4.2.2 Limitaciones	143
4.2.3 Conclusiones	143
4.2.4 Recomendaciones	143
4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados	144
4.4.6 Presentación de gráficas	155

4.4.7 Análisis de resultados	161
Conclusiones	163
Recomendaciones	164
Referencias	165
Anexos	166

Resumen

El presente informe detalla una investigación de campo y teórica, basada en la experiencia y conocimiento de las distintas técnicas y métodos utilizados dentro la Práctica Profesional Dirigida correspondiente al quinto grado de la Licenciatura en Psicología y Consejería social, fue realizada en la cabecera departamental de Chimaltenango, en La Fundación Cristiana Para Niños y Ancianos, con el objetivo de poder beneficiar a esta institución poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante los cinco años de la carrera.

Básicamente el trabajo lleva al lector, en su parte bibliográfica, a darse cuenta del significado e importancia de la psicología dentro del ser individual como social y de la aplicación que se hace en el ejercicio de la profesión.

Introducción

La Práctica Profesional Dirigida correspondiente al quinto grado de la Licenciatura en Psicología y Consejería social, fue realizada en la cabecera departamental de Chimaltenango, en La Fundación Cristiana Para Niños y Ancianos CFCA, con el objetivo de poder beneficiar a esta institución poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante los cinco años de la carrera.

Con la finalidad de ayudar y brindar apoyo emocional a todo aquel que así lo solicito, se realizo una serie de acciones determinadas a través de técnicas, métodos, planes y procesos psicologicos enfocados desde diferentes perspectivas según las necesidades del paciente.

El objetivo básico de este informe es detallar minuciosamente los diferentes tipos de investigación realizados y determinar que la psicología como ciencia es la más necesita dentro de nuestra sociedad.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

La Práctica Profesional Dirigida correspondiente al quinto grado de la Licenciatura en Psicología y Consejería social, se realiza esta práctica como requisito de egreso de dicha carrera, la cual fue realizada en la cabecera departamental de Chimaltenango, en La Fundación Cristiana Para Niños y Ancianos, con el objetivo de poder beneficiar a esta institución poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante los cinco años de la carrera.

En el presente capítulo se detallan aspectos característicos de la institución, su descripción, misión, visión, objetivos y organización; también la población que es atendida y los servicios con los que cuenta. A continuación se detalla algunos aspectos de dicha institución.

1.1 Descripción de la institución

La Fundación Cristiana Para Niños y Ancianos es una organización laica basada en brindar ayuda individual y social a través de distintas técnicas de ayuda como apadrinamiento, becas de estudio a niños y ancianos con la finalidad de eliminar la pobreza en Guatemala y hace de ella un país con mejores oportunidades.

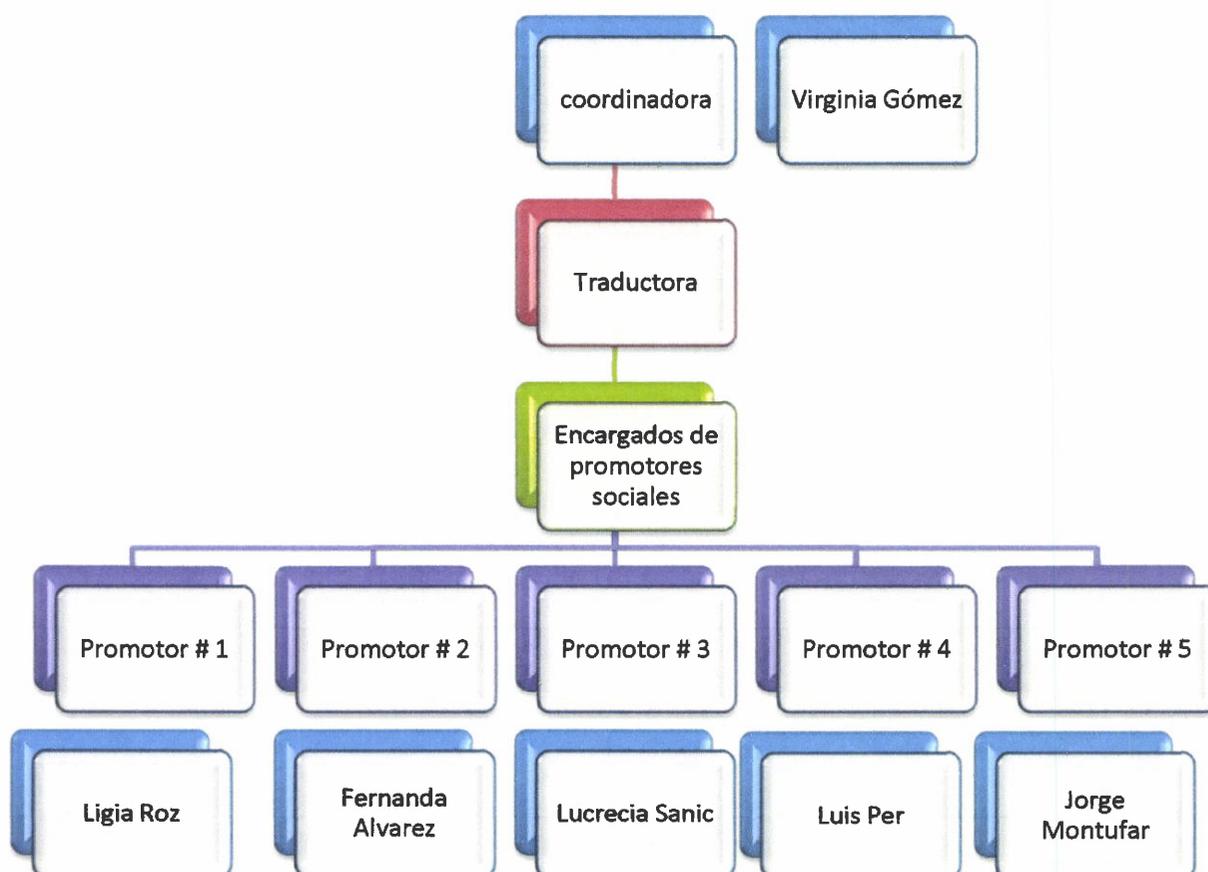
1.2 Misión

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

3 Visión

Crear una comunidad mundial de compasión a través de un alcance personal.

1.4 Organigrama Fundación Cristiana Para Niños y Ancianos CFCA



1.5 Objetivos

1.5.1 Generales

- ✓ Impulsar y potenciar un proceso de formación, capacitación humana y técnica para la persona que labora en todos los niveles de CFCA, para lograr un ser y que hacer eficiente con sentido humanitario.

1.5.2 Específicos

- ✓ Establecer y acompañar el proceso de planificación y organización que responda a las políticas de la Fundación y del contexto de la realidad para incidir sobre el desarrollo sostenible de sus beneficiarios.
- ✓ Promover y encauzar la creación de pequeñas comunidades de compasión y el desarrollo integral de los beneficiarios de acuerdo a su realidad socioeconómica, multicultural y religiosa para que, reconocidas en su dignidad, sean capaces de generar una nueva convivencia basada en los valores de la fraternidad, solidaridad, justicia, paz, respeto y equidad.

1.6 Población que atiende

- ✓ Niños
- ✓ Ancianos

1.7 Descripción de la población que atiende

A través del apadrinamiento de niños y ancianos, se establecen relaciones de respeto mutuo y apoyo al mismo tiempo se concientiza al país de las necesidades y dones de los pobres y también de la misión de entrega de la iglesia.

1.8 Planteamiento del problema principal

La incidencia de la pobreza afecta en el rendimiento escolar de niños en el departamento de Chimaltenango, por lo que se hace necesario que tengan un ayuda psico educativa.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

El presente capítulo describe el contenido de temas investigados durante la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de la carrera de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, en donde se abordó y dio solución a los conflictos de los casos clínicos atendidos dando una mejor asistencia psicológica a las personas que solicitaron este tipo de ayuda. El contenido de los temas investigados en esta sección está relacionado con la detección de problemas de rendimiento escolar tratados en el centro de práctica, muchos de los cuales se deben a la incidencia de la pobreza, problemas de desintegración, alcoholismo y más. Por lo que uno de los primeros temas que se abordará será la pobreza en Guatemala.

2.1 Factores que inciden el bajo rendimiento escolar

2.1.1 La pobreza en Guatemala

El tema de la pobreza, a pesar de ser irónicamente en Guatemala el Pan nuestro de cada día hasta hace relativamente poco tiempo se está tomando como un punto de análisis y estudio para el diseño de políticas públicas de desarrollo social.

El término pobreza puede estar involucrado a diversos aspectos dentro de una sociedad; por ejemplo, en lo educativo, en lo económico, en lo social y en lo ambiental. Se podemos asociar con otros temas, tales como la exclusión, la inequidad y la vulnerabilidad, que aunque no necesariamente signifiquen lo mismo guardan una estrecha relación.

Aunque la pobreza abarca una serie de dimensiones que incluso hacen difícil definir el tema el cual se refiere a pobreza en las personas como la privación de bienestar, así como la inaccesibilidad y falta de oportunidades para alcanzar dicha condición. La condición de bienestar es motivo de

discusión, ya que este término puede prestarse a interpretaciones subjetivas. Para profundizar el tema se recomienda revisar el estudio “*Los rostros de la pobreza, el debate*”, tomo I, de la *Universidad Iberoamericana de México*, pp. 1892.

Es esperado que los índices de desarrollo y bienestar a nivel macroeconómico se traduzcan en desarrollo y bienestar de los individuos. No basta con un índice inflacionario bajo y un Producto Interno Bruto alto en la economía de un país mientras la mayoría o una gran parte de la población se encuentre en condiciones de pobreza o pobreza extrema. No bastan niveles de libertad económica “aceptables”, mientras hay personas que nacen sin acceso a oportunidades mínimas de educación, salud y vivienda que les condenan a mantenerse dentro de un círculo vicioso de pobreza.

Se hace entonces importante conocer el panorama de la nación para dirigir y focalizar políticas que distribuyan los recursos escasos hacia donde más se necesiten en el corto plazo, así como procurar la construcción de escenarios adecuados con el fin de construir una plataforma sostenible e integral de desarrollo hacia el mediano y largo plazo.

Algunas de las muchas preguntas que surgen al respecto son:

A. ¿Quiénes son pobres?

Un pobre se puede definir a sí mismo como pobre, con lo que se obtiene una definición cualitativa de la pobreza. Claros indicadores de ésta definición así como las percepciones de la situación de pobreza de los entrevistados se supone que al observar en el estudio realizado por el Lic. Miguel Von Höegen del Instituto de Investigaciones Económico-Sociales – IDIES - de la Universidad Rafael Landívar, “*los pobres explican la pobreza: el caso de Guatemala*”. El estudio muestra como la población consultada en estado de pobreza define además las causas, consecuencias y propuestas de solución a dicha condición.

Una forma de ubicarse en cuanto a quiénes son pobres en Guatemala bajo un parámetro cuantitativo consiste en delimitar una línea de pobreza. Este indicador se puede construir a través

de la cuantificación monetaria de una canasta básica de bienes y servicios esenciales por persona, considerando como pobres a aquellas personas que están por debajo de obtener ingresos que les permitan acceder a dicha canasta. Existe también una clasificación de extrema pobreza al delimitar cuantitativamente en términos monetarios una canasta básica de alimentos necesarios para la subsistencia tomando como base los requerimientos calóricos según estándares internacionales (FAO, Incap, etc). La información del ingreso de las personas se obtiene generalmente a través de las encuestas. Se utiliza por lo general la información sobre el consumo que revelan las personas encuestadas.

La identificación de hogares que no tienen acceso a servicios que les puedan cubrir las necesidades de quienes allí viven y facilitarles una vida digna, se realiza por medio del cálculo de las Necesidades Básicas Insatisfechas, -NBI-. A través de las NBI se identifica como pobres a aquellos hogares que no pueden satisfacer sus necesidades de vivienda, educación, acceso a agua potable y servicios sanitarios, entre otras características dependiendo de los objetivos del estudio y los datos a los que se tienen acceso. Estas condiciones muchas veces dependen del Gobierno Central y/o gobiernos locales para brindar dichos servicios.

Los mapas de pobreza son una herramienta importante para identificar de manera gráfica cuáles son las áreas geográficas en donde se concentran las poblaciones en condiciones económicas más desfavorables lo cual permite a quienes formulan políticas económicas y sociales asignar los recursos hacia aquellos lugares en donde las carencias son mayores. Es decir, los mapas de pobreza son un instrumento valioso para la focalización del gasto público.

El Fondo de Inversión Social, FIS, cuenta con un mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas en Guatemala, el cual fue elaborado tomando como base el X Censo Nacional de Población y V de Habitación de 1994. Este mapa, ha permitido al FIS a establecer proyectos comunitarios que respondan a las necesidades identificadas, trabajando conjuntamente con las comunidades ya organizadas para tal fin. Es probable que los indicadores de NBI elaborados en dicho estudio hayan cambiado a raíz de la inversión en obras de infraestructura que ejecutó el gobierno anterior.

La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Universidad Rafael Landívar (URL), con asesoría técnica del Banco Mundial (BM) y el auspicio del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

recién acaban de terminar el Mapa de Pobreza Probabilístico Combinado de Guatemala , el cual se construyó a partir de la información que proporcionan el X Censo de Población y V de Habitación efectuado en 1994 así como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares (ENIGFAM) correspondiente a los años 1998 – 1999.

Para la construcción de este mapa se utilizó la metodología elaborada por Hentschel y Lanjouw (1998) la que consiste en combinar la información proporcionada por los censos poblacionales y las encuestas de ingresos y gastos.

Esta metodología permite combinar la riqueza de información sobre el consumo de los hogares, contenida en las encuestas de ingresos y gastos, con la cobertura de la información del censo en donde se encuentra el total de la población. Los resultados de este mapa se utilizan para realizar comparaciones entre regiones y poder asignar pertinentemente los recursos y definir políticas sociales hacia las regiones más necesitadas.

Un aspecto importante de los mapas de pobreza es que pueden ser combinados con otros mapas que presenten alguna información sobre las condiciones de vida de la población. A partir de esta combinación se puede obtener mayor información sobre las características de la población localizada en la zona geográfica seleccionada.

En la actualidad existen diversos mapas de pobreza o condiciones de vida elaborados a partir de metodologías diferentes. Cada uno de estos mapas representa un aspecto diferente de la situación socioeconómica de la población bajo análisis (bienestar). Sin embargo, su uso va dirigido hacia el mismo fin: mejorar las condiciones de vida de la población donde se carece de ciertos servicios o donde se evidencia la falta de atención en el área específica de estudio.

Mientras mayor sea la información sobre las condiciones de vida de la población y acceso a servicios, mayor serán las posibilidades de asignar los recursos eficientemente, siendo la prioridad dirigir los recursos hacia los lugares en donde la pobreza esté más acentuada. Al empatar mapas de desnutrición o de analfabetismo con mapas de pobreza, se pueden obtener insumos importantes para la distribución de recursos enfocados a políticas alimentarias o de educación, por ejemplo.

B. ¿Cuántos son pobres en Guatemala?

El Informe de Desarrollo Humano para el año 2000, “Guatemala: La fuerza incluyente del desarrollo humano” que elabora anualmente el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) nos muestra un porcentaje que indica la exclusión en su dimensión económica: “A pesar de algunas mejoras durante la última década del siglo XX, la pobreza continúa siendo elevada en Guatemala. Más de la mitad de la población guatemalteca (57%) es pobre y más de un cuarto (27%) extremadamente pobres.” De igual manera, el Banco Mundial indica que en 1989, el 39.8% de la población guatemalteca vive con menos de 1US\$ al día y el 64.3% de los y las guatemaltecos y guatemaltecas viven con menos de 2US\$ diarios.

A pesar del debate sobre la existencia de la radiografía más ajustada posible de la pobreza en Guatemala las causas son el principal reto a enfrentar, para lo cual la respuesta dentro de una Estrategia de Reducción a la Pobreza implica propuestas de desarrollo en el corto, mediano y largo plazo que impliquen no únicamente ayudar a los pobres a dejar de serlo, sino más bien propiciar las condiciones políticas, sociales, económicas, ambientales y culturales, entre otras, que permitan a las personas no solo salir del círculo vicioso de la pobreza sino contar con las oportunidades y la “libertad” de poder escoger su propio proyecto de vida que brinde su bienestar sin descuidar el bienestar colectivo de sus contemporáneos y las futuras generaciones a la misma vez.

La pobreza es un fenómeno de múltiples dimensiones. Hay causas y efectos de la pobreza que deben abordarse de manera integral y con visión de sostenibilidad en tiempo y recursos. La vulnerabilidad y el riesgo de la población que vive en condiciones de pobreza, las diversas facetas de la Globalización, las oportunidades para que cada individuo pueda construir su propio proyecto de vida, las condiciones políticas y el entorno social, son aspectos importantes que una Estrategia de Reducción a la Pobreza debe abarcar y tomar en cuenta al momento de formularse.

Una Estrategia de Reducción a la Pobreza debe trascender más allá de un gobierno de turno y debe evitar utilizarse como retórica para estar al día en la agenda de cooperación internacional. Una estrategia de reducción a la pobreza debe elaborarse tomando en cuenta las opiniones de la población, así como los estudios técnicos que ayuden a dirigirla. Asimismo la estrategia debe ser

ejecutada conjunta y directamente con los beneficiarios de ésta quienes se constituirían en sujetos y socios de la misma en todo momento, principalmente en la ejecución de acciones concretas.

El Estado juega un rol importante en la protección y compensación social de las personas, como también lo tienen los Centros de Investigación, Universidades y entidades de la Sociedad Civil que enfocan sus estudios y acciones hacia el tema, sin excluir por supuesto a los profesionales, el sector empresarial y los ciudadanos en general.

La transparencia en el uso de los recursos públicos y la integridad de los funcionarios de todos los niveles de administración pública son un factor fundamental en cualquier Estrategia que busque el desarrollo del País. Es impensable la implementación de políticas encaminadas a la reducción de la pobreza con la presencia de corrupción en el Estado. De nada sirve un mapa de pobreza que indique hacia donde canalizar los recursos públicos y las políticas de desarrollo si estas no pueden ejecutarse debido a la ineficiencia, la corrupción y la falta de transparencia por parte del Gobierno.

Es importante conocer el contexto para de allí poder tomar decisiones en las políticas y estrategias de desarrollo nacional. Es preciso que el tema de la pobreza no se utilice como un discurso político. La pobreza afecta a toda la población en general directa o indirectamente, ya que el fenómeno social más cruel como lo es no tener acceso a recursos para sobrevivir se desborda en otro tipo de problemas sociales que afectan a toda la población como lo son la delincuencia e inseguridad. La historia evidencia que mientras más se tardan las acciones de desarrollo en llegar a la población, mas se acrecienta la posibilidad de un nuevo estallido político y social.

2.1.2 Violencia

La violencia (del latín *violentia*) es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente, con la agresión física, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad, otras son crímenes.

Distintas sociedades aplican diversos estándares en cuanto a las formas de violencia que son o no son aceptadas. Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese, y caiga quien caiga. Suele ser de carácter

dominantemente egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía. Todo lo que viola lo razonable es susceptible de ser catalogado como violento si se impone por la fuerza.

Existen varios tipos de violencia, incluyendo el abuso físico, el abuso psíquico y el abuso sexual. Sus causas pueden variar, las cuales dependen de diferentes condiciones, como las situaciones graves e insoportables en la vida del individuo, la falta de responsabilidad por parte de los padres, la presión del grupo al que pertenece el individuo (lo cual es muy común en las escuelas) y el resultado de no poder distinguir entre la realidad y la fantasía, entre otras muchas causas.

2.1.2.1 Tipos de violencia

a) Violencia directa:

Es la que realiza un emisor o actor intencionado (en concreto, una persona), y quien la sufre es un ser dañado o herido física o mentalmente. La definición de violencia como la aplicación de métodos fuera de lo natural es un abuso de autoridad en el que alguien cree tener poder sobre otro. Generalmente se da en las relaciones asimétricas: el hombre sobre la mujer o el padre sobre el hijo, para ejercer el control.

Si bien la más visible es la violencia física, manifestada a través de golpes que suelen dejar marcas en el cuerpo (hematomas y traumatismos), no por ello es la única que se practica.

b) Violencia estructural:

Se manifiesta cuando no hay un emisor o una persona concreta que haya efectuado el acto de violencia.

c) Violencia cultural:

Se refiere a los aspectos de la cultura que aportan una legitimidad a la utilización del arte, religión, ciencia, derecho, ideología, medios de comunicación, educación, etc., que vienen a violentar la vida. Así, por ejemplo, se puede aceptar la violencia en defensa de la fe o en defensa de la religión. Dos casos de violencia cultural pueden ser el de una religión que justifique la realización de

guerras santas o de atentados terroristas, así como la legitimidad otorgada al Estado para ejercer la violencia. Cabe añadir que toda violencia cultural es simbólica.

d) Violencia emocional:

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

e) Violencia juvenil:

Se refiere a los actos físicamente destructivos (vandalismo) que realizan los jóvenes y que afectan a otros jóvenes (precisemos, aquí, que los rangos de edad para definir la juventud son diferentes en cada país y legislación). En todos los países, los principales actores de este tipo de violencia son los hombres, y la educación social es tal que el joven violento lo es desde la infancia o temprana adolescencia.

Sin embargo, la interacción con los padres y la formación de grupos, parches, galladas o pandillas aumenta el riesgo de que los adolescentes se involucren en actividades delictivas, violentas y no violentas (acción directa).

f) Violencia de Género:

Actos donde se discrimina, ignora y somete a la pareja o cónyuge, por el simple hecho de ser del sexo opuesto. La violencia de género no sólo atiende al sexo femenino, pero los casos de violencia de género casi siempre o siempre son de él hombre hacia la mujer.

2.1.2.2 Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar se refiere a todas las formas de abuso que ocurren en las relaciones entre los miembros de una familia. Esto incluye toda conducta que por acción u omisión dañe física y psicológicamente a otro miembro de la familia.

Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el matonaje, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un

miembro de la familia contra algún otro familiar. Implica lastimar a alguien, por lo general un cónyuge o una pareja, pero también puede ser un padre, un hijo u otro familiar. La violencia doméstica es un problema muy serio. Es una causa común de lesiones. Las víctimas pueden sufrir lesiones físicas, como hematomas o fracturas óseas. Pueden sufrir emocionalmente de depresión, ansiedad o aislamiento social.

Es difícil conocer con exactitud la incidencia de la violencia doméstica, ya que frecuentemente las personas no la denuncian. No existe una víctima típica. Ocurre entre personas de todas las edades. Afecta todos los niveles de ingresos y de educación.

Habitualmente este tipo de violencia no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo. Los principales sujetos pasivos son las mujeres, niños y personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de confianza. Dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil conocer sus dimensiones globales. Cabe añadir que la Dogmática considera de forma unánime que el término *violencia* se refiere tanto a violencia física como psicológica, considerándose igualmente tanto las lesiones físicas como las psicológicas.

La violencia familiar incluye toda violencia ejercida por uno o varios miembros de la familia contra otro u otros miembros de la familia. La violencia contra la infancia, la violencia contra la mujer y la violencia contra las personas dependientes y los ancianos son las violencias más frecuentes en el ámbito de la familia. No siempre se ejerce por el más fuerte física o económicamente dentro de la familia, siendo en ocasiones razones psicológicas (véase síndrome de Estocolmo) las que impiden a la víctima defenderse.

La violencia familiar tiene como base la cultura (el medio donde se desarrolla ésta situación) y que incluso, engloba a los medios de comunicación. Este régimen de ideas apoya ciertas justificaciones a las acciones clasificadas como violencia intrafamiliar por el uso de estereotipos a los miembros de la familia. Durante la década de los setentas se desarrollaron varias teorías sobre los posibles principios del abuso de la mujer por su marido o pareja masculino. Una de ellas es a base del pensar feminista que postula que la sociedad es patriarcal y que se acepta el uso de la violencia para mantener dominación masculina. Según esta teoría el hombre utiliza la violencia para

subordinar a las mujeres porque las mujeres le temen a la violencia. Otra teoría refleja que los hombres causan daño a su pareja reportan sentimientos de impotencia respecto a su pareja.

La violencia intrafamiliar comprende:

- a) La violencia física, considerando esta como cualquier acción no accidental que provoque o pueda provocarte daño físico, enfermedad o riesgo de padecerla,
- b) La violencia psíquica, considerando como tal los actos, conductas o exposición a situaciones que agredan o puedan agredir, alteren o puedan alterar el contexto afectivo necesario para tu desarrollo psicológico normal, tales como rechazos, insultos, amenazas, humillaciones, aislamiento.
- c) La violencia sexual, como toda actividad dirigida a la ejecución de actos sexuales en contra de tu voluntad, dolorosos o humillantes o abusando del poder, autoridad, con engaño o por desconocimiento en el caso de los menores.
- d) La violencia económica, como la desigualdad en el acceso a los recursos económicos que deben ser compartidos, al derecho de propiedad, a la educación y a un puesto de trabajo, derechos reconocidos en la Constitución. La corrupción, como conductas desviadas, antisociales o desadaptadas que impiden tu integración social (inducción a la delincuencia, explotación sexual). La explotación laboral y mendicidad, son situaciones en las que mediante abuso de poder o por fuerza y con violencia un miembro de la familia te obliga a la práctica continuada de trabajos o actividades que o bien interfieren en tu normal desarrollo o exceden de los límites de lo considerado normal en función de la edad, sexo, formación, o que se consideran humillantes o antisociales.

2.1.2.3 Circulo de la violencia intrafamiliar

Cuando una pareja es esta empezando su relación es muy difícil que aparezca la violencia. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia. La dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un

ciclo que pasa por tres fases, las que difieren en duración según los casos. Es importante aclarar que el agresor no se detiene por sí solo. Si la pareja permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

1. Fase 1. Acumulación de tensión:

Medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el *stress*. Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas. El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia. La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.

La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los hijos más silenciosos. El abuso físico y verbal continúa. La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso. El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.) El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc. Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

2. Fase 2. Episodio agudo de violencia:

Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas. El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer. Como resultado del episodio la tensión y el *stress* desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

3. Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel: se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño. En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de

algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo. Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.

A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo. Luego de un tiempo se vuelva a la primera fase y todo comienza otra vez. El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

Tanto la pobreza como la violencia intrafamiliar son influencias grandes de las cuales se generan problemas de aprendizaje y con ello un bajo rendimiento escolar.

2.1.3 Problemas de aprendizaje

El término aprendizaje, se refiere al proceso por el cual las experiencias modifican el sistema nervioso, por tanto, la conducta. Estos cambios son conducidos como recuerdos. Un problema del aprendizaje puede causar que una persona tenga dificultades aprendiendo y usando ciertas destrezas.

Las destrezas que son afectadas con mayor frecuencia son: lectura, ortografía, atención, razonamiento, cálculo. Los problemas de aprendizaje se hacen evidentes en los primeros años del periodo escolar pues están directamente relacionados con materias a partir de las cuales se determina el correcto rendimiento académico. Este concepto se aplica principalmente a niños en edad escolar, antes del ingreso a primero de primaria, o durante los 7 primeros años de vida.

La dificultad específica en la lectura se denomina dislexia, en la escritura se denomina disgrafía y en la aritmética se denomina discalculia. El proceso enseñanza-aprendizaje está condicionado por múltiples factores dependientes del educando, de la familia y del sistema educacional, los cuales estarían afectando la matrícula, la asistencia, el rendimiento y deserción escolar, así como el estado de salud de los alumnos en edad escolar.

Una de las preocupaciones más latentes de los maestros de educación básica en nuestro país es el bajo rendimiento que los alumnos alcanzan al término del cada ciclo escolar por motivos de los problemas en la alimentación. Se observa una escasez de información referente a los efectos que, sobre dicho proceso, ejercen la nutrición y la salud en nuestro país.

Al respecto, la desnutrición acaecida durante los primeros años de vida puede retardar el crecimiento del niño; no obstante dicho crecimiento continúa hasta los 18 años, los efectos de la malnutrición podrían aminorarse proveyendo una buena nutrición.

El cerebro y en general todo el sistema nervioso, al final del primer año de vida se alcanza el 70% del peso del cerebro adulto, constituyendo también, casi el período total de crecimiento de este órgano. De allí es que la desnutrición infantil y la sub-alimentación crónica podrían ocasionar un retraso en el crecimiento cerebral, reducción de su tamaño y el consecuente menor desarrollo intelectual.

A su vez, el aprendizaje está condicionado por diversos factores, entre ellos la calidad del sistema educacional; las características biológicas del niño; afecciones durante el embarazo, parto, período neonatal y la infancia; el coeficiente intelectual del niño; las condiciones de la familia y la escolaridad de los padres, todos los cuales pueden intervenir negativamente y condicionar mal rendimiento escolar. El bajo rendimiento escolar puede condicionar negativamente las oportunidades de formación profesional del individuo y su inserción laboral, con repercusiones sociales y económicas adversas para el país.

Los problemas del aprendizaje varían entre personas; una persona con problemas de aprendizaje puede tener un tipo de problemas diferentes al de otra persona. Los investigadores creen que los problemas del aprendizaje son causados por diferencias en el funcionamiento del cerebro y la forma en la cual éste procesa información. Los niños con problemas del aprendizaje no son "tontos" o perezosos", de hecho generalmente tienen un nivel de inteligencia promedio o superior al promedio, lo que ocurre es que sus cerebros procesan la información de una manera diferente. Acompañando a los problemas de aprendizaje, los niños presentan poca memoria, baja atención, poca organización, impulsividad, tareas incompletas, y comportamientos disruptivos. Todo esto ocasionado por una respuesta emocional que está compitiendo con su aprendizaje. En el hogar tienden a no seguir instrucciones de los padres, supuestamente por que se les olvida, sus actividades sociales por lo general las realizan con niños menores.

Los profesores son las primeras personas en reportar que existen problemas en el estudio, ante esto, los padres deben recurrir a la evaluación física del niño, para así descartar posibles alteraciones a nivel visual, auditivo o neurológico. Posteriormente los psicólogos y psicopedagogos son los profesionales más idóneos para el tratamiento de los problemas de aprendizaje.

El proceso enseñanza-aprendizaje está condicionado por múltiples factores dependientes del educando, de la familia y del sistema educacional, los cuales estarían afectando la matrícula, la asistencia, el rendimiento y deserción escolar, así como el estado de salud de los alumnos en edad escolar.

Una de las preocupaciones más latentes de los maestros de educación básica en nuestro país es el bajo rendimiento que los alumnos alcanzan al término del cada ciclo escolar por motivos de los problemas en la alimentación. Se observa una escasez de información referente a los efectos que, sobre dicho proceso, ejercen la nutrición y la salud en nuestro país.

2.1.3.1 Consecuencias

Los problemas del aprendizaje se caracterizan por una diferencia significativa en los logros del niño en ciertas áreas, en comparación a su inteligencia en general. Los alumnos que tienen problemas de aprendizaje pueden exhibir una gran variedad de características, incluyendo problemas con la comprensión, en lenguaje, escritura, o habilidad para razonar.

La hiperactividad, falta de atención, y problemas en la coordinación y percepción pueden también ser asociados a esta dificultad, como también las dificultades preceptuales desniveladas, trastornos motores, y comportamientos como la impulsividad, escasa tolerancia ante las frustraciones. Los problemas del aprendizaje pueden ocurrir en las siguientes áreas académicas:

- a) Lenguaje hablado: atrasos, trastornos, o discrepancias en el escuchar y hablar.
- b) Lenguaje escrito: dificultades para leer, escribir, y en la ortografía.
- c) Aritmética: dificultad para ejecutar funciones aritméticas o en comprender conceptos básicos. Razonamiento: dificultad para organizar e integrar los pensamientos.
- d) Habilidades para la organización: dificultad para organizar todas las facetas del aprendizaje.

No hay ninguna señal única que indique que una persona tiene un problema del aprendizaje. Los expertos buscan una diferencia notable entre el progreso escolar actual y el nivel de progreso que podría lograr, dada su inteligencia o habilidad.

El desarrollo físico del niño que presenta problemas de aprendizaje por lo regular es normal; en muy raros casos presentan problemas motores finos, así como también son raros los casos de deficiencia psíquicas evidentes. Por lo regular no tiene un estigma y pasa desapercibido entre la mayoría de niños normales.

Su desarrollo mental puede no ser normal la mayoría de las veces, anteriormente nos hemos referido a las causas que vienen a originar trastornos en el desarrollo mental del niño.

2.1.3.2 Síntomas y signos

- Puede tener problemas en aprender el alfabeto, hacer rimar las palabras o conectar las letras con sus sonidos;
- Puede cometer errores al leer en voz alta, y repetir o detenerse a menudo;
- Puede no comprender lo que lee;
- Puede tener dificultades con deletrear palabras;
- Puede tener una letra desordenada o tomar el lápiz torpemente;
- Puede luchar para expresar sus ideas por escrito;
- Puede aprender el lenguaje en forma atrasada y tener un vocabulario limitado;
- Puede tener dificultades en recordar los sonidos de las letras o escuchar pequeñas diferencias entre las palabras;
- Puede tener dificultades en comprender bromas, historietas cómicas ilustradas, y sarcasmo;
- Puede tener dificultades en seguir instrucciones;
- Puede pronunciar mal las palabras o usar una palabra incorrecta que suena similar;
- Puede tener problemas en organizar lo que él o ella desea decir o no puede pensar en la palabra que necesita para escribir o conversar (anomalías físicas y dificultades de comunicación) ;
- Puede no seguir las reglas sociales de la conversación, tales como tomar turnos, y puede acercarse demasiado a la persona que le escucha;
- Puede confundir los símbolos matemáticos y leer mal los números;

- Puede no poder repetir un cuento en orden (lo que ocurrió primero, segundo, tercero); o puede no saber dónde comenzar una tarea o cómo seguir desde allí.
- Casi todos los niños con trastorno del aprendizaje tienen deficiencias neurológicas o retraso del desarrollo neurológico y suele consistir en el retraso del aprendizaje asociativo coordinado (p.ej. Nombrar los colores, clasificar, contar, nombrar las letras).

2.1.3.3 Características

Las diez características más frecuentes mencionadas, presentadas por orden de importancia son:

- Hiperactividad. Una conducta motriz que no aparece relacionada con un objetivo final y, a menudo es disturbadora.
- Deterioros perceptivo-motrices. Problemas para coordinar la recepción auditiva y visual con una respuesta motriz (ej. Copiar palabras o números).
- Labilidad emocional. Amplios cambios de humor y comportamiento, que no parecen estar directamente relacionados con la situación.
- Déficit de orientación general. Dificultad en la realización de diversos movimientos motrices (torpeza de movimientos).
- Trastornos de atención. Periodos cortos de atención y distracción general (ej. Dificultad para mantener la atención ante estímulos o tareas relevantes).
- Impulsividad. Comportamiento poco reflexivo, sin pensar en las consecuencias.
- Trastornos de la memoria y del pensamiento. Dificultad para recordar información, que debería de haberse aprendido y problemas para comprender conceptos abstractos.
- Problemas específicos del aprendizaje. Dificultad para las habilidades académicas: lectura, aritmética, escritura y/o deletreo.
- Trastornos del discurso del escuchar. Dificultad para comprender o recordar el lenguaje hablado, déficit en la articulación y dificultad para expresarse verbalmente, utilizando un vocabulario y una sintaxis correcta.
- Signos neurológicos equívocos. Eeg irregular. Signos neurológicos “suaves” (ej. Problemas motrices, problemas perceptivos y desarrollo irregular o retardo del lenguaje y de las áreas motrices).

2.1.3.4 Causas

Las causas pueden atribuirse a factores de herencia o a lesiones cerebrales. A continuación se presentan algunas causas:

1. Factores pre-natales:

Causas congénitas (no es posible determinar si la predisposición a tener un daño cerebral se hereda, aunque se ha demostrado que hijos de padres con problemas de aprendizaje, tienden a padecer este mismo problema). Buena parte del aprendizaje tiene lugar antes del parto, y aunque sea un aprendizaje de naturaleza primitiva, de hecho es que tiene lugar precisamente durante esta etapa temprana del desarrollo.

2. Factores peri-natales:

Anoxia (falta de oxígeno durante el momento del nacimiento) o lesión cerebral causada en el momento de la expulsión del feto.

3. Factores post-natales:

Accidentes con lesión cerebral, enfermedades que causen fiebres altas durante un periodo prolongado (paperas, sarampión, tos ferina, escarlatina, meningitis, etc.)

4. Falta de atención durante el embarazo debido a escasos recursos económicos.

Cuando el proceso de formación de la estructura del cerebro está completo (normalmente a los seis años) los niños deben ser capaces de enfocar bien, coordinar los movimientos y tener un hemisferio dominante lo que los hará zurdos o diestros, si no lo son totalmente muy probablemente presentaran problemas con la lateralidad y convergencia visual lo cual les impedirá por mas inteligentes y despiertos que sean reconocer las letras, símbolos numéricos etc. y presentarán problemas de aprendizaje que no es más que el síntoma de una lesión cerebral, como el problema no esta en el cerebro y no en el ojo será imposible solucionarlo con unas gafas (en el caso de la convergencia) o una operación (en caso de estrabismo)

Los niños que presentan problemas de aprendizaje originados por una lesión cerebral en un porcentaje de su cerebro, si son atendidos de manera correcta, (tratando la lesión cerebral con la estimulación adecuada) le permitirá continuar con la formación correcta de su estructura cerebral y serán niños y adultos normales capaces de desarrollar su inteligencia de manera normal y hasta superior. Pero si son tratados sus síntomas sin solucionar el problema, la solución será momentánea y generalmente los síntomas volverán a aparecer.

2.1.3.5 Trastornos del aprendizaje

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales DSM-IV TR contempla como trastornos del aprendizaje una serie de dificultades en el aprendizaje de las habilidades académicas, particularmente lectura, cálculo y expresión escrita. Las deficiencias evolutivas en la adquisición o ejecución de habilidades específicas se suelen hacer evidentes en la niñez, pero con frecuencia tienen consecuencias importantes en el funcionamiento posterior. Estos trastornos suelen ocurrir en combinación, y con frecuencia comórbidamente con otros trastornos psiquiátricos tanto en el individuo como en las familias y en la práctica, los niños con estos trastornos de aprendizaje son descubiertos de forma secundaria.

Los trastornos del aprendizaje implican déficits en el aprendizaje y la ejecución de la lectura, la escritura (no la caligrafía sino la expresión escrita) y el cálculo. Las personas con trastornos del aprendizaje presentan también normalmente un trastorno de la comunicación o de las habilidades motoras, quizás otros síntomas de disfunción cortical, problemas emocionales y motivacionales, o quizá trastornos psiquiátricos asociados.

Estos trastornos están definidos de manera que quedan excluidos aquellos individuos cuya lentitud en el aprendizaje queda explicada por falta de oportunidades educativas debido a la pobreza, escasa inteligencia, deficiencias motoras o sensoriales (visuales o auditivas) o problemas neurológicos.

La etiología de los trastornos del aprendizaje, aunque desconocida, está presumiblemente relacionada con la maduración lenta, la disfunción o la lesión cortical o de otras áreas corticales relacionadas con estas funciones de procesamiento específicas.

Sin embargo, la fuerza de la evidencia directa de anormalidades biológicas o genéticas varía con los trastornos, y también están implicados claramente factores no biológicos. No existe razón para asumir que cada trastorno sea debido a un mecanismo patológico único, y la subtipificación podrá ser posible a medida que los mecanismos cerebrales implicados sean mejor comprendidos.

Entre los principales trastornos de aprendizaje se encuentran los siguientes:

- **Disortografía**

Concierno a las perturbaciones de la utilización escrita de la lengua; frecuentemente va unida a los retrasos del lenguaje oral, como sintomatología de una silesia no apreciada, resultante de un aprendizaje defectuoso o de un medio cultural desfavorable, como falta de atención o de lectura comprensiva.

- **Disgrafía**

Escritura defectuosa sin que un importante trastorno neurológico o intelectual lo justifique.

- **Discalculia**

Independiente del nivel mental, de los métodos pedagógicos empleados, y de las perturbaciones afectivas, se observa en algunos niños la dificultad de integración de los símbolos numéricos en su correspondencia con las cantidades reales de objetos; el valor del número no se relaciona con la colección de objetos

- **Disfasias y afasia**

Disfasia es la pérdida parcial y afasia es la pérdida total del habla debida a una lesión cortical en las áreas específicas del lenguaje, sin embargo, en la entidad de la que se habla, el concepto es insuficiente, ya que considera solo los casos en los que el niño pierde lo que tiene: el habla, pero no las situaciones como la que nos ocupa, en las que el trastorno es congénito: no se puede perder lo que nunca se ha tenido. Esta es la razón por la que este cuadro es muy discutido.

- Disartrias

Genéricamente, las disartrias son errores de la articulación de las palabras, que no coinciden con las normas socioculturales impuestas por el ambiente, que dificultan la inteligibilidad del discurso y que se presentan a una edad en que ya se debiera tener una articulación correcta. Si la causa que produce dichos errores se encuentra a nivel del sistema nervioso central, se denomina "disartrias" en sentido estricto, y si se encuentra a nivel periférico, se denominan "dislalias".

- La dislexia

Etimológicamente la palabra dislexia quiere decir generalmente dificultades de lenguaje. En la acepción actual se refiere a problemas de lectura, trastorno en la adquisición de la lectura. Una primera definición sencilla de la dislexia es la que nos dice que es el problema para aprender a leer que presentan niños cuyo coeficiente intelectual es normal y no aparecen otros problemas físicos o psicológicos que puedan explicar las dichas dificultades.

2.1.3.6 Diagnóstico y evaluación

Para identificar las distintas deficiencias entre las habilidades y procesos cognoscitivos, como la atención, la percepción, la memoria y el razonamiento, son precisas evaluaciones:

a) Médica:

Comprende una historia familiar detallada, historia clínica, escolar y del desarrollo del niño una exploración siquiátrica general y una exploración neurológica o del desarrollo neurológico tradicional. Para evaluar el desarrollo de los niños pequeños deben utilizarse criterios normalizados.

b) Intelectual:

Se hace mediante pruebas de inteligencia verbal y no verbal. Con frecuencia es necesario llevar a cabo una valoración general de las funciones neuropsicológicas para investigar la forma en que un niño tiende a procesar la información (ej. De modo holístico o analítico, visual o auditivo “ seguir



instrucciones”), y examinar las funciones de los hemisferios derecho e izquierdo. Los niños con discapacidades del lenguaje, de la lectura o generalizadas tienden a presentar mayor afectación de las funciones controladas por el hemisferio izquierdo.

c) Educativa:

Permite identificar las habilidades y déficit de las capacidades de la lectura, la escritura, la ortografía y la aritmética. En la evaluación de la lectura se mide la capacidad para decodificar y reconocer las palabras, la comprensión de los párrafos y la fluidez lectora. Es necesario obtener muestra de escrituras para valorar la ortografía, la sintaxis y la fluidez de las ideas. La capacidad aritmética se valora a través de la habilidad para calcular, el conocimiento de las operaciones y la comprensión de los conceptos matemáticos.

d) Lingüística:

Establecen la integridad de la comprensión y uso del lenguaje, el procesamiento fonológico y la memoria verbal.

e) Psicológica:

Identifica los trastornos de la conducta, la falta de autoestima, los trastornos de ansiedad y la depresión precoz de la infancia, que a menudo acompaña a los trastornos del aprendizaje. Valora así mismo la actitud hacia la escuela, la motivación, la relación con los compañeros y la confianza en si mismo del niño.

2.1.3.7 Tratamiento

El tratamiento se centra en un manejo educativo eficaz del problema del niño, cuando es necesario, en el uso de terapeutas médicos, psicológicos y de la conducta.

Las evaluaciones diagnosticas ayudan a clasificar el trastorno del niño y a establecer el programa educativo más eficaz, que puede abordarse desde una perspectiva curativa, compensadora o estratégica (enseñar al niño la manera de aprender). Esto es importante, ya que cuando el problema

de aprendizaje y las preferencias de aprendizaje del niño no coinciden con el método elegido, el trastorno puede empeorar.

Algunos de los remedios son los fármacos, pero tienen solo efectos mínimos en el rendimiento académico, la inteligencia y la capacidad general de aprendizaje, aunque algunos (p. Ej. Los psicoestimulantes) pueden mejorar la atención y la concentración lo que permite al niño responder mejor a la instrucción “trastorno por déficit de atención). También otros tratamientos, como neurosensorial integradora; mediante ejercicios posturales, el “entrenamiento de los nervios auditivos” y el “entrenamiento optométrico, para mejorar los procesos de coordinación visuoperceptiva y sensitivomotriz carecen en gran medida de fundamento o son controvertidos.

2.1.4 El alcoholismo

Según la Organización Mundial de la Salud OMS: “El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta que se manifiesta por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y por abarcar interfiriendo en la salud o en las funciones económicas y sociales del bebedor”.

El alcoholismo es una adicción, una enfermedad crónica y progresiva que suele tener unos efectos destructivos en la vida de las personas que la padecen. Las rupturas de parejas, el aislamiento social, el sufrimiento social, así como el deterioro de la salud física y mental, acompañan siempre a esta enfermedad.

Beber alcohol se convierte para estas personas en una conducta perjudicial que no pueden detener pese a sus consecuencias adversas. Esta falta de control suele ir acompañada de una carencia de conciencia de que realmente estos problemas guardan estrecha relación con el consumo del alcohol. Conseguir que el enfermo alcohólico inicie el tratamiento no es tarea fácil; no es consciente de su enfermedad, la niega. Normalmente es necesario que los efectos destructivos del alcohol lo lleven a “tocar fondo”, al desastre personal o a daños importantes para que empiece a considerar la necesidad de tratamiento.

Solo cuando el adicto acepte la falta de control en el uso del alcohol y considere los efectos tan negativos que ello tiene a sus relaciones de pareja, familia, amigos, trabajo, economía, etc. Y reconozca que es un enfermo empezará realmente su recuperación. Esta aceptación de la enfermedad le llevará al desarrollo de una forma nueva y más sana de ser y de vivir mucho más gratificante que jamás le podría proporcionar el alcohol.

2.1.4.1 ¿Quién es alcohólico?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “son alcohólicos los que beben en exceso y cuya dependencia respecto del alcohol ha alcanzado un grado tal que determina la aparición de visibles perturbaciones interpersonales y en el adecuado funcionamiento social y económico; también lo son los que muestran los signos prodrómicos de dichos fenómenos. Evidentemente será alcohólico, o estará en vías de serlo, la persona que teniendo perjuicios y problemas por culpa del alcohol, sigue bebiendo. No importa la cantidad de alcohol que se beba, ni su frecuencia. Lo distintivo es la forma en que se bebe.

2.1.4.2 Alcoholismo en su fase crónica

Los métodos utilizados por distintos grupos constituyen un excelente tratamiento del alcoholismo (los programas de Alcohólicos Anónimos (AA) u otros grupos de ex-bebedores). Para que un paciente se integre a uno de estos programas no se requiere más que su aceptación del alcoholismo como un problema que desee mejorar.

- Estado de embriaguez:

La ebriedad o embriaguez, es el estado de intoxicación con el alcohol (es decir, etanol) *delirium trémens* a un grado suficiente como para deteriorar las funciones mentales y motrices del cuerpo.

Se debe esperar la mejoría espontánea; observar al paciente mientras duerme; mantenerle las vías respiratorias libres; despertarlo cada 30 o 60 minutos. Si el paciente no reacciona y se teme que haya entrado en un estado de coma, trasladarlo de emergencia al hospital más cercano.

- Síndrome de dependencia del alcohol o alcoholismo crónico:

El tratamiento debe hacerlo personal especializado al cual se enviará al paciente:

- Supresión de toda bebida alcohólica
- Alimentación adecuada con vitaminas
- Administración de abundantes líquidos
- Apoyo psicológico
- Solicitar respaldo a la familia

2.1.4.3 Tratamiento

En el tratamiento de la intoxicación aguda se requieren medidas de soporte fundamentalmente hidratación parenteral con soluciones glucosadas, por la acentuada hipoglucemia que sufren estos pacientes; asistencia respiratoria si es necesario. En cuanto a la descontaminación con lavado gástrico, no tiene indicación después de la hora de ingerido el tóxico, por su rápida absorción, salvo cuando hubiera otras sustancias en juego como pueden ser los psicofármacos. Para acelerar la eliminación del tóxico en casos de niveles de alcoholemia puede ser útil el uso de hemodiálisis.

Dentro de los tratamientos terapéuticos sugeridos dentro de la intoxicación aguda se encuentran:

a. Psicoterapia:

Con el objetivo que el paciente pueda controlar la baja tolerancia a la frustración, las ideas de indefensión y la sensación de culpa. Información sobre el alcoholismo y enseñanza sobre las crisis personales. Empleo de técnicas sobre programas de autorrefuerzos por éxitos graduales y del refuerzo de familiares y amigos. Identificar situaciones de riesgo y poder afrontarlas. Identificar la secuencia de conductas hacia la adicción, para poder cortarla en los primeros eslabones.

b. Terapia de grupo:

Empleo de entrenamiento de habilidades sociales. Entrenamiento de relajación, habilidades sociales en un contexto que simula situaciones reales o posibles.

c. Psicoterapia de apoyo

Facilitar la expresión de emociones, facilitar la toma de conciencia del problema y apoyar defensas neuróticas más adaptativas.

d. Psicoterapia grupal dinámica:

Se facilita la expresión libre de conflictos y su resolución en una línea similar a la terapia cognitiva-conductual de grupo, aunque es menos directiva que aquella para evitar la posible dependencia del grupo o terapeuta.

e. Terapia familiar:

Se enfoca con un criterio sistémica el funcionamiento de la familia como un sistema y se trata de analizar la “disfunción familiar” que origina el paciente alcohólico dentro de su entorno.

f. Grupos de apoyo o de autoayuda:

El más representativo son las asociaciones de alcohólicos anónimos. Generalmente trabajan en un contexto grupal y en el manejo de situaciones de riesgo.

g. Alcohólicos Anónimos:

Todos los programas de tratamiento indican, que es imprescindible la concurrencia del paciente a todas las reuniones de alcohólicos anónimos (AA), el cual se autodefine como "una asociación mundial de hombres y mujeres que se ayudan mutuamente a mantenerse sobrios (sin beber alcohol). "Mientras que AA es generalmente reconocido como un programa efectivo de ayuda mutua para alcohólicos en recuperación, no todas las personas responden positivamente al estilo y mensaje de AA, por lo que hay otras estrategias disponibles.

Los niños de padre alcohólicos tienen mucho más tendencia a ser alcohólicos y padecen mas de problemas emocionales, que aquellos que sus padres no son alcohólicos.

El menor que ha crecido en el ambiente de un padre alcohólico, es mayor cuatro veces más problemático. Suele presentar los problemas emocionales siguientes:

- a. Culpabilidad. El menor cree que él es la causa de que el padre o tutor, o la madre abuse del alcohol.
- b. Ansiedad. El niño constantemente padece preocupación por la situación en su hogar, teme que le padre le pueda ocurrir un accidente o se hiera, o la violencia en el hogar.
- c. Vergüenza. Los padres inconscientemente le da el mensaje al hijo que hay un secreto en la familia y no podrá convivir de la misma manera con sus compañeros y por ende no confiara en los demás.
- d. La confianza. El menor ha sido decepcionado varias veces por el alcohólico que ya no tiene la capacidad de confiar en los demás.
- e. La confusión. Los varios estados de ánimo del alcohólico son de ser amable a violencia, lo que confunde al menor.
- f. La ira. El menor siente ira, rabia, contra el padre o madre según el caso, pero también con el padre que no bebe, porque él piensa que protege al alcohólico.
- g. Estado depresivo. Debido a que se siente incapaz de cambiar la situación

El niño tratara de ocultar a los demás el alcoholismo que se vive en casa, los psicólogos comentan los siguientes comportamientos de niños y adolescentes que viven el alcoholismo en el hogar.

- a. Falta de interés a la escuela y inasistencias.
- b. Falta de amigos, no presenta la debida atención a las clases.
- c. Comportamiento de delincuencia, tales como robar, violencia, total falta de respeto.
- d. Enfermedades frecuentes de dolor de cabeza, o de estomago.
- e. Abuso. De bebidas y drogas o solventes.
- f. Agresiones contra otras personas.

Algunos hijos tratan de tomar las responsabilidades que les corresponden a los padres, y en pocos casos son excelente estudiantes, pero viven aislados de la sociedad y sus problemas no son aparentes hasta la edad adulta. Los psiquiatras de niños y adolescentes ayudan a estos niños con sus

problemas personales y también los ayudan a entender que no son responsables por los problemas de sus padres.

2.2 Psicopatología

La psicopatología es una ciencia, en tanto, conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico. Sin embargo, esto no significa, que este mismo grupo de fenómenos, no puedan ser estudiados, ni sean objeto de otras ciencias distintas, como la Neurología, Psicofarmacología, Psicometría y Filosofía entre muchas otras. Como ciencia, tiene un carácter objetivo, no es el fruto de la voluntad y creación de un hombre en particular, es el producto de la necesidad histórica de la humanidad, para poder enfrentar uno de sus grandes problemas, esto es, su salud mental.

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

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

De tal manera, que se puede definir a la psicopatología, como la rama del conocimiento que, sistematiza, selecciona, diferencia, describe y clasifica, la forma y el contenido de los fenómenos que constituyen las experiencias psíquicas anormales, sus signos y síntomas.

No obstante, cuando es posible, busca establecer las relaciones existentes entre los diversos fenómenos, haciendo asociaciones comprensibles, investigando vínculos significativos y realizando diversas articulaciones entre los elementos encontrados, con el fin de dar coherencia a las distintas observaciones. La psicopatología, al igual que otras ciencias, tiene su clasificación y división, la cual ha sido hecha de muy variadas formas, aquí se hace, de acuerdo al objeto al que se aplica.

2.2.1 Clasificación de la Psicopatología

1. Psicopatología general:

Es aquella que abarca la totalidad del conocimiento, relativo a los trastornos y fenómenos mentales patológicos. Conocimiento siempre en progreso, nunca acabado, que va desde su fundamento epistemológico, axiológico y ontológico, hasta los de índole lógicos, físico-matemáticos, históricos, culturales y sociales.

2. Psicopatología evolutiva:

Es aquella que estudia los fenómenos psicopatológicos, en relación con las diversas épocas de la vida, por lo que se divide en: infantil, de la adolescencia, adultez y la vejez (ancianidad).

3. Psicopatología experimental:

Es aquella donde se abarcan e interrelacionan, los fenómenos psicopatológicos con aspectos de investigación en laboratorio, psicométricos, estudios histoquímicos y psicofarmacológicos, hasta los aspectos anatomofisiológicos, y en general, todos aquellos conocimientos donde se buscan las relaciones objetivas, es decir, de relaciones cuantitativo- materiales.

4. Psicopatología clínica:

Es aquella que trata el aspecto teórico de su aplicación práctica, es decir, del conocimiento psicopatológico en el ejercicio clínico, por lo que se relaciona fundamentalmente con la semiología, metodología y nosografía, siendo la base de la psiquiatría clínica.

5. Psicopatología especial:

Es aquella que trata los aspectos particulares, de trastornos genéricos, como por ejemplo: de las psicosis, de las neurosis, de los trastornos mentales orgánicos, incluidas las de las manifestaciones mentales de trastornos y enfermedades sistémicos.

6. Psicopatología forense:

Abarca la aplicación de los conocimientos psicopatológicos en particular, los del tipo clínico para el mejor esclarecimiento y en auxilio de la administración de justicia, en otras palabras, son los conocimientos psicopatológicos relacionados con los aspectos legales de la conducta humana y sus anomalías, a la luz de la jurisprudencia.

2.2.2 El objeto de estudio de la psicopatología clínica

Si bien, el objeto de la clínica psicopatología, es darse cuenta del estado mental que guarda un individuo, su finalidad es diversa, pues puede orientarse al diagnóstico y llevar intenciones curativas, o ser objeto de investigación, para finalidades pedagógicas, readaptativas, jurídicas y epidemiológicas entre otras más.

Esto ha sido posible, gracias a la aplicación de conocimientos generales, a casos particulares. Es un prejuicio, la creencia de que la misión única y principal de la clínica, es buscar y dar nombre a la enfermedad de un paciente, pues esto, cuando es, es solo nosología pura.

2.2.3 Principales trastornos psicopatológicos estudiados durante la Práctica Profesional Dirigida

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

2.2.3.1 Trastornos del pensamiento

El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo con intervención de los mecanismos de memoria, atención, procesos de comprensión, aprendizaje. Es una experiencia

interna e intrasubjetiva. El pensamiento tiene una serie de características particulares, que lo diferencian de otros procesos, como por ejemplo, que no necesita de la presencia de las cosas para que éstas existan, pero la más importante es su función de resolver problemas y razonar.

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

2.2.3.1.1 Clasificación de trastornos del curso del pensamiento

i. Bradipsiquia:

Lentificación en la manera o forma de pensar. El hilo que sigue es muy lento, necesita mucho tiempo para asociar una cosa con otra. Se puede ver en la latencia de respuesta (ante una pregunta se tarda mucho en responder). Hay también un retardo en la asociación de ideas. Este retardo es característico de las depresiones (la obnubilación suele ir acompañada de bradipsiquia).

ii. Taquipsiquia:

Demasiada rapidez en la manera o forma de pensar, el hilo que sigue es acelerado, es un pensamiento acelerado que le lleva a hilar mal el razonamiento. La taquipsiquia en su grado máximo, en extremo llega a la fuga de ideas.

La taquipsiquia se asocia al cuadro maníaco. Se puede ver alterada la afectividad del paciente. Este trastorno produce euforia. En la Bradipsiquia y Taquipsiquia se establecen diferencias en cuanto al grado de intensidad.

iii. Prolijidad:

Pensamiento con sobreabundancia de detalles, detallista. Persona que cuenta los pormenores de los pormenores. También se puede hablar de minuciosidad, no es un pensamiento troncal, te vas por las ramas, pierdes el hilo y no te acuerdas de lo que estabas diciendo. Pierde el hilo a través de un largo y monótono discurso. Característico de cuadros obsesivos y demencias.

iv. Perseveración:

Está relacionada con la prolijidad. Es la repetición constante de una idea con discursos muy semejantes. La proliferación termina en perseverancia y la perseveración es prolija. La prolijeración se hace porque intenta seguir un camino troncal pero siempre encuentra asociaciones. Cambia de tema con detallista. La perseveración no avanza porque inicia un camino y como repite, no avanza. Al no avanzar en razonamientos abstractos, rechaza en lo que está y no avanza. Es monótona y continuada.

v. Interrupción:

Llamada o bloqueo o robo de pensamientos por las conclusiones a las que llega el paciente. Se habla y se pierde el hilo, hay una interrupción de pensamiento. En caso exagerado está hablando de algo y queda en blanco y dice que le roban el pensamiento (delirio).

vi. Disgregación:

Asociación de conceptos incongruentes. No hay conexión lógica en este pensamiento. Los elementos no tienen conexión lógica entre ellos, no hay asociación de conceptos. Se ve en cuadros delirantes (esquizofrenia).

vii. Incoherencia:

Similar a la disgregación. Conglomerado inconexo de percepciones, representaciones y recuerdos, ni siquiera hay conexión gramatical. Se suele dar en cuadros avanzados de demencia donde el pensamiento es pobre.

viii. Fuga de ideas:

Pensamiento acelerado, en grado máximo de taquipsiquia con lo que nos da numerosas asociaciones y el pensamiento carece de dirección fija, se dispara y va saltando de una idea a la otra. Llamado también "pensamiento saltón". No hace un razonamiento troncal. Son ideas a toda velocidad constantemente.

2.2.3.2 Trastornos del pensamiento

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

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

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

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

b. Pensamiento dereístico

Cuando el paciente tiene únicamente pensamientos placenteros se imagina un mundo fantástico donde es feliz, todo le sale bien, no tiene responsabilidades y tiene una continua sensación de bienestar tanto física como mental.

c. Pensamiento regresivo

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

d. Pensamiento sonoro

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

2.2.3.3 Trastornos sexuales

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

A. Trastornos de identidad sexual

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

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

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

Algunos estudios indican que la identidad sexual se fija en la infancia temprana (no más allá de los 2 ó 3 años) y a partir de entonces es inmutable. Esta conclusión se obtiene generalmente preguntando a personas transexuales cuando se dieron cuenta por primera vez que la identidad sexual que les ha asignado la sociedad no se corresponde con la identidad sexual con la que se identifican. Tales estudios no tienen por qué ser exactos, ya que no se han realizado también con personas no transexuales.

B. Parafilias

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

Las fantasías, impulsos y comportamientos pueden ser elaborados o simples, de una sola serie o de varias parafilias asociadas. La duración debe ser mayor de seis meses, como vimos, pero lo común es que sean recurrentes, se cronifiquen y duren toda la vida, con tendencia a disminuir a lo largo de los años.

Pueden haber períodos de mayor expresión, coincidentes con períodos de estrés, como también vimos, y también cuando la persona se encuentra con oportunidades existenciales de practicar sus fantasías y actos.

B.1 Las Parafilias se clasifican en:

- Travestismo

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

- Sadismo

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

- Masoquismo

Al igual que en el sadismo el placer sexual se obtiene por sustitución del coito por actos que causen dolor y hasta lesiones físicas y humillación y degradación moral.

A diferencia del sadismo la persona provoca intencionalmente estas situaciones.

- Fetichismo

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

- Coprofilia y urofilia

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

- Frotteurismo

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

- Clismafilia

El placer sexual se logra por la realización de enemas.

- Necrofilia

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

- Escatología telefónica

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

C. Disfunciones

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

C.1 Trastorno del deseo sexual

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

La forma adquirida suele deberse a aburrimiento o infelicidad en una relación de mucho tiempo, depresión (que en el hombre conduce a la disminución del interés por el sexo con mayor frecuencia que a la impotencia y en la mujer a inhibición de la excitación), dependencia de alcohol o drogas psicoactivas, efectos secundarios de medicamentos (p. ej., antihipertensivos o antidepresivos) y deficiencias hormonales. Este trastorno puede ser secundario a una alteración funcional en las fases de excitación o de orgasmo del ciclo de respuesta sexual.

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

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

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

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

C.2 Dolor en el Coito

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

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

C.3 Trastorno de la excitación sexual en la mujer

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

C.4 Trastorno de la excitación sexual en el hombre

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

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

2.2.3.4 Trastornos del estado de ánimo

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

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

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

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

Kay Redfield Jamison y otros, han estudiado los posibles enlaces entre los trastornos del estado de ánimo especialmente el trastorno bipolar y la creatividad, concluyendo que algunos tipos de personalidad pueden favorecer a la vez el padecimiento de trastornos del estado de ánimo y la

creatividad. La relación entre depresión y creatividad parece presentarse con mayor intensidad entre poetas mujeres.

Entre los trastornos del estado de ánimo se encuentran:

1. La Psicosis maníaco-depresiva:

Se caracteriza por la sobrevenida de perturbaciones cíclicas del estado de ánimo bajo formas de fases maníacas o de fases melancólicas, el enfermo reencuentra su estado normal en los intervalos de las diferentes fases.

2. El trastorno depresivo mayor:

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

3. El trastorno depresivo distímico:

Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

4. El trastorno depresivo no especificado:

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

5. El trastorno bipolar I:

Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

6. El trastorno bipolar II:

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

7. El trastorno ciclotímico:

Se caracteriza por al menos 2 años de numerosos episodios de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

2.3 Métodos de Psicodiagnóstico

El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de la salud de cualquier área para acercarse a la comprensión y posible tratamiento de las condiciones salubres de un individuo.

El diagnóstico es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin permitir conocer las características específicas de la situación determinada para así poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento o no. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado.

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

El diagnóstico puede aplicarse para ratificar o rectificar la presencia de una enfermedad, como también para conocer su evolución en el caso de confirmarse la misma. En la mayoría de los casos, para poder completarse un diagnóstico apropiado y certero, se debe contar con material extra, ya sean pequeños instrumentos como complejas y sofisticados equipamientos médicos.

2.3.1 Instrumentos que se utilizan para hacer un diagnóstico clínico

El diagnóstico es un proceso complejo que debe realizarse a dos niveles: descriptivo y estructural.

Los instrumentos utilizados para realizar un diagnóstico pueden ser:

A. Observación

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

A.1. Tipos de observación

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

Por su parte, Sierra y Bravo (1984), la define como: “la inspección y estudio realizado por el investigador, mediante el empleo de sus propios sentidos, con o sin ayuda de aparatos técnicos, de las cosas o hechos de interés social, tal como son o tienen lugar espontáneamente”. Van Dalen y Meyer (1981) “consideran que la observación juega un papel muy importante en toda investigación porque le proporciona uno de sus elementos fundamentales; los hechos”.

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

- a. Ocasional, como cuando se produce fuera de un programa o estrategia y es, por tanto, casual.

b. Sistemática, que es la más frecuente, se da bajo normas concretas sobre un campo debidamente delimitado y con una finalidad concreta. La observación sistemática debe hacerse en términos cuantitativos y puede ser de campo o de laboratorio.

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

a. En situaciones naturales: observaciones de campo que suelen utilizar como técnica de registro el formato de campo o cuaderno;

b. En la práctica clínica: orientada a recabar datos sobre un enfermo con los tipos de registro que llamamos escalas evaluativas o protocolos de anotaciones.

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

B. La entrevista psiquiátrica

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

El carácter oral de la entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal. Si se tienen en cuenta los aspectos no verbales, es factible en realidad hacer una formulación errónea.

La entrevista va dirigida al propósito de dilucidar normas características de la vida. La distorsión paratáctica puede ser, en realidad, un oscuro intento de comunicar algo que verdaderamente necesita ser comprendido por el terapeuta, y tal vez finalmente necesita ser comprendido por el paciente también.

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

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

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

La transición se divide:

- a. Transición suave: la cual se desarrolla cuando el entrevistador desea cambiar el tema de la conversación y puede realizar la transición por medio de una declaración adecuada y por lo menos superficialmente veraz.
- b. Transición acentuada: no se emplea una de esas maneras corteses de trasladarse el psiquiatra y su paciente, de la manera de un tópico a otro, sino que el primero indica.

- c. Transición abrupta: Se introduce un nuevo tópico de la conversación que es pertinente pero que ha sido introducido en lo que podría llamarse un punto socialmente inoportuno.

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

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

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

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

El reconocimiento puede durar unos veinte minutos, en el caso de que el entrevistador no espere volver a ver a la persona, o durará entre siete y media hora a quince horas. La habilidad que un entrevistador puede manifestar en la obtención e interpretación de esa historia en bosquejo, tiene mucho que ver con la facilidad o dificultad del interrogatorio detallada subsiguiente. El uso de la

asociación libre se desarrolla dentro del reconocimiento y es posible que el entrevistador oiga hablar de alguna situación de un momento perteneciente al pasado del paciente, que parece significativo; pero que no se presenta claro. Es más trata de decir a los pacientes lo que significa la asociación libre y trata de conseguir que ellos la materialicen, puede resultar todo un problema.

Una de las razones de la vacilación inicial del psiquiatra en revelación por medio de un resumen cuán a ciegas se encuentra en la situación de la entrevista, es que la clase de cosas que resumen es determinada por su propia experiencia y su propia comprensión del vivir del paciente.

La etapa del interrogatorio detallado en la entrevista psiquiátrica es una cuestión de mejorar las primeras aproximaciones de comprensión, proceso en el cual puede producirse un cambio, realmente revolucionario en las impresiones de uno.

El concepto de ansiedad es central en todo este sistema de enfoque. Uno podría asegurar que la ansiedad es el concepto explicativo general para el intento del entrevistado de crear una impresión favorable de sí mismo. Este vasto sistema de operaciones, preocupaciones, vigilancias y demás, podría ser denominado con perfecta propiedad el sistema del yo, esa parte de la personalidad que nace enteramente de las influencias de otras personas significativas sobre la sensación de bienestar de uno.

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

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

- ⊕ Desórdenes en aprender los hábitos de higiene: Primer paso para conocer la historia del paciente respecto al aprendizaje de higiene de hábitos
- ⊕ Desórdenes en el aprendizaje de los hábitos del lenguaje: Pueden mostrarse en dificultades tempranas como vacilación al hablar, super actividad oral, o en los acompañamientos amanerados en momentos de tensión.

- ⊕ Actitudes hacia los juegos y los compañeros en ellos: Es el enfoque de comprensión del desarrollo de idiosincrasias en la era juvenil.
- ⊕ Actitudes hacia la competición y la avenencia
- ⊕ Ambición
- ⊕ Instrucción inicial
- ⊕ Experiencia en la universidad
- ⊕ Interés por los clubes de varones o mujeres
- ⊕ El camarada preadolescente
- ⊕ Relaciones infortunadas en la adolescencia temprana
- ⊕ Actitud hacia la conversación “riscués”
- ⊕ Actitud hacia el cuerpo
- ⊕ Preferencia sexual
- ⊕ Actitud hacia la soledad
- ⊕ El hábito de la bebida y los narcóticos
- ⊕ Hábitos de la alimentación
- ⊕ El sueño u las funciones del sueño
- ⊕ La vida sexual
- ⊕ Noviazgo y el matrimonio
- ⊕ Paternidad
- ⊕ Historia vocacional
- ⊕ Entretenimientos

En la entrevista psiquiátrica una de las partes importantes es su terminación o interrupción, lo cual es importante consolidar todo progreso que pueda haberse alcanzado durante la sesión o serie de sesiones.

La consolidación del propósito de la entrevista se desarrolla en cuatro medidas siendo:

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

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

C. Los tests psicológicos

Los test psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo.

Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provoca puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto.

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

Es un tipo de técnica psicométrica que supone poder provocar una situación cuasi experimental en la que un sujeto o grupo de personas son estimulados a realizar determinado tipo de actividades, (leer, relatar, repetir, dibujar, resolver, completar, comparar, escribir, armar, ordenar), siguiendo ciertas consignas pautadas y uniformes, con la finalidad de poder comparar esas actividades con las

realizadas por personas homogéneas según sexo, edad, y realidad sociocultural, en base a los cuales se han elaborado valores promedio y de dispersión (baremos).

C.1. Clasificación general

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

a. Test psicométricos:

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

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

b. Test proyectivos:

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

El planteamiento de las pruebas proyectivas: material poco organizado y estructurado, la libertad completa del sujeto para llevar a cabo la tarea, sin marcajes de tiempo, ni de corrección en las respuestas, aplicación individualizada. Es uno de los mayores atractivos de estas técnicas que sin lugar a dudas contribuye a sus excelentes resultados, pese a las críticas recibidas sobre la subjetividad inherente a las mismas, así como las dificultades de verificación (*validez criterial y fiabilidad*).

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

C.2 Áreas de aplicación

El uso de tests para la evaluación puede ser de diversos tipos, así existen tests meramente clínicos, así como otros que si bien pueden ser usados clínicamente también se aplican en otros contextos psicológicos, como la selección de personal, la orientación vocacional y la investigación pura y aplicada.

Así la evaluación psicológica por medio de test no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo una debida integración de todos sus conocimientos y una suficiente aptitud y actitud profesional para elaborar a partir de los resultados un perfil válido, sustentable y coherente con respecto al funcionamiento de una persona en determinada área.

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

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

Así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

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

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

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

D. Manuales de diagnóstico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, lo cual es relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el

principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase “diagnóstico principal” o “motivo de consulta”, tras el diagnóstico del Eje II.

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

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

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

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

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

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

Para desarrollar este eje, existe la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la cual está dividida en diez niveles de actividad.

La valoración mediante la escala EEAG implica la selección de un único valor que refleje del mejor modo posible, el nivel global de la actividad del individuo. Cada nivel (de diez puntos cada uno) presenta dos componentes:

1. El primero se refiere a la gravedad de los síntomas
2. El segundo a la actividad del individuo

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

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

D.1.2 Uso y manejo del manual

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

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

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

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

D.2 Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE 10

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

D.2.1 Características básicas

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

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

Trastornos mentales y del comportamiento f00 – f99

- ✓ F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos
- ✓ F10-F19 Trastornos mentales y trastornos del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
- ✓ F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotipos y trastornos de ideas delirantes
- ✓ F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)
- ✓ F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- ✓ F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- ✓ F60-F69 Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto
- ✓ F70-F70 Retraso mental
- ✓ F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico
- ✓ F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- ✓ F-99 Trastorno mental, no especificado en otro lugar

D.2.3 Diagnóstico Multiaxial de la CIE-10

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

- ✓ EJE I. Diagnósticos Clínicos: incluye los trastornos mentales y de medicina general. Todos los trastornos identificables en un individuo deben ser listados y codificados de acuerdo con los veinte capítulos de enfermedades en la clasificación central de la CIE-10.
- ✓ Eje II. Discapacidades: valora las consecuencias de la enfermedad en términos de impedimento en el desempeño de roles sociales básicos. Debe ser evaluado con la versión revisada y acortada de la Escala de Evaluación de la OMS. Cuatro facetas mayores deben ser consideradas: cuidado personal, funcionamiento ocupacional (como trabajador remunerado, estudiante, ama de casa), funcionamiento con la familia (evaluando tanto regularidad como calidad de las interacciones) y comportamiento social en general (interacción con otros individuos y la comunidad en general y actividades de tiempo libre).
- ✓ Eje III Factores Contextuales: se trata aquí de describir el ambiente en el que emerge la enfermedad en término de dominios ecológicos. Se incluyen problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo, vivienda y economía, asuntos legales, historia familiar de enfermedad y estilo de vida personal.

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

D.3 La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico es un intento de optimizar el uso y la utilización del Capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; *World Health Organization [WHO], 1992a*), por tanto comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y

formulación diagnóstica, particularmente pertinente para Latinoamérica y que incluya ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas.

Representa los esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los monólogos latinoamericanos y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

D.3.1 ¿Qué es la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico?

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

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

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

La GLADP no es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular. Tiene la Guía, el propósito fundamental de mejorar

la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región.

D.3.2 Uso de la guía

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

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

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

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

diagnóstico no pautado sólo porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos.

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

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

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

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

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

2.4. Psicoterapia

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

La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la

integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

2.4.1. La relación terapéutica

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

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

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

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

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

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

2.4.2. Competencias de la psicoterapia

Las áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad). Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores: evaluar la posibilidad de éxito del cliente; preparar a los clientes para la terapia; y

acomodar la terapia al cliente. La tarea principal de un terapeuta es evaluar donde se encuentran bloqueados los clientes, qué hacen para superar el bloqueo, y cómo puede influir sobre ellos beneficiosamente para salir de la situación.

Los elementos que deben tenerse en cuenta para hacer estas evaluaciones son los siguientes:

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

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

2.4.3. El proceso terapéutico

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

a) Recogida estructurada de la información y análisis funcional.

El proceso terapéutico comienza con la recogida de la información a través de autorregistros y demás instrumentos, hasta completar el análisis de las respuestas problema. Continúa con la conceptualización y explicación de los datos recogidos en el análisis y del establecimiento de las

relaciones entre los diferentes componentes de la respuesta problema, las consecuencias de la misma y la interacción entre las diferentes variables que intervienen en el proceso. Los autorregistros clásicos en depresión en la vejez, en general, son de difícil uso y cuando se utilizan en la práctica clínica deben ser simplificados al máximo, utilizando vías alternativas como escribir un diario que recoja los momentos agradables como los depresivos, grabar pensamientos y sentimientos negativos en un *cássette*.

b) Formulación y explicación al paciente y a la familia.

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

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

Como se ve, los pacientes buscan una explicación a su problema; si el terapeuta no evalúa este aspecto corre el riesgo de que el paciente abandone la terapia, puesto que esta atribución de su problema de depresión (por ejemplo, "si valiera más no me deprimiría", "estoy así porque soy un inútil", etc.) va a marcar las expectativas de cambio y las

relacionadas con el tipo de terapia que espera recibir. Por ejemplo, con el segundo tipo de atribución el paciente puede esperar que el terapeuta cambie el comportamiento de los nietos sin que él tenga que hacer nada para enfrentarse a las situaciones problema, sin plantearse que, por ejemplo, ayudaría a resolver el problema el que él se expresase sin quejas, culpabilizaciones y de forma más asertiva.

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

fastidiarnos o llamar la atención", "tiene muy mala idea"), o protectores ("pobrecito, está tan torpe que hay que hacerlo todo por él") que pueden actuar como mantenedores de las respuestas de depresión (conductas pasivas, sentimientos de inutilidad, conductas agresivas o de irritabilidad de los pacientes deprimidos hacia la familia, etc.) y dificultar el éxito del tratamiento.

2.4.4. Modelos Psicoterapia

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

2.4.4.1. Modelos psicodinámicos

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

Según (Aplanche y Pontalis, 1968; Baker, 1985) el psicoanálisis se define en los cuatro niveles siguientes:

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

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

- Modelo Topográfico:

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

- Modelo Dinámico:

Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte inconsciente, derivado del Yo, y los principios normativos o morales del individuo consciente e inconsciente. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.

- Modelo Económico:

Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía.

El principio de realidad hace que la energía libidinal quede ligada a un objeto (relación de catibia) para su descarga o satisfacción.

- Modelo Genético:

Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la "oral" relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca: Los comportamientos adultos de fumar, beber, se relacionarían con ella. Le sigue la fase "anal", segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces. La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la "falica", entre los tres y cinco años, se relaciona con la zona erógena de los genitales, y la superación de la misma se relaciona con la resolución del "Complejo de Edipo". La última fase es la fase "genital" que se relaciona con la capacidad orgásmica y actividades de recepción y expresión de sensaciones sexuales y afectivas agradables.

- Modelo Estructural:

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

2.4.4.1.2 Método terapéutico

El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: La Asociación Libre, El Análisis de los fenómenos de Transferencia y Contratransferencia y el Análisis de la Resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre

o reglas de trabajo para el paciente (regla básica de la asociación libre) y el terapeuta (regla de abstinencia regla de la atención flotante).

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

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

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres).

La re experimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes (que se van haciendo más conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina Análisis de la Transferencia.

2.4.4.2. Modelo conductual

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

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

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

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

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

El tercer paradigma es el llamado condicionamiento vicario o aprendizaje por moldeamiento o imitación. Las personas no solo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los

resultados de sus acciones sino también por observación de cómo actúan otras personas reales o actores simbólicos (historias, relatos, etc).

Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para relacionarse con los demás y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas están mediados por este proceso.

2.4.4.2.1 Método terapéutico

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

El anterior proceso determina de qué variables es función la conducta estudiada y guía el proceso de selección de las técnicas terapéuticas.

En la mayoría de los casos el terapeuta comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir. El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo de las mismas más adecuado es cuando deriva en análisis funcional del problema en cuestión.

2.4.4.3. Modelo humanista

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico.

Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia guesáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente" (de la que nos ocuparemos con preferencia, por ser el modelo humanista con más apoyo empírico).

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

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

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

2.4.4.3.1 Carl Rogers

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

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

2.4.4.3.1 Método terapéutico

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

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

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

2.4.4.4. Modelo sistémico

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947). Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de

sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: (1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y (2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambios.

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

- La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (p.e de los padres) involucrando a una tercera (p.e un hijo).
- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.
- La información se refiere a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo (descrito en un apartado anterior), la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar...), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.).
- La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (escolarización de los niños, casamiento de

los hijos, muerte de un conyugue, etc). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

2.4.4.4.1 Método terapéutico

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

En primer lugar el terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema solución intentada (p.e Watzlawick) y quiénes son los indicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (limites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (limites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda (quien y como se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia (en la línea de Selvini-Palazzoli). Este proceso diagnóstico suele conllevar entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento "comprometido").

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

- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.
- El uso de la resistencia: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia

homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo "¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?", de modo que al sistema solo le queda la alternativa de seguir lo indicado o su opuesto. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio.

- Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.
- Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.
- Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar

2.4.5. Formas de psicoterapia

2.4.5. 1. Psicoterapias Psicoanalíticas

2.4.5. 1.1 Psicoterapia focal

La psicoterapia focal es una modalidad de tratamiento psicológico, derivada del psicoanálisis, que permite trabajar conflictos internos y/o relacionales, en un período limitado de duración.

El formulario de entrevista inicial contiene datos para que los integrantes del equipo puedan discutir A) si se puede ayudar al paciente con una terapia breve, y b) qué aspecto de la enfermedad del paciente debía tratarse. Luego, durante el tratamiento, cada sesión debía ser sintetizada con los datos de relevancia en un 'informe de sesión'. Luego del alta, los informes de seguimiento tienen el mismo encabezamiento que los informes de sesión.

La psicoterapia focal presenta algunas semejanzas y diferencias con las otras psicoterapias breves. La terapia focal sigue la línea psicoanalítica, pues la actividad del terapeuta está restringida a

intervenciones interpretativas. Su actividad consiste en a) encontrar el foco apropiado de los varios que ofrece el paciente, y b) aproximarse a él de modo constante y coherente con la sola actividad interpretativa. Lo que no se relaciona directamente con el foco queda sin interpretar. Pero si las circunstancias lo exigen, el terapeuta deberá cambiar el foco (las asociaciones del paciente pueden mostrar la irrelevancia del foco elegido originalmente).

Dentro de las áreas que requieren más elaboración y estudio, están los procesos de sintonización (o desarrollo) y cristalización para elegir el foco, los procesos de congeniar entre paciente y analista como criterio de selección, las técnicas usadas en el desarrollo de la terapia, el estudio del conocimiento del pronóstico, y el uso de formularios y sus posibles modificaciones, incluyendo incluso grabaciones.

a. Foco:

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

La atmosfera de la sesión debe facilitar:

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

b. La técnica

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

un término medio y extender el trabajo psicoanalítico a la sociedad". Desde entonces ha habido diferentes técnicas de aleación: terapias de apoyo, terapias directivas, etc.

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

2.4.5. 1.2 Psicoterapia breve y de emergencia

El terapeuta se centra en el problema actual en lugar de examinar sus antecedentes.¹ Glosario: Dificultades, molestias que caracterizan la vida cotidiana llamados "problemas", por ej.: discusiones de pareja. Trastornos, dificultades recurrentes e ineficaces molestias. en de los intentos superar esas cambiando su comportamiento interactivo y/o su interpretación de tal comportamiento. 3. La noción de "resistencia" en terapia (lo que no nos deja avanzar, lo que nos limita), en realidad no es tal, sino mas bien es una comunicación del paciente que nos esta dando las pautas de cómo se les debería ayudar, porque esta claro que las personas llegan a terapia con la idea de cambiar su situación actual. 4. Construir un significado nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto de trastorno del cliente. 5. Es preciso un objetivo pequeño y razonable.² Curso del tratamiento: La entrevista inicial puede utilizarse para crear un marco para el tratamiento familiar breve. El terapeuta con la familia puede centrarse en temas específicos, clarificar los objetivos y expectativas y canalizar las interacciones de un modo adecuado al trabajo focalizado a corto plazo.

El terapeuta habrá establecido un contrato con la familia, delineando los objetivos y la duración del tratamiento. Será el conductor, policía de tráfico, árbitro, mentor y modelo, utilizando su conocimiento sobre la dinámica individual y de grupo recordara a la familia la naturaleza limitada del tratamiento.¹ Técnicas: Los terapeutas con experiencia tienen más probabilidades de ser flexibles. 1. Establecer objetivos limitados y un punto final definido: el concepto del terapeuta debe

centrarse en lo mínimo que tiene hacer para ayudar a la familia a continuar por si misma, en lugar de centrarse en una noción más ambiciosa del potencial de la familia. Se puede pedir a la familia que especifique en términos concretos como podría ser la vida familiar 6 o 10 semanas después si las interacciones en el área problemática fueran mejores.

Es un manual para los especialistas del ramo de la salud y la calidad de vida emocional. Se trata de una guía práctica que permite estar atentos a todos los factores que entran en juego cuando se tiene que intervenir de manera inmediata en determinados casos, como son: violencia, suicidio, homicidio, estrés postraumático. Es una intervención certera y que nos lleva de la mano, paso a paso para lograr un tratamiento corto, en situación de urgencia y además trabajar con el paciente, con las circunstancias y con los familiares. Requerimos como profesionales de documentos de esta naturaleza que nos permitan comprender la importancia del insight y de lo puntual de nuestras intervenciones en casos de urgencia y emergencia. Todo profesional de la salud involucrado en situaciones de crisis es importante que recurra a este documento, que sin duda, será de gran utilidad y de dar luz para la intervención en la vida de otros.

Las características de la psicoterapia breve surgieron debido a la necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes a los que, a causa de circunstancias económicas o de urgencia, era muy difícil proporcionarles un tratamiento prolongado. En esta segunda edición del manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, leopold bellak, creador de este enfoque, brinda una actualización del tema, además de mostrar su aplicación en nuevos campos, como la terapia cognitivo-conductual y el trabajo con niños.

Por otra parte, presenta un capítulo acerca de la aplicación en general de las pruebas a perceptivas en la psicoterapia breve. Sin lugar a dudas, psicoterapia breve, intensiva y de urgencia representa una herramienta de valor indiscutible para psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos.

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

presenta un capítulo acerca de la aplicación en general de las pruebas aperceptivas en la psicoterapia breve. Cuenta asimismo, con dos instrumentos sumamente útiles como auxiliares en el desarrollo de esta psicoterapia, la Guía de preguntas y el Protocolo de registro, los cuales sistematizan el proceso de evaluación y diagnóstico y facilitan de gran manera el inicio de la terapia. Sin lugar a dudas, es una herramienta de valor indiscutible para psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos.

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

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

La intervención que lleva a cabo un profesional de la Salud Mental puede ofrecer una ayuda inmediata, administrando la dosis de medicamentos correctos y/o iniciando un trabajo terapéutico de reajuste mental, con el propósito de restablecer el equilibrio emocional que prepare o evite tal tratamiento largo, es necesario una primera intervención, generalmente, de una terapia breve cuyo principal objetivo es dar apoyo psicológico, ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita. El enfoque de la psicoterapia breve y de emergencia se deriva en gran medida de la orientación, adiestramiento y experiencias específicas de cada psicólogo y sus conceptos proceden en la mayoría de la teoría psicoanalítica.

“La psicoterapia es básicamente un proceso muy simple que comprende desconocimiento, aprendizaje y reaprendizaje del pensar y sentir de cada persona” (Bellak, 2005); su proposición consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial, según Cade en 1993 en su libro Guía breve de terapia breve dice que la psicoterapia se ocupa de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre el organismo humano, intenta comprender y modificar la masa perceptible acumulada que afecta los sentimientos, comportamientos actuales y las respuestas derivados de ellos; para lograr esto se tiene que pensar mucho, planificar y conceptuar, esta conceptualización es la que hace posible a la terapia breve, la técnicas psicoterapéutica plantea proposiciones necesarias para producir óptimamente los cambios en la estructura y la dinámica por la menor adaptación y en contraste con la psicoterapia breve y de emergencia esta toma las reglas cuidadosamente planeadas, se basa en proposiciones claramente formuladas derivándose de la teoría psicoanalítica.

“No se cree que sea necesario seleccionar en forma especial a los pacientes para esta terapia, en lugar de ello se debe determinar las metas en cada caso en particular” (Bellak, 2005), ya que cada persona introyecta los problemas de diferente manera, por ejemplo en los ataques de ansiedad o las depresiones y muchos otros estados agudos se prestan para tratarlos exitosamente con terapia breve, la cual se sugiere que se tome como el primer método de elección y solo cuando es necesario emplear psicoterapia de larga duración o psicoanálisis.

El contar con un terapeuta humano y con una personalidad curativa no es un hecho sin importancia, pues si se tomar en cuenta que sea un terapeuta bien entrenado que proporcione las intervenciones específicas basándose en hipótesis acerca de la personalidad y la psicopatología el o los problemas con que el paciente se presente serán aun más fáciles de resolver en un a terapia breve.

2.4.5.2 Psicoterapias conductuales

2.4.5.2.1 Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, Se aboca a modificar comportamientos y

pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

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

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

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

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

Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. Desmitifica la terapia. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona.

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

Tanto la terapia cognitiva conductual como la terapia conductual pretenden cambiar las formas de actuar que empeoran la ansiedad. Por ejemplo, si usted tiene fobia de que le muerda un perro, puede que los evite. Esto empeora su miedo, pues usted nunca aprende que la mayoría de los perros

no muerden. Un consejero puede ayudarle a pasar, poco a poco, más tiempo con perros amistosos y, con el tiempo, usted podrá lidiar con la sensación de pánico.

2.4.5.2.2 Terapia Racional Emotiva

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

La terapia racional emotiva esta basada en la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de formas significativas y que, desde el punto de vista práctico, en algunos aspectos son, esencialmente, la misma cosa.

Esto es equivalente al caso de otros dos procesos básicos, la sensación y movimiento, interrelacionados de forma tal que nunca pueden separarse totalmente uno del otro.

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

La TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. En la premisa Estoica de que la “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones.” El modelo ABC se considera dentro de la TREC como un amplio marco de referencia donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes.

El modelo ABC funciona de la siguiente manera:

El acontecimiento activante o A es el interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias. A partir de esas creencias se desarrolla C o consecuencias, que resultaría de la

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

De acuerdo a la TREC, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que lo rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de las exigencias absolutistas de los debo y tengo que dogmáticos sobre uno mismo, los otros y la vida en general. Las 3 conclusiones derivadas del pensamiento absolutista y rígido de los tengo que/ debo: Tremendismo, es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo. Baja tolerancia a la frustración y la condenación o evaluación global de la vida del ser humano, es la tendencia a evaluar como mala la esencia humana, la valía de uno mismo y/o de los demás, como resultado de la conducta individual. La Terapia Racional Emotiva fue formulada inicialmente por Albert Ellis durante el congreso de la American Psychological Association en Chicago, Estados Unidos, en 1956, bajo el nombre de La Terapia Racional Emotiva.

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

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

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

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

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

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

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

problema, seguir adelante y aprender cómo hacerlo mejor la próxima vez. La terapia racional emotiva trata, por tanto, con las causas de las emociones humanas.

2.4.5.2.3 La terapia de solución de problemas

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

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

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

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

- ✓ Cogniciones de orientación al problema: aquí se encuentran las habilidades metacognitivas de orden superior, que definen una orientación general del individuo ante los problemas de la vida. Como por ejemplo: la percepción del problema (el reconocimiento y calificación

del problema), atribuciones causales, valoración del problema, creencias sobre el control personal, y valores respecto al compromiso de tiempo y esfuerzo para solucionar los problemas independientemente.

- ✓ Habilidades de solución de problemas específicas: estas habilidades se encuentran en un nivel intermedio de especificidad. Son una secuencia de tareas específicas dirigidas a una meta que deberán realizarse para resolver un problema particular exitosamente. Incluyen las tareas de definir y formular el problema, generar una lista de soluciones alternativas, tomar una decisión, implementar la solución y evaluar el resultado de la solución. En términos conductuales esta secuencia puede verse como una cadena conductual, donde completar exitosamente cada tarea refuerza la ejecución de la tarea, y el reforzamiento del resultado por la entera serie es el descubrimiento de una solución al problema.

- ✓ Habilidades de solución de problemas básicas: estas son las de sensibilidad hacia los problemas (habilidad para reconocer que un problema existe), pensamiento alternativo (habilidad para generar soluciones alternativas), pensamiento medios-fines (habilidad para conceptualizar qué medios se precisan para llegar a una meta, pensamiento consecuencial (habilidad para anticipar consecuencias), y toma de perspectiva (habilidad para percibir una situación desde la perspectiva de otra persona).

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

Las emociones pueden jugar un papel importante en el reconocimiento del problema, el marco de la meta de SP, la evaluación de soluciones alternativas y la evaluación de la ejecución de la solución. También tienen un papel importante en cómo la persona procesa la información durante la ejecución de la SP. El conocimiento y control de las respuestas emocionales es importante para

una eficiente y efectiva ejecución de SP. Cuando interfieren en el proceso se hace necesario entrenar al sujeto en habilidades que faciliten su afrontamiento, tales como reestructuración cognitiva, autoinstrucciones y técnicas de relajación o desensibilización sistemática.

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

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried en el año de 1971 son:

- Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.
- Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- Evaluar los resultados.
- Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).
- La terapia de solución de problemas es una estrategia cognitivo-conductual y donde se aplica una versión simplificada del método científico, adaptada a problemas prácticos cotidianos.

2.4.5. 3 Psicoterapias Humanistas

2.4.5. 3.1 Psicoterapia Centrada en el Cliente

La psicoterapia centrada en el cliente es el nombre de una psicoterapia enmarcada en la Psicología humanista. "Cliente" pretende enfatizar un matiz semántico distinto a "paciente", ya que un cliente permanece con la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico como un agente activo, en

contraposición de "paciente", como indica éste término en su sentido literal ("ser paciente con el problema").

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

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

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

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

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

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

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

La psicoterapia centrada en la persona (o en el cliente) es uno de los métodos más investigados al nivel científico desde entonces y ha dado sus pruebas de eficacia como tratamiento psicoterapéutico. Para muchos el uso del término cliente puede resultar chocante y contrario al espíritu de la psicología humanista. El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la connotación de la misma palabra, relacionada con la patología y enfermedad, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta. En este, el cliente no es un enfermo sino otra persona, par del terapeuta. En mi opinión, el cambio de término puede resultar positivo para el cliente y asegurar un mejor pronóstico, al lograr que éste se sienta responsable de su mejoría y su bienestar.

En sus textos, Rogers establece la siguiente hipótesis de que el individuo tiene la capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia. Es un enfoque muy optimista, que plantea expectativas altas en el paciente, que podría mejorar al sentir que otro confía plenamente en él.

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

- Más importancia al presente que al pasado.
- La relación terapéutica es una experiencia de crecimiento personal.

2.4.5. 3.2 Psicoterapia gestáltica

La terapia Gestalt es una terapia perteneciente a la psicología humanista (o Tercera Fuerza), la cual se caracteriza por no estar hecha exclusivamente para tratar enfermos, sino también para desarrollar el potencial humano.

Nació en la década de 1940 con la publicación del libro *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method* (Durban, 1942) escrito por Fritz Perls y Laura Perls. Aunque más conocido con el subtítulo *The Beginning of Gestalt Therapy*, éste sólo fue añadido para una nueva edición en 1966.

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

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

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

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

El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento. Por tanto, se ubica en la categoría de las terapias humanistas.

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

2.4.5.3.3 Logoterapia

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

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

La logoterapia es una técnica psiquiátrica desarrollada por Viktor Frankl. La técnica es una variación del método psicoanalítico que intenta sobrepasar la clásica interpretación del inconsciente que se nutre del ello o impulsividad ciega, y colocar en correcta relación la vida orgánica con la vida espiritual o responsable. Freud creía que la neurosis estaba encadenada a episodios de impulsividad reprimida y por tanto su terapia consistía en volver conscientes tales represiones. Esto

a través de un proceso de intervención médica conocido como "asociación libre". De ahí la clásica imagen del diván, el paciente y el médico.

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

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

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

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

2.4.5.3.4 Análisis transaccional

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

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

A nivel funcional, busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí, mediante transacciones psicológicas, con sus estados del yo Padre, Adulto y Niño, aprendiendo a utilizar el primero para dar cuidados, el segundo para individuarnos y el tercero para buscar y recibir cuidados, tanto en nuestra interacción con los demás, como también en nosotros mismos, creciendo en el logro de una personalidad integradora.

A nivel profundo, busca facilitar el abandono del guión psicológico que decidimos en la infancia bajo la influencia de las figuras parentales y de autoridad, pero que fue necesario para sobrevivir y que podemos aún estar siguiendo de forma inconsciente. Al dejar el guión, dejamos también de jugar los juegos psicológicos que lo refuerzan, pudiendo entonces usar integradoramente nuestra capacidad de pensar, sentir y actuar, al servicio de un vivir saludable.

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

Se resume así:

- Destaca los aspectos sociales y de interrelación.
- Desarrolla un lenguaje no técnico y asequible a la comprensión del paciente.

- Mantiene la consideración positiva del otro como perteneciente a la naturaleza humana.
- Objetivo de la terapia: ayudar a la persona a restaurar o potenciar la posición existencial original: "yo estoy bien, tú estás bien".

2.4.5. 4. Psicoterapias Sistemáticas

2.4.5. 4.1 La terapia sistémica familiar

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

Otra característica resaltante de la terapia familiar viene a ser el papel del terapeuta, que trabaja "desde adentro", es decir el terapeuta establece alianzas con los distintos miembros del sistema familiar utilizando para ello los códigos, canales y modismos propios del sistema. En cierta medida se parece al quehacer del antropólogo que para estudiar un grupo humano trata de integrarse, de descubrir y manejar sus códigos, mimetizarse, parecer uno de ellos hasta entender y vivenciar su punto de vista, solo que no se desprende de su visión científica y misión terapéutica.

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

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

Debido a su abordaje comprometido e integrativo, un terapeuta sistémico obtiene resultados en corto tiempo, se evalúa e interviene desde la primera sesión, pudiéndose apreciar cambios a partir de la sexta sesión, lo que permitiría continuar con una psicoterapia. A pesar de que permite obtener

resultados en corto tiempo, no se trata de una "terapia breve". Al igual que las otras corrientes terapéuticas su correcta práctica requiere el pasar por proceso formativo que permita conocer las bases teóricas y desarrollar las habilidades personales propios del terapeuta.

las terapias familiares, cada familia tiene una estructura dinámica, es un sistema organizado con sus propias leyes y el objeto de la terapia es reconstruir ese fenómeno para poder descubrir sus leyes de funcionamiento, identificando, bajo la diversidad de las formas aparentes, los esquemas fundamentales que permitan formular las leyes generales para establecer las correlaciones estructurales que correspondan.

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

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

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

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

Para detectar el verdadero funcionamiento de un grupo familiar se utiliza la técnica del rol playing, que consiste en que cada uno de los miembro juegue los roles de los demás y pueda tomar conciencia de la problemática individual, actuando "como si" fuera el otro.

Como en todo sistema las fuerzas lograrán el equilibrio cuando se igualen, de modo que todos los miembros deberán mantenerse en sus respectivos roles sin agregar valencias a su carácter, como sería por ejemplo, no cumplir con las expectativas de su rol, sobreactuar su rol o jugar más de un rol, el suyo y el que no le corresponde.

2.4.5. 5. Psicoterapias Alternativas

2.4.5. 5.1 Reiki

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

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

La investigación concerniente a Reiki se encuentra en sus primeros pasos así que no es posible llegar a conclusiones definitivas acerca de su eficacia si bien se han realizado varios estudios pilotos comunicados en diversos congresos y aún no publicados forma de administración.

Las manos de la persona que administra la terapia Reiki se colocan suavemente sobre 12 posiciones sobre la cabeza y torso de la persona completamente vestida, sentada o recostada.

2.4.5. 5.2 Musicoterapia

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

Actualmente la musicoterapia como disciplina de Salud se ha extendido alrededor del mundo. Hasta la actualidad, se han desarrollado carreras de grado y post-grado en: Europa (*Alemania, Austria, Dinamarca, Italia, Francia, Hungría, Polonia, Reino Unido, España e Israel*); Asia y

Oceanía (*Korea, Tailandia, Finlandia y Australia*) y el Continente Americano (*Estados Unidos, Canadá, Brasil, Colombia, Cuba, Puerto Rico, Venezuela, Uruguay, Perú, Argentina, México y Chile*)

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

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

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

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

La musicoterapia no considera que la música por si misma puede curar; no existen recetas musicales generales para sentirse mejor.

Los efectos de la música sobre el comportamiento han sido evidentes desde los comienzos de la humanidad. A lo largo de la historia, la vida del hombre ha estado complementada e influenciada por la música, a la que se le han atribuido una serie de funciones. La música ha sido y es un medio de expresión y comunicación no verbal, que debido a sus efectos emocionales y de motivación se

ha utilizado como instrumento para manipular y controlar el comportamiento del grupo y del individuo.

La música facilita el establecimiento y la permanencia de las relaciones humanas, contribuyendo a la adaptación del individuo a su medio. Por otra parte, la música es un estímulo que enriquece el proceso sensorial, cognitivo (pensamiento, lenguaje, aprendizaje y memoria) y también enriquece los procesos motores, además de fomentar la creatividad y la disposición al cambio. Así, diversos tipos de música pueden reproducir diferentes estados de ánimo, que a su vez pueden repercutir en tareas psicomotoras y cognitivas. Todo ello depende de la actividad de nuestro sistema nervioso central.

La audición de estímulos musicales, placenteros o no, producen cambios en algunos de los sistemas de neurotransmisión cerebral. Por ejemplo: los sonidos desagradables producen un incremento en los niveles cerebrales de serotonina, una neurohormona que se relaciona con los fenómenos de agresividad y depresión.

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

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

La música, al igual que otros estímulos portadores de energía, produce un amplio abanico de respuestas que pueden ser inmediatas, diferidas, voluntarias o involuntarias. Dependiendo de las circunstancias personales (edad, etapa de desarrollo, estado anímico, salud psicológica, apetencia) cada estímulo sonoro o musical puede inducir una variedad de respuestas en las que se integran, tanto los aspectos biofisiológicos como los aspectos efectivos y mentales de la persona. Así, el bebé agita sus miembros cuando reconoce una canción entonada por su madre, los adolescentes se

reconfortan física y anímicamente escuchando una música ruidosa e incluso les ayuda a concentrarse mejor en el estudio.

Dado que la musicoterapia constituye una aplicación funcional de la música con fines terapéuticos, se preocupa esencialmente de promover a través del sonido y la música, una amplia circulación energética en la persona, a investigar las múltiples transformaciones que induce en el sujeto el impulso inherente al estímulo sonoro y a aplicar la música para solventar problemas de origen psicosomático.

La musicalización: el sonido produce una musicalización de la persona, es decir, la impregna interiormente dejando huella de su paso y de su acción. Así, la música que proviene del entorno o de la experiencia sonora pasa a integrar un fondo o archivo personal, lo que puede denominarse como mundo sonoro interno. Por tanto, nuestra conducta musical es una proyección de la personalidad, utilizando un lenguaje no verbal.

Así, escuchando o produciendo música nos manifestamos tal como somos o como nos encontramos en un momento determinado, reaccionando de forma pasiva, activa, hiperactiva, temerosa... Cada individuo suele consumir la música adecuada para sus necesidades, ya sea absorbiéndole de forma pasiva o creándole de forma activa.

Toda expresión musical conforma un discurso no verbal que refleja ciertos aspectos del mundo sonoro interno y provoca la movilización y consiguiente proyección del mundo sonoro con fines expresivos y de comunicación.

2.4.5. 5.3 Aromaterapia

La aromaterapia (del griego aroma, 'aroma' y therapeia, 'atención', 'curación') es una rama particular de la herbolaria, que utiliza aceites vegetales concentrados llamados aceites esenciales para mejorar la salud física y emocional. A diferencia de las plantas utilizadas en herbolaria, los aceites esenciales no se ingieren sino que se inhalan o aplican en la piel. Su eficacia es discutida y es considerada una pseudociencia.

Es la psicología que estudia los olores y sus efectos en la mente humana, ya sea desde los estímulos relajantes y aromáticos que nos puedan ofrecer algunas fragancias como la rosa o manzanilla hasta

asociar algunos olores con los sentimientos, al igual que los colores ya que ambos se manejan en el sistema límbico que es el manejo de emociones.

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

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

Precauciones

- Es importante señalar que la mayor parte de los aceites esenciales no pueden aplicarse en su estado puro directamente sobre la piel, ya que son altamente concentrados y pueden quemar la piel.
- Antes de aplicarlos es necesario diluirlos en otros aceites, conocidos como aceites bases, o en agua.
- Preferentemente los aceites esenciales no deben de ser ingeridos.
- No deben entrar en contacto con los ojos. En caso de hacerlo deben de lavarse los ojos con abundante agua, evitando tallarse con las manos.
- Deben de usarse con moderación en mujeres embarazadas y niños.
- No confundir los aceites esenciales con los aceites sintéticos, su calidad es muy inferior a los aceites esenciales y si son aplicados en la piel causan quemaduras y alergias.

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

Otra de las maneras de aplicación es a través de la piel, utilizando una mezcla de aceites esenciales con aceites vehiculares de acuerdo a la necesidad, ya que la piel se convierte en un vehículo y a la vez un protector para introducir los compuestos y propiedades que las plantas poseen sin tener que correr riesgos de efectos secundarios nocivos.

Estos aceites penetran a través de los pequeños vasos capilares y son transportados a todo el organismo mediante el torrente sanguíneo. El tiempo promedio son 90 minutos y en algunos casos toma tan sólo 30 minutos. Se aplican directamente al área a tratar. También pueden combinarse entre sí y producir sinergias que hagan un efecto más potente y benéfico.

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

2.4.5. 5.4 Arteterapia

La arteterapia, es un tipo de terapia artística (o Terapia creativa), que consiste en el uso del proceso creativo con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que los conflictos e inquietudes psicológicas pueden ser trabajados por el paciente mediante la producción artística. Se instrumenta con los distintos tipos de disciplinas artísticas (música, plástica, teatro, danza), según la situación terapéutica que se esté atravesando.

La terapia artística tiene un rango amplio de aplicación, en áreas como la rehabilitación (ver terapia ocupacional), la educación y la salud mental.

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

Sus orígenes se pueden clasificar de la siguiente forma:

- El uso de figuras rituales, tinturas e imágenes con fines curativos.

- Los planteamientos de Sigmund Freud y de Carl Gustav Jung en cuanto al lenguaje simbólico del inconsciente.
- El interés, hacia fines del Siglo XIX, de psiquiatras europeos por las producciones plásticas de pacientes mentales: Destaca aquí el aporte de Hans Prinzhorn, psiquiatra vienés, que consideraba la motivación creativa como una motivación básica de la especie humana, y que toda creación albergaba un potencial de autosanación.

Creó la Colección Prinzhorn, que alberga las obras de pacientes mentales de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg. Su obra fue de gran influencia en la formación de personas que posteriormente contribuyeron al surgimiento del arteterapia.

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

Los primeros generalmente son psicólogos o psiquiatras especializados en arteterapia, y los segundos, actúan supervisados en su mayoría por psicólogos o psiquiatras, y su labor es planteada como complementaria a una labor psicoterapéutica.

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

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

El arteterapia es la utilización de técnicas artísticas, para el auto-conocimiento, el desarrollo personal, la mejora de la salud y la calidad de vida. La Psicología Humanista considera que el ser humano sano es aquel que desarrolla todo su potencial, lo cual incluye la creatividad. Mediante el uso de materiales artísticos: modelado, pintura, voz, movimiento, máscaras, fotografía, sin necesidad de experiencia previa, ni largos aprendizajes técnicos. El Arteterapia pone el énfasis en la escucha interior, la atención y la espontaneidad.

Conclusiones

1. La pobreza determina en gran medida la diversidad de problemas de aprendizaje desarrollados en los infantes enfocados desde las diferentes áreas cognoscitiva, afectiva y psicomotriz.
2. Los problemas del aprendizaje se caracterizan por una diferencia significativa en los logros del niño en ciertas áreas, en comparación a su inteligencia en general. Los alumnos que tienen problemas de aprendizaje pueden exhibir una gran variedad de características, incluyendo problemas con la comprensión, en lenguaje, escritura, o habilidad para razonar.
3. La hiperactividad, falta de atención, y problemas en la coordinación y percepción, pueden también ser asociados a esta dificultad, como también las dificultades perceptuales desniveladas, trastornos motores, y comportamientos como la impulsividad, escasa tolerancia ante las frustraciones.
4. La psicopatología es una ciencia, en tanto, conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico.
5. Los distintos manuales de diagnóstico psicológicos fueron creados y estandarizados con la finalidad de determinar características básicas de los distintos trastornos existentes y así poder tener un estándar general sobre la población.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En el presente capítulo se detallan aspectos característicos del seguimiento de los programas de planificación y cumplimiento del cronograma establecido por la universidad. Planificaciones de talleres o charlas realizados según las diferentes problemáticas. A continuación se detallan programas y cronogramas utilizados. Para poder realizar la Práctica Profesional Dirigida con eficacia.

3.1. Programa de estudio del curso Práctica Profesional Dirigida

I. Propósito del curso

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

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

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

La práctica profesional dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-

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

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

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

II. Competencias a fortalecer

- Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Investiga temas relacionados de interés en la aplicación práctica de la Psicología
- Resuelve problemas sociales ocasionados en las áreas de riesgo de la sociedad guatemalteca.
- Brinda ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica así como a poblaciones en riesgo con el fin de promover la salud mental en Guatemala
- Atiende casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca

III. Indicadores de logro

1. Realiza procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Elabora y aplica programas de salud mental.

3. Detecta y atiende casos con técnicas apropiadas
4. Atiende a comunidades en riesgo
5. Da capacitaciones y servicios a grupos de personas con conflictos.

IV. Contenido temático del curso

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

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje

de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.

- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.
- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.
- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

VI. Procedimientos de evaluación

Actividades	Punteo
I FASE	
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de Referente metodológico	5 puntos
Elaboración de Marco de Referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos
II FASE	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de Psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
III FASE	
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del Informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del Informe	5 puntos
Presentación completa del Informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

3.2. Cronograma de práctica dirigida

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

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

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

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
28 -05 y 4-06 11 y06	Supervisión de actividades primer grupo supervisión de actividades segundo grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica. Valor 10 puntos
Meses d junio y julio	Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias Clínicas. Valor 5 puntos Participación
2 y 9-07	Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. Valor 5 puntos
16, 23- 30-07	as encontradas durante	Investigación	Investigación sobre tema de Psicopatología. Valor 5 puntos
6 y 13- 08	Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos
20 y08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

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

3.3. Planificación de Práctica Profesional Dirigida CFCA Chimaltenango.

Mes de marzo

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

encargados y personas beneficiadas, identificando las principales necesidades que se presentan en la institución.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico institucional. • Investigación acerca de la problemática y necesidades principales del centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales: <ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer a qué población atiende la institución. • Analizar la problemática principal y clasificar las necesidades observadas.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mes de abril

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

Mes de mayo

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de casos detectados en el centro de práctica. • Entrevistas con las personas de los casos detectados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: <ul style="list-style-type: none"> -Encargados de la Institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. • Materiales: 	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. • Entrevistar a las personas de cada

<p>cada problemática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de hojas clínicas de los casos atendidos. • Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<p>uno de los casos a tratar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribir las hojas clínicas de cada uno de los casos. • Impartir las capacitaciones de los temas sobresalientes en el centro.
---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mes de junio

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática. • Impartir las charlas y capacitaciones sobre los temas de las problemáticas descubiertas dentro del centro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de casos detectados en el centro de práctica. • Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos. • Realización de hojas clínicas de los casos atendidos. • Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: <ul style="list-style-type: none"> -Encargados de la Institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. • Materiales: <ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. • Utilizar las técnicas y estrategias en los casos atendidos. • Escribir las hojas clínicas de cada uno de los casos. • Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.

Mes de julio

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática. • Impartir las charlas y capacitaciones sobre los temas de las problemáticas descubiertas dentro del centro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de casos detectados en el centro de práctica. • Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos. • Charla y capacitaciones sobre la problemática detectada en los casos atendidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: -Encargados de la Institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. • Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. • Utilizar las técnicas y estrategias en los casos atendidos. • Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.

Mes de agosto

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer al encargado de la institución los informes de los casos atendidos durante la práctica, como también los temas que fueron impartidos durante la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de los casos detectados en el centro de práctica. • Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad. • Clausura en el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: -Encargados de la Institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. • Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> • Describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. • Explicar el avance y tratamiento que se brindo a cada caso. • Platicar con los encargados agradeciéndoles por permitir realizar la práctica.

3.4 Subprogramas

A. Programa de atención de casos

Introducción

El Programa consiste en tratamientos terapéuticos especializados dirigidos a diferentes víctimas, la asistencia psicológica es prestada con formación y experiencia clínica. Pueden ser beneficiarias todas aquellas personas que hayan sido víctimas de malos tratos con la finalidad de establecer un diagnóstico inicial que determine si la persona solicitante es víctima y en consecuencia su idoneidad para seguir el tratamiento terapéutico especializado, el cual consta de una serie de sesiones de 45/60 minutos de tratamiento, aunque se puede prorrogar el número de sesiones de tratamiento. Trabajando en el aspecto social que facilita la toma de decisiones de las víctimas a lograr la ruptura de las situaciones de violencia, teniendo en cuenta la falta de recursos de tipo económico, de educación, de vivienda, etc.

La asistencia psicológica temprana, tanto a la víctima como al agresor trata de erradicar en buena medida, el propio maltrato infantil, desadaptaciones sociales de los hijos en la edad adulta, cuya tendencia a la imitación o repetición de patrones de conducta erróneos y agresivos perpetúan situaciones similares de violencia individual, social y educacional.

Objetivos

Objetivo general

- Promover, prevenir e intervenir alteraciones del desarrollo psicológico y trastornos mentales en la infancia, adolescencia, edad adulta y temprana.

Objetivos específicos

- Conocer la demanda de problemas psicológicos que acuden al centro de práctica.
- Desarrollar programas de seguimiento para las patologías graves con el objetivo de derivarlas a salud mental.

- Desarrollar protocolos de detección-intervención y materiales específicos para atender la demanda de problemas psicológicos en tensión primaria.

Actividades

- Intervenciones individuales: involucran una serie de procedimientos tendientes a brindar una atención integral en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve el paciente.
- Intervenciones grupales: presta ayuda a grupos conformados por pacientes que presentan una problemática similar, y cuyo tratamiento requieren este tipo de intervención.
- Charlas vivenciales
- Dinámicas grupales
- Ejercicios de cambio de roles
- Consejería individual
- Terapia cognitivo-conductual
- Terapia de apoyo
- Terapia de relajación
- Terapia de autocontrol

Cronograma de actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Bienvenida	3 minutos
Terapia cognitivo-conductual	Trastorno de ansiedad	40 minutos
Terapia de apoyo	La importancia de la familia	40 minutos
Terapia de relajación	Relajación	40 minutos
Terapia de autocontrol	Preguntas acerca del tema	40 minutos
Cierre	Palabras de despedida	10 minutos

B. Programa de capacitación

Introducción

El programa de capacitación consiste en el desarrollo de talleres y charlas los cuales poseen como propósito fundamental contribuir al estudio, reflexión y capacitación de temas como violencia intrafamiliar, problemas de aprendizaje. Con la finalidad es brindar asesoramiento o asistencia psicológica a todos aquellos que pudieran necesitar apoyo, a través de charlas o talleres.

Objetivos generales

- Desarrollar programas de Promoción de la salud mental.
- Brindar la información necesaria al grupo para un buen funcionamiento dentro de la sociedad.

Objetivos específicos

- Intervenir, educar, prevenir e investigar en problemáticas tales como la violencia social, sexual e intrafamiliar, suicidio, autoestima, alcoholismo y más.
- Propiciar formas alternativas de asumir, entender, investigar, educar y vivir de manera armoniosa y segura.

Actividades

- Charlas
- Dinámicas de autoconocimiento
- Debates
- Manejo del enojo y prevención de la violencia
- Comunicación asertiva y afectiva

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha	Horas de horas
Primer contacto con las autoridades, presentación y conocer las instalaciones del centro de practica	Del 02 al 04 de abril 2010	12 horas
Diagnostico Institucional	Del 09 al 18 de abril	24 horas
Inicio de atención	Del 23 de abril al 07 de mayo 2010	28 horas
Atención de casos y seguimiento Participación en reunión de Equipo Técnico	Del 09 al 16 de mayo del 2010	24 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 21 al 30 de mayo 2010	24 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 04 al 27 de junio	40 horas
Atención y seguimiento de casos Participación en reunión de equipo técnico	Del 02 al 30 de julio 2010	56 horas
Atención y seguimiento de casos Participación en reunión de Equipo Técnico Despedida del centro de practica	Del 01 al 29 de agosto 2010	52 horas
Total de horas de practica		260

C. Programa de elaboración de proyectos de salud mental

Introducción

El manejo de la crisis posterior a experimentar un evento catastrófico en la vida de una persona, en donde la intervención psicológica llega a ser una herramienta básica e indispensable para aceptar la situación posterior al evento vivido y llegar a restablecer el equilibrio emocional, psicológico y físico de la población afectada.

Dada la complejidad que dicha labor representa, se requiere de profesionales de la Psicología que posean una alta capacidad de persuasión, comprensión, empatía y convicción tanto para lograr las metas antes descritas, así como lograr enfocar a las personas atendidas hacia el descubrimiento de

los factores positivos y recursos con los que cuenta, luego del evento. Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza.

Sin embargo, en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo.

Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágatha que recientemente golpeó a Guatemala.

Objetivos

- General

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

- Específicos

- ✓ Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- ✓ Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.

- ✓ Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.
- ✓ Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- ✓ Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

Actividades

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

Cronograma de actividades

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

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En el presente capítulo se da a conocer los resultados que se obtuvieron en el período de la Práctica Profesional Dirigida, el cual deja como constancia el trabajo que realizó el practicante y como ayudó a promover la salud mental en el centro de práctica así como a la sociedad.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Se brindó apoyo emocional a los niños y ancianos de CFCA Chimaltenango así como a sus familias para promover una buena salud mental.
- ✓ Interés por el servicio Psicológico brindado
- ✓ Seguimiento al tratamiento del proceso terapéutico
- ✓ Apoyo con material didáctico, y audiovisual.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ Incumplimiento a psicoterapias establecidas por parte de los pacientes.
- ✓ Las familias de los pacientes no tomaban en cuenta su participación en el proceso de rehabilitación y cuando se les citaba no se presentaban esto afectaba en la terapia de cada uno de los pacientes.
- ✓ El lugar de procedencia de los pacientes era una de las mayores limitantes.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ La psicoterapia que se ofreció a los pacientes les brindó herramientas para enfrentar de una mejor manera la rehabilitación individual y social.
- ✓ La comunidad que se acercó al centro de práctica se vio beneficiada por los servicios prestados por el futuro profesional.
- ✓ Con el trabajo del practicante se contribuyó a la prevención, promoción y mantenimiento de la salud mental en la sociedad Chimalteca.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ El seguimiento de los casos atendidos se debe de programar para obtener una perspectiva a largo plazo del trabajo del practicante universitario.
- ✓ La finalización de algunos casos no ha sido posible por situaciones personales de los pacientes y esto repercute negativamente en la consecución de los objetivos terapéuticos.
- ✓ La creación de contratos con el centro de práctica sería de beneficio para lograr la continuidad de los resultados obtenidos en este ciclo.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos

Historia Clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre:	W.A.S.M.
Sexo:	Masculino
Edad:	16 años
Dirección:	Bola de Oro, Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 13 de junio

Escolaridad: 3ero. Básico
Religión: Católico
Evaluador: Gelen Darneth Gómez Ruíz
Fecha: 18 de abril de 2,010

2. Motivo de consulta

Tengo 16 años, que en los dos últimos años he tenido “ataques” , dice: “siento que me estoy volviendo loco, me falta el aire, el corazón me palpita muy rápido, me sudan las manos, a temperatura de mi cuerpo baja y rio, rio y rio hasta golpearme y dejar de hacerlo, es como que yo fuera dos personas en ese momento”.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta angustia.
- Nivel conductual: normal.
- Nivel motivacional: buena disposición para el tratamiento.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: se encuentra en un estado de miedo e incertidumbre ya que prefieren que el px no salga si no va acompañado de alguien porque los ataques los sufre en cualquier momento. El px dejo los estudios por causa del mismo problema desde hace un año pero aun así nunca han acudido a ayuda psicológica.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona inadecuadamente con las personas de su edad y personas mayores, por su inseguridad ante los ataques. No ha padecido de ningún trastorno patológico antes y sus antecedentes personales según la madre, lo describe como inseguro, aislado, temerosos, brusco, agresivo, con un vocabulario inadecuado al propio.

5 Historia del problema:

“mi padre engaño a su mamá con una vecina de nuestra comunidad y ella fue con brujo hacerme un trabajo”. El paciente presenta problemas desde hace dos años, presentando síntomas de falta de oxígeno, nervios alterados, sudoración en las manos, presión baja, ataques de risa, taquicardia. Y por los anteriores síntomas ha llegado al extremo de golpearse la cabeza y abdomen para poder recobrar el conocimiento de nuevo. Se observa angustiado y busca que se le responda positivamente.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: problemas conductuales.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

El paciente proviene de un hogar inseguro y desintegrado. El padre los abandono hace 3 años y formo otro hogar, él ocupa el quinto lugar dentro de sus hermanos era muy apegado a su padre. Su madre h jugado el papel de padre y madre desde antes que el hogar se desintegrará ya que el padre no cumplía su función específicamente.

7. Diagnóstico multiaxial

- Eje I F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia
Z63.7 Problemas paterno-filiales
- Eje II Trastorno límite de la personalidad (301.83)
- Eje III Ninguno
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo
- Eje V EEAG= 62 (actual)

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica.

9. Diagnóstico

Una terapia de apoyo con el joven W sirve para motivación emocional, al mismo tiempo se debe de trabajar una terapia cognitivo conductual para ir modificando pensamientos los cuales modificarán las conductas exteriorizadas por el paciente.

10. Tratamiento

Terapia conductivo conductual

Terapia Racional emotiva.

Terapia de apoyo.

Historia Clínica No. 2

1. Datos generales

Nombre:	K.D.H.S.
Sexo:	Femenino
Edad:	9 años
Dirección:	Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 3 de octubre de 2001
Escolaridad:	3ero. Grado primaria
Religión:	Cristiana
Evaluador:	Gelen Darneth Gómez Ruíz
Fecha:	14 de mayo de 2,010

2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, se niega a participar en las actividades que se realizan en el aula e inter-aula.

3. Enumeración de los síntomas

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

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: vive con sus padres y sus relaciones humanas son buenas hay comunicación entre los padres y ella. Únicamente trabaja el padre y la madre le presta la atención que requiere la niña.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona inadecuadamente con los niños de su edad aún que con las personas mayores su relación es adecuada, no manifiesta la misma energía que los niños de su edad.

5.1 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema a baja autoestima y desinterés por estudiar.

5.2 Historia del problema:

El paciente ha manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde que cambiaron de localidad de vivienda y desde luego centro educativo.

6. Historia familiar

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

La paciente manifiesta que su madre es muy buena, pero que ella pone todo de su parte para aprender pero no se le queda nada.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Ninguno

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

9. Pronóstico

Baja autoestima

Ansiedad por separación

10. Tratamiento

Terapia Racional emotiva.

Terapia de apoyo.

Terapia Familiar.

Historia Clínica No. 3

1. Datos generales

Nombre:	A.T.S.S.
Sexo:	Masculino
Edad:	12 años
Dirección:	Colonia Primavera, Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 3 de febrero de 1,998

Escolaridad: 5to. Grado primaria
Religión: Cristiana
Evaluador: Gelen Darneth Gómez Ruíz
Fecha: 8 Abril de 2,010

2. Motivo de consulta

“Me triste porque mi papá se fue de la casa y nos abandono. Sobre todo a mi mama y a mis hermanos, por eso estoy mal creo en la escuela y mi hermano me regaño y le dijo a mi mamá”

3. Enumeración de los síntomas

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

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Constantemente recibe regaños por parte de su hermano quien ha adoptado el papel de padre para todos sus hermanos, ante el abandono de su padre ya que la madre trabaja.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con los niños de su edad y personas mayores.

5.1 Atribución sobre los problemas:

Abandono del papá porque se fue a vivir con otra mujer y formo un nuevo hogar olvidándose por completo de sus hijos.

5.2 Historia del problema:

La paciente. Ha sufrido porque su padre los abandonos, manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde la reciente separación de su padrastro con su madre. Informa la madre que desde que el papa de la niña se fue ella solo se la pasa llorando, no quiere ir a la escuela y esta mal en sus calificaciones.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Melancolía por su padre
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo.)

La madre refiere que la niña pertenece a un hogar desintegrado hace seis meses el papá los abandonos. Su relación con su madre es regular porque casi no la ve y su hermano es quien comparte más tiempo con ella. La madre explica que la niña se niega por realizar su propio aseo personal.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Estrés situacional agudo o crónico

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

Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

9. Pronóstico

Baja autoestima

10. Tratamiento

Terapia conductivo conductual

Terapia Racional emotiva.

Terapia de apoyo.

Terapia Familiar

Historia Clínica No. 4

1. Datos generales

Nombre:	A.P.S.A.
Sexo:	Femenino
Edad:	6 años / 10 meses
Dirección:	Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 12 de octubre de 2003
Escolaridad:	3ero. Grado primaria
Religión:	Cristiana
Evaluador:	Gelen Darneth Gómez Ruíz
Fecha:	14 de mayo de 2,010

2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, se niega a participar en las actividades que se realizan en el aula e inter-aula.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: afecto restringido, manifiesta tristeza.
- Nivel conductual: desinterés, aislamiento

- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: cansancio.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: vive con sus padres y sus relaciones humanas son buenas hay comunicación entre los padres y ella. Únicamente trabaja el padre y la madre le presta la atención que requiere la niña.

4.3 Relaciones sociales: Se relaciona inadecuadamente con los niños de su edad aún que con las personas mayores su relación es adecuada, no manifiesta la misma energía que los niños de su edad.

5.1 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema a baja autoestima y desinterés por estudiar.

5.2 Historia del problema:

El paciente ha manifestando tristeza, cambios de humor, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde que cambiaron de localidad de vivienda y desde luego centro educativo. Anteriormente presentó cambios en su conducta y rendimiento escolar, pero en menor grado que en la actualidad.

6. Historia familiar

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

La paciente manifiesta que su madre es muy buena, pero que ella pone todo de su parte para aprender pero no se le queda nada.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Ninguno

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

Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

9. Pronóstico

Favorable

10. Tratamiento

Terapia Racional Emotiva.

Terapia de apoyo.

Terapia Familiar.

Terapia de de sensibilización

Historia Clínica No. 5

1. Datos generales

Nombre:	A.S.S
Sexo:	Masculino
Edad:	17 años
Dirección:	Colonia Puerto Rico, Chimaltenango
Ocupación:	Ayudante de mecánica
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 17 de marzo de 1,993
Escolaridad:	ninguno
Religión:	Cristiana-evangélica
Evaluador:	Gelen Darneth Gómez Ruíz

Fecha:

5 julio de 2,010

2. Motivo de consulta

El paciente refiere: “mi mamá me dijo que viniera por el problema que tuve que trate de suicidarme. La verdad no sé ni porque lo hice cuando yo sentí ya lo había hecho o mejor dicho lo estaba haciendo”

3. Enumeración de los síntomas

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

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia:

4.4 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con las personas.

5.1 Atribución sobre los problemas: Se atribuye a la muerte de su madre hace seis años y al mal consejo de sus familiares.

5.2 Historia del problema:

El paciente ha sufrido desde niño desde la pérdida de su madre ya que él era el más pequeño de los dos hijos. Comenta que su actual mamá es muy buena y lo quiere pero que él extraña a su verdadera mamá.

6. Historia familiar

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

El paciente manifiesta que desde que vivió ese episodio en su vida él perdió el sentido de la vida misma y que muchas veces sus primas y algunos tíos dicen que su padre no tenía derecho de casarse nuevamente y por eso él sabe ni que hacer porque su actual mamá es buena pero las opiniones de los demás lo ponen en que pensar.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Estrés postraumático

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

Grado de adaptación psicosocial EEAG: 70

9. Pronóstico

Ansiedad

Estrés postraumático

10. Tratamiento

Terapia racional emotiva

Terapia conductivo conductual

Terapia de apoyo

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Consejerías individuales
- ✓ Concientizar al personal del centro por medio de reflexiones aplicadas.
- ✓ Poder utilizar actividades para fomentar la convivencia.
- ✓ Reflexionar por medio de los talleres
- ✓ Intervención positiva en problemáticas diversas según taller o charla expuestas
- ✓ Participación activa dentro del contenido expuesto

4.2.2 Limitaciones

- ✓ Los horarios de atención a los pacientes no coincidían con la hora en que se daban las charlas y no se pudo cubrir a todas las personas.
- ✓ El área donde se realizaron las charlas no era el adecuado.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Se lograron los objetivos planteados.
- ✓ Se logro concientizar al personal acerca de los temas
- ✓ Se logro la participación del personal
- ✓ Las charlas y talleres fueron de integración en el proceso de psicoterapia.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Mejoramiento y disposición de períodos de trabajo determinados.
- ✓ Se debe incluir en la solicitud de permiso para práctica un tiempo específico para las capacitaciones y así los centros de práctica lo tomen en cuenta y no pongan limitaciones.

- ✓ Se sugiere una mejor supervisión para que el encargado de práctica pueda experimentar presencialmente al menos una de las charlas que se imparten en la práctica.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Dirigida al personal de CFCA, Chimaltenango.

Fecha: lunes 9 de agosto de 2010.

1. Objetivos

Objetivo general

- ✓ Proporcionar a los maestros algunas herramientas para el adecuado abordaje de los problemas de aprendizaje que se da en los niños.

Objetivos específicos

- ✓ Brindar a los padres maestros el material necesario para los problemas de lectura que se dan en el colegio.
- ✓ Que el niño o niña refuerce la lectura en cuanto a las palabras que encuentra más difícil
- ✓ Que el niño o niña sea capaz de identificar las letras que se le indican para que pueda diferenciar bien las letras.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Presentación de video clip
- Introducción del tema por medio de exposición

- Explicación del tema por medio de dialogo con los presentes

3. Recursos

- Laptop
- Mesa
- Sillas
- Equipo de sonido
- Hojas en blanco
- Lapiceros

4. Cronograma de actividades

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Problemas de aprendizaje	3 minutos
Presentación de video clip	Problemas de aprendizaje	7 minutos
Introducción al tema	La importancia de la familia	10 minutos
Desarrollo del tema	Como influye la familia en el aprendizaje	10 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	5 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

5. Contenido

Se inicio con la reflexión del águila donde describe que debe dejar y desprenderse de todas sus partes para poder volver a ser alguien con mayor tiempo de vida. Se utilizó con la finalidad de enfocar la importancia del desarrollo individual y así mismo la forma de comprender a los educandos en los diferentes problemas de aprendizaje que enfrentan.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- Asistencia de la población
- Participación activa del grupo
- Interés en conocer más acerca del tema
- Apoyo de líderes
- Coordinación del evento

4.3.2 Limitaciones

- ✓ Falta de espacio apropiado para la charla y capacitación
- ✓ Falta de equipo de sonido para la actividad
- ✓ Esposos limitan la participación de las mujeres en estas actividades
- ✓ Falta de tiempo para el seguimiento

4.3.3 Conclusiones

- Las catástrofes repercuten en la integridad psicológica de los afectados, tanto víctimas como profesionales que actúan en el lugar del hecho.
- Es esencial el desempeño de la intervención psicológica que permita que las personas afectadas adquieran una actitud positiva dentro del difícil marco que está viviendo.
- Esto se logrará a través de la intervención terapéutica adecuada, que irá restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis.

Igualmente, esta ayuda será de gran beneficio para el correcto manejo del duelo resultante de la pérdida de seres queridos, víctimas de la catástrofe experimentada en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, de Santa Apolonia en Chimaltenango.

4.3.4 Recomendaciones

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

i. Presentación de proyecto de salud mental

Introducción

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

Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza. Sin embargo, en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el

individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo.

Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área

de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágatha que recientemente golpeara a Guatemala.

4.3.5.1 Antecedentes

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

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

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

Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país. Dentro de los lugares más afectados a nivel de 1,500 personas.

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

4.3.5.2 Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango.

Luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores puedan lograr una resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian después del paso de la tormenta Ágatha; esto, a través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

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

4.3.5.3 Objetivos

General

Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Ágatha, específicamente en las comunidades de Chipatá,

Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.

Específicos

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

4.3.5.4 Descripción de la crisis provocada por el estrés postraumático

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

4.3.5.5 Pautas para elaborar un programa de intervención

- Analizar las posibles soluciones, y la forma de ayuda psicológica que se pueda brindar.
- Realizar un adecuado contacto psicológico con el grupo y/o con la persona.

- Desarrollar acciones concretas: Objetivos a corto plazo: valorar la mortalidad, facilitar el proceso de duelo, etc.
- Analizar la situación afectiva: Expresión de los sentimientos en relación a la crisis, reorientar adecuadamente la forma de expresión, manejo de la ansiedad, técnica de la silla vacía, ejercicios de respiración y relajación profunda, etc.
- Analizar la situación cognitiva: Reflexionar sobre el incidente y sus efectos, disminuir la credibilidad de culpa, analizar los pensamientos y metas previos a la crisis y el impacto que la misma tuvo sobre dicho asunto, reorientar y adaptar las nuevas metas en relación a la situación posterior a la crisis.
- Analizar el área conductual: Qué cambios se hacen necesarios a consecuencia de la crisis y sus efectos posteriores.
- Dar seguimiento evaluando las etapas de acción. Brindar la ayuda psicológica después de la catástrofe.

A. Tratamiento del estrés postraumático

La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Las alternativas terapéuticas que existen y las cuales el profesional puede utilizar para obtener los resultados deseados, son:

- Testimonio: Consiste en que el grupo o el paciente relate la historia lo más detalladamente posible; de este modo se gana control sobre el pasado y la experiencia va pasando de ser rígida, a ser más flexible y se consigue una reelaboración del trauma.
- Técnicas cognitivas:
 - Resolución de problemas
 - Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas
 - Análisis de creencias erróneas (no es culpable de su experiencia)
 - Inoculación del estrés para disminuir la tensión, la activación fisiológica, sustituir ideas negativas por pensamientos positivos

▮ Técnicas Conductuales:

- ▮ Desensibilización sistemática para conseguir la habituación del objeto temido
- ▮ Interrupción del pensamiento
- ▮ Técnicas de relajación
- ▮ Terapias de grupo (grupos de autoayuda)
- ▮ Terapia familiar, si es necesaria
- ▮ Recuperación de actividades cotidianas de acuerdo a la nueva situación general

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

B. Metodología

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

En tal sentido, se definió lo siguiente:

Datos generales

Lugar:	Comunidades de La Vega y Parajbey, Santa Apolonia, Chimaltenango
Fecha:	Sábado 16 de octubre de 2010
Hora:	De 9:00 a.m., a 4:00 p.m.
Dato estimado de la Población:	800 a 1,000 personas aproximadamente

C. Grupos de intervención psicológica

Con la finalidad de proporcionar una intervención psicológica más efectiva y orientada a las necesidades individuales observadas, se determinó dividir a la población atendida en grupos determinados. Para ello se elaboró un plan de acción específico dirigido a:

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

D. Plan de acción de cada grupo (Véanse anexos.)

E. Comisiones de trabajo

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

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

F. Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

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

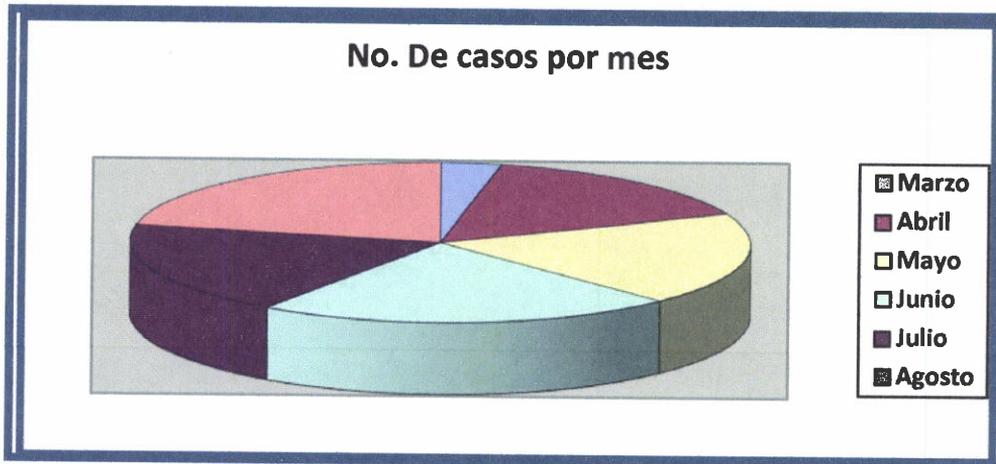
Cronograma de trabajo

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

4.4.1 Presentación de resultados

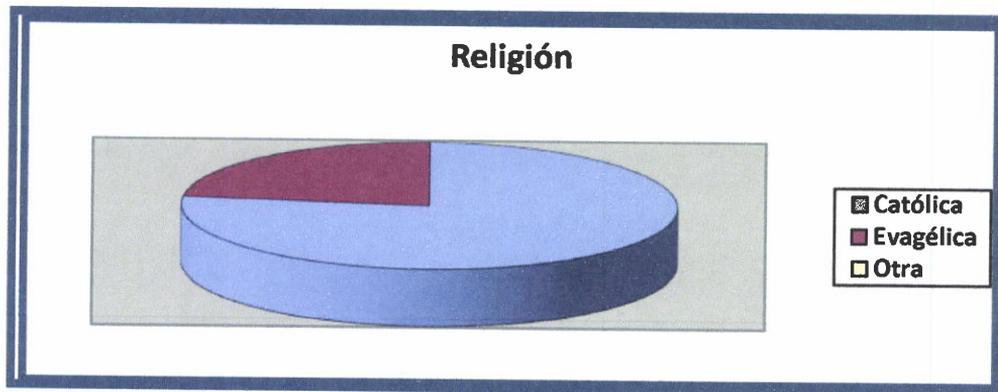
4.4.2 Programa de atención de casos

Gráfica No. 1



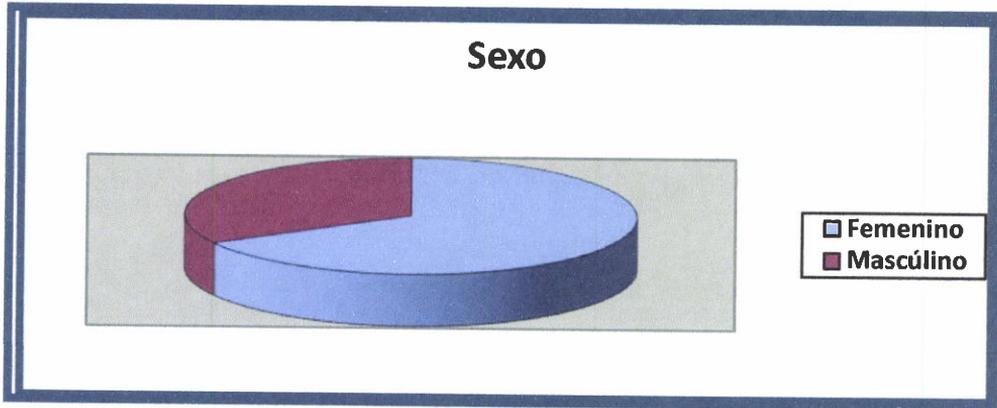
Fuente: propia

Gráfica 2



Fuente: propia

Gráfica 3



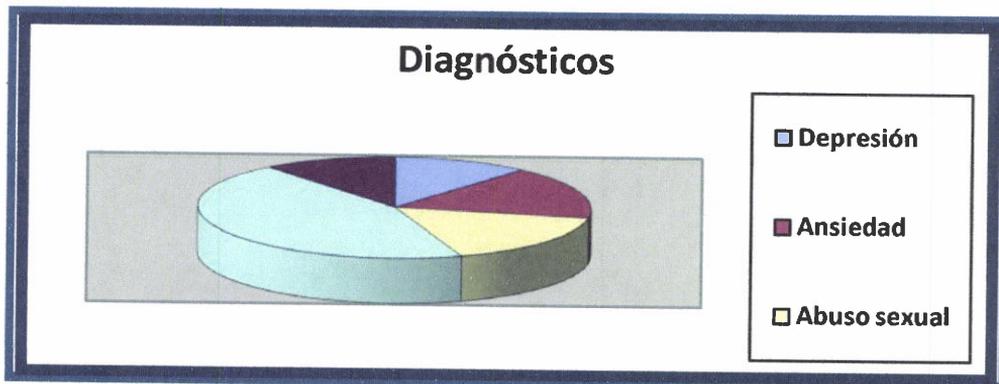
Fuente: propia

Gráfica 4



Fuente: propia

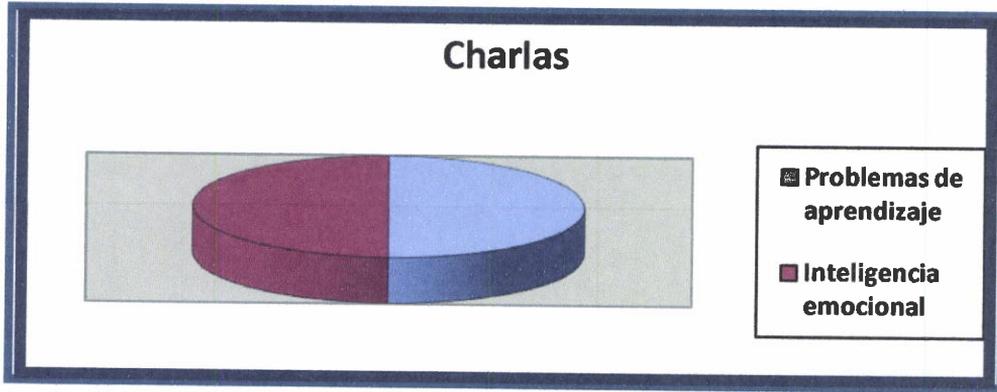
Gráfica 5



Fuente: propia

4.4.2 Programa de capacitación

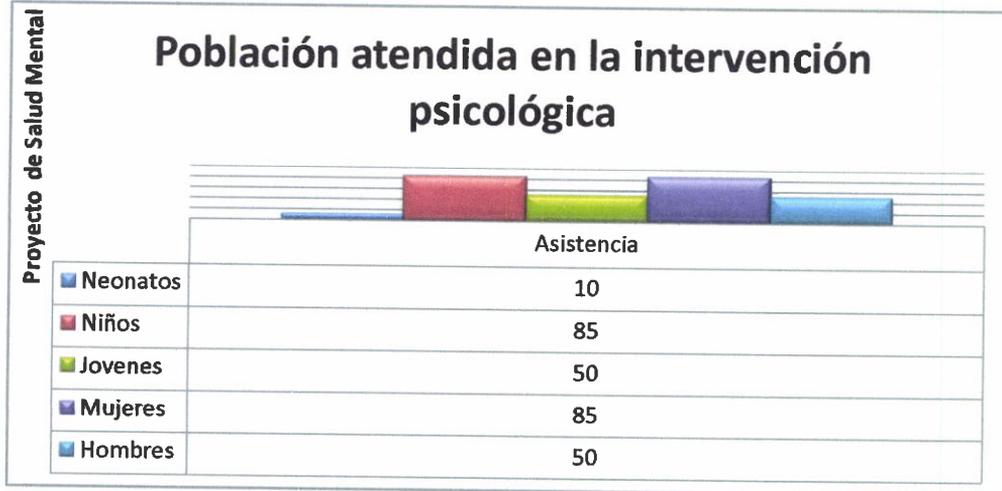
Grafica 6



Fuente: propia

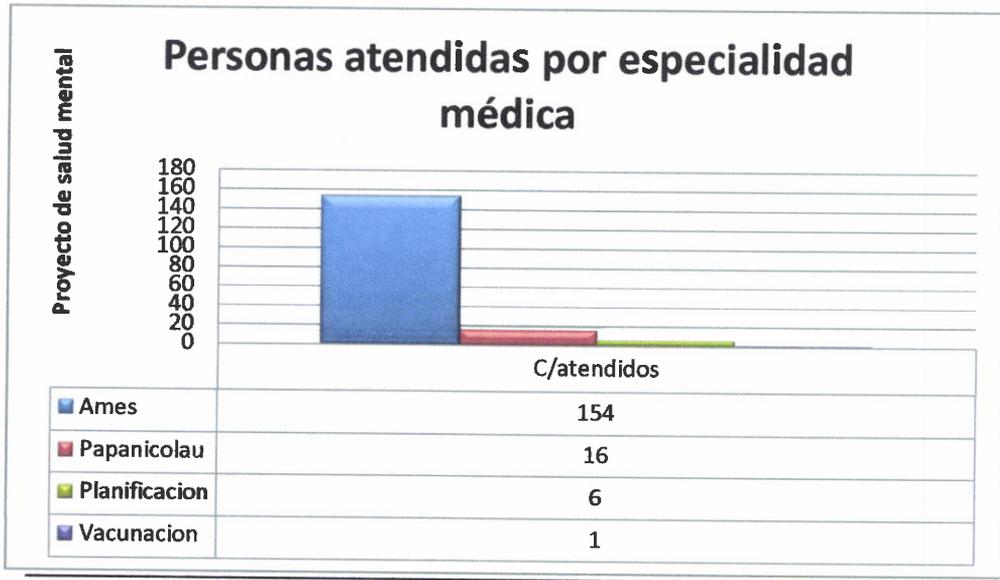
4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 7



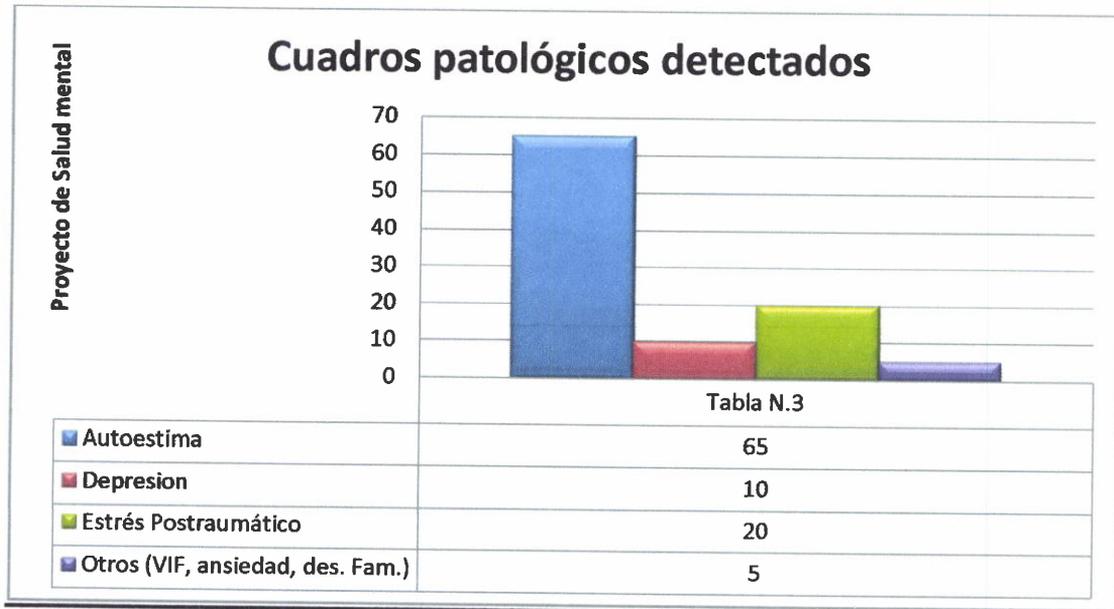
Fuente: propia

Gràfica 8



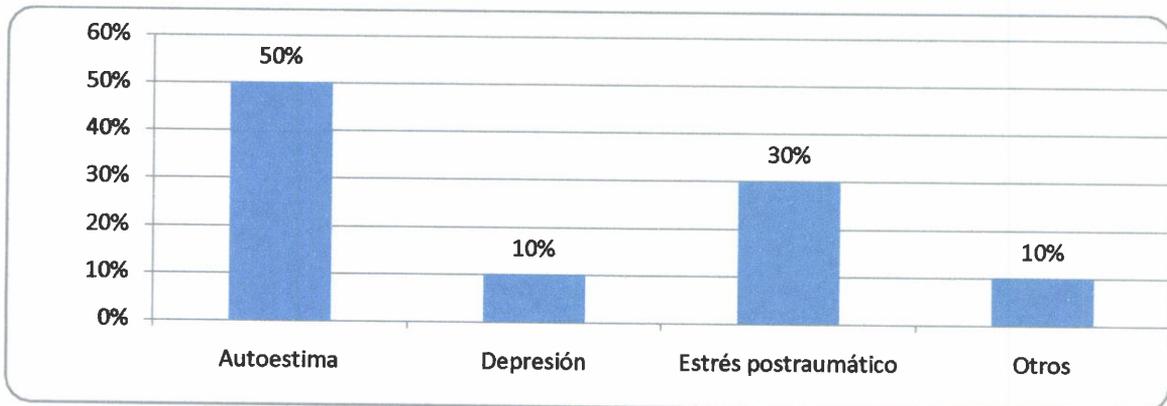
Fuente: propia

Grafica 9



Fuente: propia

Grafica 10



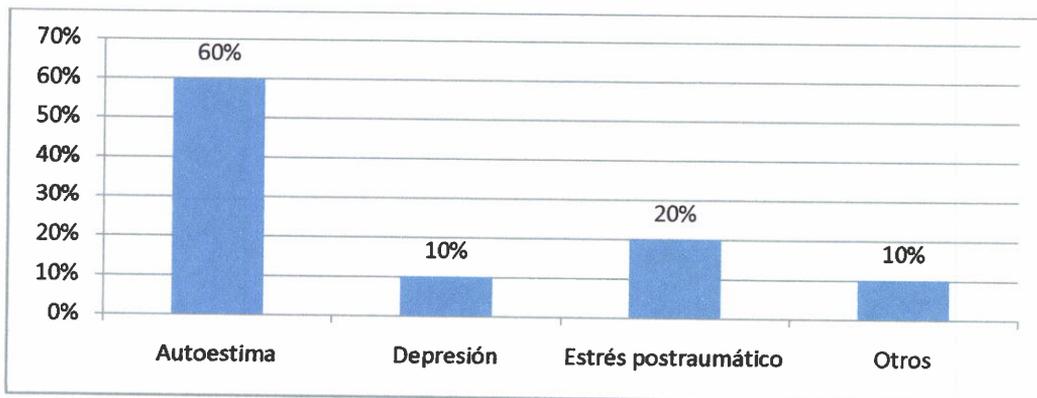
Fuente: Propia

Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

Niños:

- Autoestima: 50%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 30%
- Otros: 10%

Grafica 11



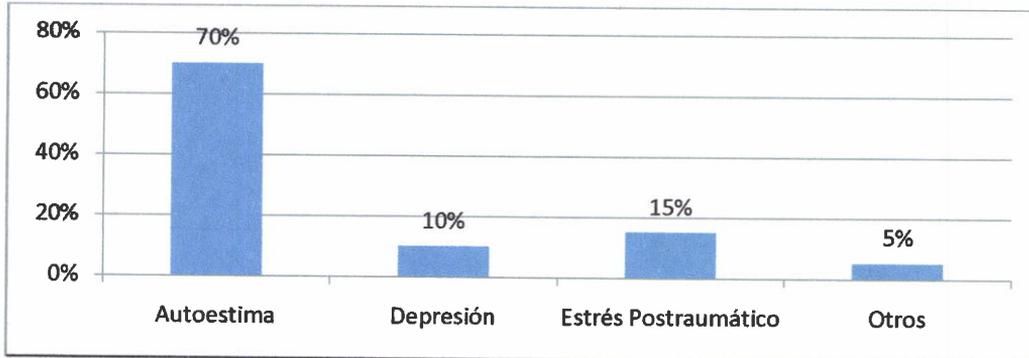
Fuente: Propia

Jóvenes:

- Autoestima: 60%
- Depresión: 10%

- Estrés postraumático: 20%
- Otros: 10%

Grafica 12

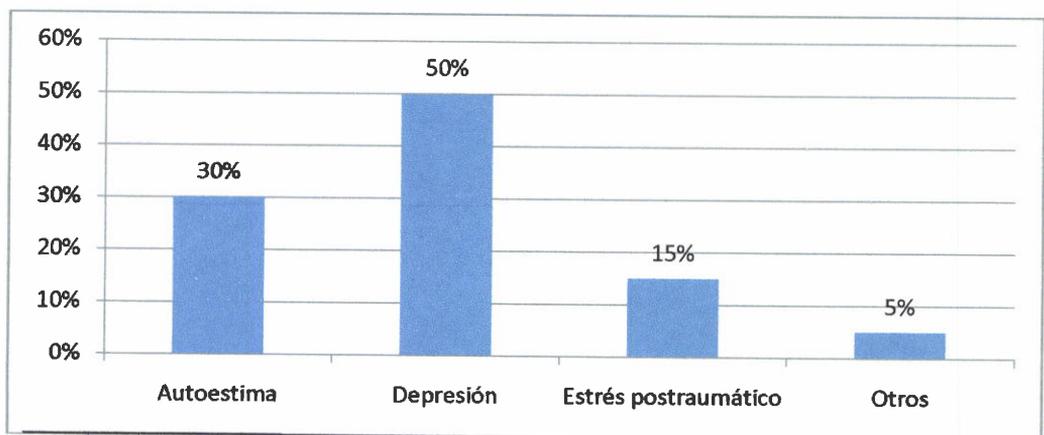


Fuente: Propia

Mujeres:

- Autoestima: 70%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%

Grafica 15



Fuente: propia

Hombres:

- Autoestima: 30%

- Depresión: 50%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%

4.4.4 Anàlisis de datos

1. En la gràfica 1 se observa la cantidad de personas atendidas por mes, esto da muestra del número de personas que fueron beneficiadas durante la labor del practicante, no existe un mes con mayor cantidad de personas lo que refleja que el promedio fue equitativo en la atención de casos individuales.
2. En la gráfica 2 se observa las edades de las personas atendidas, se puede observar que en su mayoría eran niños los que se atendieron lo cual es muy positivo porque por medio de esta atención se puede prevenir una mejor calidad de vida en el futuro de estos niños, y esto no le resta importancia a las otras edades que también fueron tratadas.
3. En la gráfica 3 se observan las religiones, esto es importante a la hora de la atención psicológica pues se debe tomar en cuenta la cosmovisión del paciente para poder proporcionarle herramientas desde su perspectiva; predomina la religión oficial de nuestro país la cual domina en la población.
4. En la gráfica 4 se observa el sexo de las personas atendidas predomina el sexo masculino como se mostró en la gráfica 2 la mayoría eran niños los cuales iban acompañados en gran parte de los casos por sus madres.
5. En la gráfica 5 se muestran los principales problemas atendidos, estas discapacidades físicas se tratan en el centro de Fundabiem, a su vez causan problemas emocionales en los individuos y sus familias y allí la importancia de la labor realizada por el practicante.
6. En la gráfica 6 se muestran el número de personas en las charlas impartidas estas promovieron la integración de la familia en la rehabilitación, cada día tuvo un promedio similar de personas presentes en la realización de las charlas.

7. En la gráfica 7 se muestran las edades de las personas que recibieron las charlas, en su mayoría comprendían las edades de 21 a 30 años lo cual indica que eran por lo general padres de familia los que fueron motivados a apoyar a sus hijos en la rehabilitación.
8. En la gráfica 8 se observa el sexo de las personas presentes en las charlas hay un predominio notable del sexo femenino lo cual nos indica que eran madres de familia las que luchan por la integración de sus hijos a la sociedad.
9. En la gráfica 9 se muestra el número de personas atendidas en el proyecto de salud mental

Conclusiones

- ✓ Se detallo una investigación de campo y teórica, basada en la experiencia y conocimiento de las distintas técnicas y métodos utilizados dentro la Práctica Profesional Dirigida correspondiente al quinto grado de la Licenciatura en Psicología y Consejería social, fue realizada en la cabecera departamental de Chimaltenango, en La Fundación Cristiana Para Niños y Ancianos CFCA.
- ✓ El objetivo principal de la Práctica Profesional Dirigida se baso en beneficiar a esta institución poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante los cinco años de la carrera.
- ✓ Con la finalidad de ayudar y brindar apoyo emocional a todo aquel que así lo solicito, se realizo una serie de acciones determinadas a través de técnicas, métodos, planes y procesos psicologicos enfocados desde diferentes perspectivas según las necesidades del paciente.
- ✓ La pobreza determina en gran medida la diversidad de problemas de aprendizaje desarrollados en los infantes enfocados desde las diferentes áreas cognoscitiva, afectiva y psicomotriz.
- ✓ Los problemas del aprendizaje se caracterizan por una diferencia significativa en los logros del niño en ciertas áreas, en comparación a su inteligencia en general. Los alumnos que tienen problemas de aprendizaje pueden exhibir una gran variedad de características, incluyendo problemas con la comprensión, en lenguaje, escritura, o habilidad para razonar.
- ✓ La hiperactividad, falta de atención, y problemas en la coordinación y percepción pueden también ser asociados a esta dificultad, como también las dificultades preceptúales desniveladas, trastornos motores, y comportamientos como la impulsividad, escasa tolerancia ante las frustraciones.

Recomendaciones

1. A nuestras autoridades se les recomienda, usar el presente material para la difusión de las técnicas de educación en problemas de aprendizaje tanto a instituciones educativas públicas como privadas.
2. Se sugiere a los catedráticos y asesores de programas educativos, la discusión, análisis y ejemplificación de las técnicas de ayuda de los problemas de aprendizaje que deben sustentar. solo complementando las diferentes capacitaciones con la aplicación de técnicas y método de problemas de aprendizaje se logrará proporcionar a la Patria los profesionales que esta necesita para solucionar sus problemas más profundos.
3. Se le recomienda las autoridades educativas contar con un área de atención psicológica dentro del plantel de estudios siendo una de las principales bases para el desarrollo individual y social del estudiante, ya que en base a la función que se realice en esta área serán mejora atendidos y manejas los diferentes aspectos que conllevan a la frustración de nuestra educación dentro de nuestro departamento como en sus alrededores.

Referencias

1. Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.
2. Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
3. Belloch, A y Sandís B.(1,997) *Manual de Psicopatología*, volumen I, España: McGraw-Hill.
4. Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: McGraw Hill.
5. Bolaños E. María del Carmen. "Educación Afectivo sexual en la educación infantil". España. Carmelo Monedero. Psicopatología General Segunda Edición
6. Charles G. Morris y Albert A. Maisto. Psicología General 12º. Edición.
7. Dr. José de Jesús Gózales Núñez. Psicoterapia de Grupo: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas.
8. Enciclopedia Microsoft Encarta (2009). Microsoft Corporation, USA.
9. Enciclopedia Multimedia Microsoft Encarta Delux (2001). Microsoft Corporation, USA.
10. Luis Oblitas. Psicoterapia Contemporánea (2008). Edición No. 1.
11. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR.
12. Richard Parry. Psicoterapia Básica (1992). Ediciones Universidad de Navarra.
13. Universidad de Edinburgo. Mb FRCP FRCPsych DPM Consultor en psiquiatra, Royal Edinburgh Hospital Profesor Honorario, Departamento de Psiquiatra.
14. Delgado HI. "Curso de psiquiatría" Barcelona. Editorial Científico-Médica, 1969. JaspersK. "Psicopatología general". Buenos Aires. Ed. Beta, 1963.
15. Ruiz Ogara C, Barcia Salorio, D y López-Ibor JJ. "Psiquiatría", 1.ª ed, Barcelona, 1982
16. Fish. "Psicopatología Clínica de Fish (Max Hamilton). Signos y síntomas en Psiquiatría", 2.ª edición. Editorial Interamericana, Madrid, 1986.
17. Seva Díaz A. "Psiquiatría Clínica", Espaxs, Barcelona, 1979.
18. Vallejo Ruiloba J. "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría", 3.ª edición, Masson-Salvat, Madrid, 1991.

Anexos

Anexo No. 1

Horas de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, Marzo 2010

Señora Directora:
Virginia Gómez
La fundación Cristiana Para Niños y Ancianos
CFCA

Respetable Directora:

La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, *GELEN DARNETH GÓMEZ RUIZ*, Carne: 0601757, pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

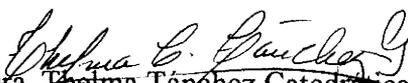
Dicha práctica dura de marzo a agosto, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

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

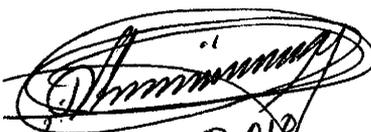
Atentamente,


Licda. Sonia Pappa




Dra. Theima Tánchez Catedrática
Coordinadora Sede Chimaltenango

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


ido. Marzo 2010

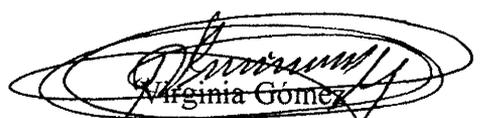
Chimaltenango, Marzo de 2,010

Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Chimaltenango

Reciba por este medio un atento y respetuoso saludo de parte de la Coordinación de la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos CFCA permanente de este departamento.

A la vez manifestarle que nuestra institución CFCA no tiene ningún inconveniente en aceptar la presencia de la estudiante ***Gelen Darneth Gómez Ruíz*** de quinto año de la carrera de Psicología de esta Universidad para realizar la Práctica Profesional, por lo que con mucho gusto estaremos apoyándola en lo necesario y a la vez agradecerle y a la mencionada por el apoyo que nos brindará en la prestación de este servicio.

Sin más que manifestar por el momento, reitero mi saludo inicial y quedo de usted como su atenta servidora.


Virginia Gómez
Coordinadora CFCA, Chimaltenango



C.c. Archivo



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias de la Educación

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha	Horas de horas
Primer contacto con las autoridades, presentación y conocer las instalaciones del centro de practica	Del 02 al 04 de abril 2010	12 horas
Diagnostico Institucional	Del 09 al 18 de abril	24 horas
Inicio de atención	Del 23 de abril al 07 de mayo 2010	28 horas
Atención de casos y seguimiento Participación en reunión de Equipo Técnico	Del 09 al 16 de mayo del 2010	24 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 21 al 30 de mayo 2010	24 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 04 al 27 de junio	40 horas
Atención y seguimiento de casos Participación en reunión de equipo técnico	Del 02 al 30 de julio 2010	56 horas
Atención y seguimiento de casos Participación en reunión de Equipo Técnico Despedida del centro de practica	Del 01 al 29 de agosto 2010	52 horas
Total de horas de practica		260

VoBo:

Virginia Gómez
Coordinadora CFCA

VoBo:

Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida



Anexo No. 2

Planificaciones proyecto de salud
mental



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

PLAN DE ACCIÓN, GRUPO DE HOMBRES

1. DINÁMICAS

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

2. CHARLAS

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

3. TALLER

- 📖 Expresar tres propósitos que tienen para el futuro próximo (siguiente mes)
- 📖 En tríos compartir ideas de cómo puede salir adelante la comunidad afectada
- 📖 Presentación de videoclip acorde a la necesidad (Tony Meléndez, Ironman '86, Nick V.)

4. PLAN TERAPÉUTICO

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



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para mujeres

Objetivo general

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

Objetivo específico

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

Agenda

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



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para niños y niñas

Objetivo

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

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

Anexo 3

Formatos utilizados



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Examen mental

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Lugar: _____

I. Porte, comportamiento y actitud

- Apariencia general y actividad psicomotora.
- Molestias y maneras de manifestarlas.
- Actitud hacia el médico y hacia el examen.

II. Conciencia

- Conciencia y atención.
- Orientación en el tiempo, lugar y persona.

III. Curso del lenguaje

- Velocidad y productividad del lenguaje.
- Relación entre el curso y los temas u objetivos.
- Asociaciones superficiales.
- Desorden de la asociación lógica.
- Bloqueo.

IV. Tendencias y actitudes dominantes

- Tendencias pesimistas.
- Tendencia auto-acusatoria y de auto-depreciación.
- Tendencia expansiva.

V. Memoria, capacidad intelectual

- Remota.
- Reciente.
- Retención y memoria inmediata.
- Información general.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Hoja de evolución

Datos Generales:

Nombre: _____

Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Dirección: _____

Grado de escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Religión: _____

Observaciones: _____



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Educación
Licenciatura en Psicología y Consejería Social

DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL

1. Aspectos Generales:

1.1.Nombre del Centro: Fundación Cristiana Para Niños y Ancianos CFCA.

1.2.Dirección: Departamento: Chimaltenango Municipio: Chimaltenango

1.3.Teléfono: 7839-7136

1.4.Nombre de Director del Centro: Virginia Gómez

1.5.Descripción de los servicios que presta el centro: La fundación Cristiana Para Niños y Ancianos es una organización laica sirviendo a los pobres en regiones de misión alrededor del mundo.

1.6.Tipo de población a la que se atiende: A través del apadrinamiento de niños y ancianos, establecemos relaciones de respeto mutuo y apoyo al mismo tiempo que concientizamos a nuestro país de las necesidades y dones de los pobres y también de la misión de entrega de la iglesia.

2. Estructura Física:

2.1.Tipo de construcción: Block/Terraza

2.2.Extensión: 200 mts. Aproximadamente.

2.3.Plano gráfico: (* ver anexos)

3. Organización:

3.1.Objetivos del programa:

- ✓ Impulsar y potenciar un proceso de formación, capacitación humana y técnica para la persona que labora en todos los niveles de CFCA, para lograr un ser y que hacer eficiente con sentido humanitario.
- ✓ Establecer y acompañar el proceso de planificación y organización que responda a las políticas de la Fundación y del contexto de la realidad para incidir sobre el desarrollo sostenible de sus beneficiarios.
- ✓ Promover y encauzar la creación de pequeñas comunidades de compasión y el desarrollo integral de los beneficiarios de acuerdo a su realidad socioeconómica, multicultural y religiosa para que, reconocidas en su dignidad, sean capaces de generar una nueva

convivencia basada en los valores de la fraternidad, solidaridad, justicia, paz, respeto y equidad.

3.2. Metas:

- Servir Promover y encauzar la creación de pequeñas comunidades de compasión y el desarrollo integral de los beneficiarios de acuerdo a su realidad socioeconómica, multicultural y religiosa.

3.3. Logros:

- Vivencia de del marco doctrinal de CFCA
- Adaptación a nuevas formas de trabajo
- Identificación de las familias con la fundación

3.4. Fortalezas:

- Integración del personal del subproyecto
- Coordinación y Trabajo en Equipo
- Personal con espíritu de servicio
- Buena administración de los recursos humanos y financieros

3.5. Debilidades:

- Medios de transportes insuficientes.
- Poca colaboración de padres de familia para seguimiento en casos especiales de salud.

3.6. Necesidades:

- Creación de proyectos productivos
- Poco tiempo para visitar proyectos de desarrollo personal de becados

3.7. Recomendaciones:

- Implementar técnicas de motivación para el personal, así mejorarán como personas individuales y al mismo tiempo rendirán aun más laboralmente.

Anexo 4

Hoja de evaluación



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

Evaluación de Práctica Profesional Dirigida

Nombre del Centro de práctica: Fundación Cristiana Para Niños y Ancianos CFCA

Dirección: Lote 20 Manzana "K" Colonia Santa Teresita Zona 2 Chimaltenango

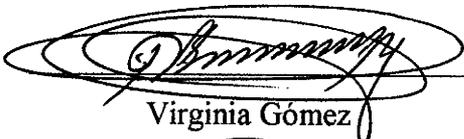
Director: Virginia Gómez

Nombre de la alumna: Gelen Darneth Gómez Ruíz

Fecha: 02 de abril al 29 de agosto.

No.	Aspectos a calificar	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1	Puntualidad			✓	
2	Asistencia			✓	
3	Iniciativa			✓	
4	Creatividad				✓
5	Actitud ética				✓
6	Conocimientos				✓
7	Aplicación de técnica				✓
8	Relaciones interpersonales				✓
9	Apoyo a la institución				✓
10	Atención de casos especiales				✓

Observaciones _____


Virginia Gómez

Coordinadora

