

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



**Problemas emocionales en adolescentes remitidos por la Oficina Nacional de la
Juventud, San Martín Jilotepeque**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Elmer Ottoniel Hernández Lara

Chimaltenango, agosto 2, 2013

**Problemas emocionales en adolescentes remitidos por la Oficina Nacional de la
Juventud, San Martín Jilotepeque**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Elmer Ottoniel Hernández Lara (Estudiante)

Licenciada Sonia Pappa (Asesora)

Licenciada Noemí Cardona (Revisora)

Chimaltenango, agosto 2, 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y
Secretaria General

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerector Administrativo

M. A. César Augusto Custodio Cobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Asesora:

Licda. Sonia Pappa

Revisora:

Licda. Noemí Cardona



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA

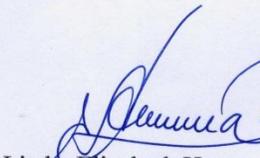
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

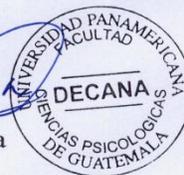
ASUNTO: **Elmer Ottoniel Hernández Lara**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Practica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decana



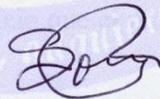
Guatemala, Febrero de 2012

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en La Oficina Municipal de la Juventud de San Martín Jilotepeuque, presentado por el estudiante

Elmer Ottoniel Hernández Lara

*Quien se identifica con número de carné 0805558 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.*



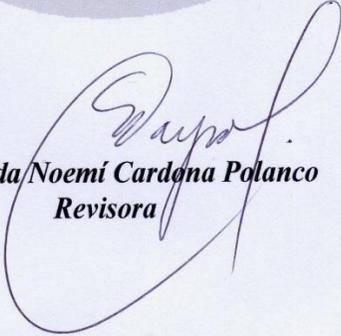
Licenciada Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS
PSICOLOGICA. Guatemala, abril de dos mil trece.

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema: **“Problemas emocionales en adolescentes remitidos por la Oficina Nacional de la Juventud, San Martín Jilotepeque”**. Presentada por la estudiante:

Elmer Ottoniel Hernández Lara

Quien se identifica con el número de carné 0805558, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Noemí Cardona Polanco
Revisora

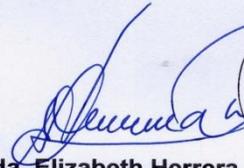


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

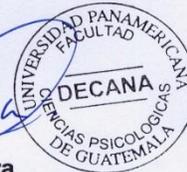
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema "**Problemas emocionales en adolescentes remitidos por la Oficina Nacional de la Juventud, San Martín Jilotepeque**", presentado por: **Elmer Ottoniel Hernández Lara** previo a optar grado académico de Licenciatura en: *Psicología y Consejería Social*, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Practica**.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de referencia	
Capítulo 2	5
Referente teórico	
Capítulo 3	155
Referente metodológico.	
Capítulo 4	168
Presentación de resultados	
Conclusiones generales	208
Recomendaciones	209
Referencias	210
Anexo	

Resumen

El presente documento, tiene como objetivo mostrar todos los aspectos relacionados con la Práctica Profesional Dirigida de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, durante el ciclo 2,012.

En el capítulo 1 se muestran los datos del centro de práctica, una breve descripción del lugar, la visión, misión y objetivos de dicha institución, y la población a la que atiende, con la cual se trabajo esta práctica.

En el capítulo 2 se detallan las diferentes teorías que sirvieron de base para la realización de la práctica, mostrando temas de interés y actualidad, los cuales se resumen en Psicopatología, Psicodiagnóstico y Psicoterapia.

En el capítulo 3 se especifican las diversas actividades realizadas en la práctica, los diferentes métodos utilizados y los programas elaborados, formando así la metodología de dicho documento.

Por último en el capítulo 4 se observa la presentación de resultados obtenidos por medio de gráficas, y también se puede dar lectura a los logros y las limitaciones de cada uno de los diversos programas elaborados.

Introducción

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares.

La adolescencia inicia aproximadamente a los 10 ó 12 años y finaliza a los 19 ó 20 años, según sea el género, ambiente y genética del adolescente. Es una etapa de la vida que se caracteriza por una serie de cambios, tanto físicos como emocionales y mentales. Los cambios físicos en los adolescentes son evidentes pero los emocionales muchas veces pasar desapercibidos. Puede que les invada la tristeza, que sientan ganas de llorar o que estén más rebeldes de lo normal.

Dentro de los problemas emocionales más frecuentes por los que puede pasar un adolescente están: problemas de autoestima, de conducta, de alimentación, ansiedad y depresión, razón por la cual se deben atender psicológicamente para ayudar a los jóvenes de nuestro país en esta etapa de la vida que muchas veces está llena de conflictos emocionales.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

A continuación se presentan los datos del centro de práctica, donde se incluye una breve descripción del lugar de práctica; así como la visión, la misión, los objetivos y la población a la que esta institución atiende.

1.1 Descripción de la institución

La Municipalidad de San Martín Jilotepeque es el ente del Estado responsable del gobierno del municipio, es una institución autónoma, es decir, no depende del gobierno central. Se encarga de realizar y administrar los servicios que necesita el municipio. Una función importante de la Municipalidad es la planificación, el control y la evaluación del desarrollo y crecimiento de su territorio. También se presta especial atención a los aspectos sociales y a buscar contribuir a mejorar la calidad de vida de los vecinos. Los recursos necesarios para proveer los servicios y realizar obras, la Municipalidad los obtiene principalmente del pago de arbitrios, como boleto de ornato, Impuesto Único sobre Inmuebles (IUSI), y tasas que se cobran en algunas gestiones.

La municipalidad de San Martín Jilotepeque se encuentra ubicada en la 4ta avenida, 8-4 zona 1 barrio San Gaspar, San Martín Jilotepeque, a 17 kilómetros de la cabecera departamental de Chimaltenango.

1.2 Misión

“Somos una institución pública al servicio de la población sanmartineca, dirigida al desarrollo gradual de la inversión, en los sectores de educación, salud, seguridad, infraestructura, ambiente, cultura y deportes; para mejorar las condiciones de vida de los habitantes del municipio sin discriminación. Optimizando el uso de los recursos con equidad, eficiencia y transparencia.”

1.3 Visión

Ser una municipalidad destacada en materia de administración y servicios, que provea a los vecinos mejores condiciones de desarrollo que generen armonía, bienestar y paz a sus habitantes.

- Valores del trabajo municipal
- Servicio
- Responsabilidad
- Eficiencia
- Igualdad
- Amabilidad
- Respeto
- Disciplina
- Transparencia
- Confianza
- Integridad
- Solidaridad

1.4 Organigrama

(Adjunto)

1.5 Objetivos

Son objetivos de la Municipalidad:

- Promover, realizar y mantener en condiciones óptimas los servicios sociales y comunales básicos de la Municipalidad;

- Satisfacer la demanda del vecindario, respecto a los servicios de infraestructura urbana pública, privada y de catastro;
- Estimular e institucionalizar la participación de la población en la gestión municipal, fomentando el trabajo comunal y dando opción al ejercicio de libre iniciativa;
- Crecimiento económico y sostenible ambiental;
- Administrar racionalmente los bienes y rentas de la Municipalidad.

1.6 Población a la que atiende

La municipalidad de San Martín Jilotepeque, cuenta con diversas áreas, atendiendo las diferentes necesidades de las personas de las 12 aldeas del municipio.

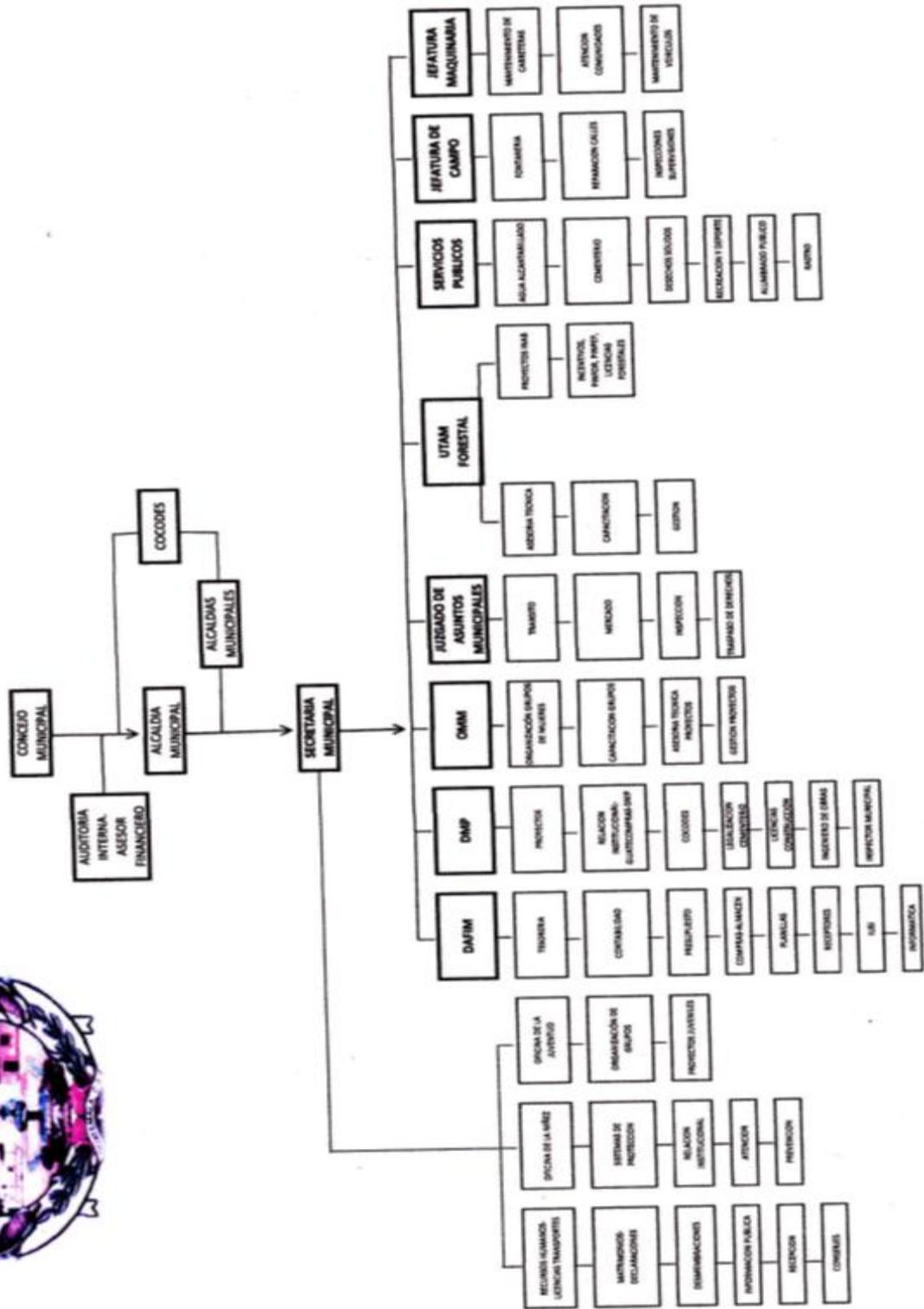
1.6.1 Descripción de la población que atiende

Uno de los espacios de la Municipalidad de San Martín Jilotepeque, es la Oficina Municipal de la Juventud, donde se atiende a hombres y mujeres comprendidos en las edades de 12 a 25 años, donde se busca ayudar a la juventud sanmartineca en diferentes ambientes (educativo, social, cultural, deportivo, otros), sin importar su raza, cultura, religión o extracto social.

1.7 Planteamiento del problema

Los problemas emocionales en adolescentes, remitidos por la Oficina Municipal de la Juventud, de la Municipalidad de San Martín Jilotepeque se presentan frecuentemente, los adolescentes son afectados por los diversos cambios que surgen en esta etapa y por la situación de su entorno familiar. Debe trabajarse profesionalmente para resolver esta problemática, la Psicología aplica técnicas eficientes para ello.

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL
MUNICIPALIDAD DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO**



Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

En el siguiente capítulo se da un panorama de las teorías investigadas durante la realización de la práctica profesional dirigida del quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, se presentan temas relacionados con la adolescencia y los diferentes problemas que surgen en esta etapa; también temáticas importantes para el desempeño profesional, tales como: psicopatología, psicodiagnóstico y psicoterapia, en todas sus formas; con el fin de que el alumno tenga mejores bases científicas en el ejercicio de su profesión.

2.1 Adolescencia

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social posterior a la niñez, que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20 años.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 años hasta los 24 años.

Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años.

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos, pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como de la de autonomía individual.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer. Hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar. La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos. El adolescente esta en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

2.1.1 Cambios en la adolescencia

A. Cambios Físicos

El inicio de la adolescencia ocurre con los cambios físicos que se dan en el cuerpo, relacionados con el crecimiento y con la preparación de los órganos para la reproducción. Sin embargo,

durante la adolescencia no solo se experimentan cambios biológicos, sino también cambios psicológicos y sociales. Todos estos cambios y la forma en cómo se vivan determinan la imagen que se va construyendo de sí misma/o.

La responsable de los cambios que tiene el cuerpo en la adolescencia es una glándula que se encuentra en el cerebro, llamada hipófisis. La hipófisis produce y libera unas sustancias denominadas hormonas, que circulan por la sangre y llegan a distintas partes del cuerpo. Estas hormonas actúan sobre los testículos de los varones o los ovarios de las mujeres, para estimular la producción de las hormonas sexuales masculinas.

En los varones, la influencia de las hormonas sexuales provoca cambios en su cuerpo y en sus genitales, así como la producción de los espermatozoides (células sexuales masculinas) en los testículos. Los estrógenos y progesterona provocan en las mujeres cambios en el cuerpo, la maduración y liberación de los óvulos (células sexuales femeninas), y la menstruación. Estos cambios aparecen y se acentúan durante los primeros años de la adolescencia, en las mujeres generalmente entre los 10 y los 12 años, y en los varones entre los 12 y los 14 años. Esto no quiere decir que en las edades posteriores el cuerpo no siga viviendo modificaciones, sino que es en estos períodos cuando los cambios son más evidentes e intensos. Además, como se mencionó anteriormente, los procesos de la adolescencia no se viven de manera igual por todas las personas, así que es normal y posible que algunos(as) adolescentes experimenten estos cambios más temprana o tardíamente que el resto de sus amigos y amigas.

- Principales cambios en hombres:

- √ Aumento de estatura

- √ Ensanchamiento de espalda y hombros

- √ Disminución de grasa en el cuerpo

- √ Aparecimiento de espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas)

- √ El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas)

- √ La voz es más ronca

- √ Crecimiento mínimo de los pechos
- √ Aparecimiento de vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis.
- √ La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura
- √ Crecimiento de los testículos, próstata y pene
- √ Primera eyaculación

- Principales cambios en mujeres:

- √ Aumento de estatura
- √ Ensanchamiento de caderas
- √ Se acumula grasa en las caderas y muslos
- √ Se notan más las curvas y la forma de la cintura
- √ Aparecimiento de espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas)
- √ El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas)
- √ La voz es más fina
- √ Crecimiento de los senos
- √ Aparecimiento del vello en las axilas y en el pubis
- √ La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura
- √ Crecimiento de los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero
- √ Primera menstruación (menarquía)

B. Cambios psicológicos

Los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia, son producto de factores biológicos, sociales, culturales entre otros. En las próximas líneas se resumen de una forma clara y práctica, para que el lector, pueda asimilarlas de mejor forma.

- Invencibilidad: el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.

- Egocentrismo: el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.
- Audiencia imaginaria: el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.
- Iniciación del pensamiento formal: durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces, estos argumentos son contradictorios, lo cual no importa mucho al adolescente. Ha descubierto su capacidad de razonar, y la ejerce siempre que puede.
- Ampliación del mundo: el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.
- Apoyo en el grupo: el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que le une el compartir actividades.
- Redefinición de la imagen corporal, relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- Culminación del proceso de separación / individualización y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
- Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan).

- Elaboración de una escala de valores o códigos de ética propios.
- Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares.

C. Cambios emocionales

La mayoría de los expertos creen que la idea de que los adolescentes son regidos por las "hormonas descontroladas" es una exageración. No obstante, esta es una edad llena de cambios rápidos en su estado emocional, el mal genio y una gran necesidad por la privacidad, así como la tendencia a ser temperamentales.

Los niños pequeños no pueden pensar en el futuro demasiado, pero los adolescentes sí pueden y suelen hacerlo con frecuencia lo que resulta en que se preocupen por el futuro. Algunos podrían preocuparse excesivamente de su rendimiento en la escuela, su apariencia, su desarrollo físico y su popularidad, la posibilidad de que uno de sus padres fallezca, ser hostigados en la escuela, la violencia escolar, no tener amigos, las drogas y el alcohol, hambre y pobreza en el país, fracaso en obtener empleo, bombas nucleares o ataques terroristas en el país, el divorcio de sus padres y la muerte.

Muchos adolescentes son un poco cohibidos. Y dado que los cambios físicos y emocionales son drásticos, también suelen ser muy sensibles sobre sí mismos. Quizás se preocupen por algunas cualidades personales o "defectos" que para ellos son algo muy importante, pero que para otros son inconsecuentes. (Ellos piensan: "No puedo ir a la fiesta esta noche porque todos se van a reír de la espinilla tamaño pelota que traigo en la frente." Realidad: La espinilla es pequeñita y la esconde el cabello.) Un adolescente también puede estar bastante absorto en sí mismo. Puede creer que él es la única persona en el mundo que siente como él, o que tiene las mismas experiencias, o que es tan especial que nadie más, especialmente su familia, lo puede comprender. Esta creencia puede contribuir a los sentimientos de soledad y aislamiento. Además, el enfoque en sí mismo puede afectar la manera en que el adolescente se relaciona con familiares y amigos. ("¡No puedo soportar que me vean salir al cine con mi mamá!")

Los adolescentes cambian repentinamente de estado emocional. Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas. Sus acciones son inconsistentes. Es normal que los adolescentes cambien repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o estúpidos. De hecho, algunos expertos consideran que la adolescencia es como una segunda niñez temprana. Como explica Carol Bleifield, una consejera escolar de nivel secundario en Wisconsin, “De momento quieren que se les trate y les cuide como a un niño pequeño. Pero cinco minutos más tarde quieren que los adultos se alejen de ellos, diciendo, Déjame hacerlo sólo”.

Además de los cambios emocionales que ellos sienten, los adolescentes exploran varias formas de expresar sus emociones. Por ejemplo, un joven que anteriormente saludaba a sus amigos y visitas con abrazos afectuosos, puede de repente cambiar a un adolescente que saluda con el más leve reconocimiento. Similarmente, los abrazos y besos que antes expresaban su amor por sus padres ahora se convierten en un alejamiento y una expresión de, "Ya déjame, mamá". Es importante recordar que estos son cambios a las formas en que ellos expresan sus sentimientos, y no cambios a los sentimientos en sí por sus amigos, sus padres y otros familiares.

Pero esté pendiente por señas de cambios emocionales excesivos o por períodos de tristeza de larga duración. Estas señales pueden indicar problemas emocionales severos.

2.1.2 Problemas de la adolescencia

a) Las tensiones internas

Es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente no se halla preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas. Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez.

b) Disolución de la identidad infantil

Depende del modelo educativo bajo el cual hayan crecido es como supera el periodo de crisis preadolescente, que abarca entre los trece y los quince años. Si el niño crece en un ambiente ni demasiado rígido, ni demasiado primitivo, este periodo debe ser superado con éxito.

Desde el momento en que el niño y la niña descubren las diferencias sexuales anatómicas, su evolución psicoafectiva empieza a centrarse en cambio diferentes. Esta divergencia se pone de manifiesto en los años de la primera adolescencia.

Los varones se esfuerzan en "tener" (pene, virilidad, casa, coche Las procuraciones de los varones, durante la adolescencia, se centran sobre todo en poseer tener lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad) mientras que las mujeres lo hacen en él "ser" (bellas, admiradas).

c) Temores

- Los temores masculinos

Todas las preocupaciones se centran en los cambios físicos que acaban de sufrir o sufrirán. El crecimiento y el desarrollo del pene, los testículos y el vello corporal son su máxima preocupación, a la vez sus máximos temores apuntan a supuestas malformaciones o defectos en lo que suponen es la esencia de la virilidad: el tamaño del pene en erección. La desviación del pene en erección, a la derecha o izquierda, son otro tema estadísticamente sobresaliente entre jóvenes.

- Temores femeninos

La principal angustia de las adolescentes sigue siendo lo físico, el deseo de tener el mejor físico con el objeto de ser deseada.

El desarrollo de sus pechos, el tema importante entre las jóvenes. Si hay que buscar las causas de la preocupación por el tamaño de los senos ya que les preocupa ante todo el tener su cuerpo perfecto y así sentirse deseadas.

Otra gran preocupación de la joven es la menstruación. Este proceso, que transforma a la niña en una mujer, suele provocar en un comienzo ciertas dudas, que pueden ser fácilmente aclaradas con una información precisa y adecuada por parte de los padres.

d) Los conflictos familiares

Uno de los primeros conflictos que vive el adolescente con sus familiares son por aspectos cotidianos, como por ejemplo: la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, sus costumbres, cuidado de la ropa y la habitación, los horarios, las salidas, etc.

e) El suicidio en los adolescentes

El suicidio ha tenido un aumento dramático recientemente. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de 15 a 24 años y la sexta en los niños de 5 a 14 años. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre si mismos, presión para lograr un éxito y otros miedos mientras van creciendo, en algunos casos el suicidio aparenta ser una solución.

- La depresión y tensión son desórdenes mentales que se pueden y deben tratar. Muchos síntomas de la tendencia suicida son similares a los de la depresión, algunos de estos son:
- Cambiar el hábito de dormir y comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Pérdida de interés de sus pasatiempos y otras distracciones.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- Abandono poco usual de su apariencia habitual.
- Aburrimiento persistente.

- Dificultad para concentrarse o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de síntomas físicos tales como: Dolores de cabeza, estómago, fatiga y otros, que se relacionan directamente con el estado emocional del joven.
- Poca tolerancia a los elogios y a los premios.
- Quejarse de ser una persona mala o sentirse abominable.
- Ponerse muy contento después de un período de depresión.

Si uno o más de estos síntomas se presenta los padres tienen que hablar con sus hijos acerca de su preocupación y buscar ayuda profesional, con el apoyo moral de la familia y con tratamiento una adolescente con tendencia suicida puede recuperarse.

f) Embarazo adolescente

Una de las causas del embarazo adolescente es que mantienen relaciones sexuales sin las medidas preventivas adecuadas. El por qué los adolescentes practican el sexo, y el por qué lo hacen sin métodos anticonceptivos, es porque hoy en día crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine y revistas transmiten mensajes en los cuales manifiestan que las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces esperadas.

Los riesgos de las adolescentes de quedar embarazada incluye:

- Los tempranos contactos sexuales.
- El uso temprano del alcohol u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, el salirse de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes.
- Crecer en condiciones empobrecidas.
- Haber sido víctima de ataque o abuso sexual.

g) La relación padre - hijo

La relación que existe entre padres e hijos siempre ha tenido un deterioro más que en otras etapas del ser humano esto es debido que los jóvenes sufren diferentes cambios en su personalidad y en su anatomía.

Además los jóvenes acusan a los padres de un excesivo amor al dinero y el bienestar, deshonestidad en los negocios, corrupción, infidelidad. Por su parte los adultos acusan a los jóvenes de irresponsables, de una ignorancia con respecto al pasado y el futuro, además estos presentan un idealismo, cosa que también a los padres les molesta.

El hecho de que los hijos no vienen con un manual de instrucciones, y que cada uno es un ser irrepetible que, para ser comprendido, requiere de sus padres y hermanos, los padres teniendo en cuenta este punto deben dar confianza, y tener paciencia con sus hijo y por sobre todo los padres deben escuchar a sus hijos para que estos se puedan desahogarse y no busquen como manera de desahogo las drogas, el alcohol o el tabaco o en última instancia el suicidio. Por esto es que los padres deben siempre poner de su parte para poder tener una buena relación y comunicación con sus hijos.

Los jóvenes pasan con la edad del pavo en esta etapa, estos muestran una actitud de rebeldía pero obedecen sumisamente a los adictos de la moda juvenil más convencional.

2.1.3 Problemas emocionales en la adolescencia

Hay muchos términos para describir problemas emocionales, mentales o del comportamiento. En la actualidad, éstos están calificados de "problemas emocionales". Los problemas emocionales se definen como "una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un largo período de tiempo y hasta cierto grado, lo cual afecta desfavorablemente el rendimiento educacional del niño y del adolescente:

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

Dentro de los problemas emocionales más frecuentes en los adolescentes, se encuentran los siguientes:

I. Autoestima baja en los adolescentes

La autoestima baja es un gran problema, porque la persona que la padece se siente inferior a las demás, se desprecia a sí misma, no valora sus logros, todo le decepciona, le disgusta no tomar buenas decisiones, se siente solo, cae en el abandono, crea ideas negativas de su personalidad, huye de sus problemas y no los puede enfrentar.

Una baja autoestima se origina por:

- El maltrato de los padres a los hijos.
- Las heridas emocionales que tiene una persona.
- El desprecio a los jóvenes por parte de personas mayores.
- No hay una buena comunicación entre compañeros.

Para mejorar la autoestima es necesario desprenderse de lo negativo que alguna se les inculcaron, reemplazar las viejas ideas que se construyeron por otras personas, aprender a comunicar los

sentimientos y las opiniones sin temor, ser una persona valiosa, capaz de cambiar los aspectos negativos de la vida.

La autoestima se desarrolla durante toda la vida porque comienza desde la infancia, porque valora lo positivo y lo negativo que se hacen de sí mismo, esto se refiere a como se ven, a lo que piensan de sí mismos y es por eso que tener una autoestima positiva es la mayor importancia para la vida personal, profesional y social durante toda la vida.

Toda persona debe tener una autoestima alta para que así esa persona se sienta apta para que pueda alcanzar todas sus metas y propósitos que se plantean en la vida.

II. Timidez en adolescentes

La timidez se adjudica a alguien que suele ser temeroso, corto de ánimo y poco demostrativo. Se trata de un rasgo de la personalidad que influye en el comportamiento y condiciona las relaciones interpersonales, además de ponerle un límite al desempeño social del individuo. La timidez afecta con mayor frecuencia y de forma más intensa a los adolescentes, un segmento de edad que atraviesa en esos años grandes cambios. Se hacen nuevos amigos y se inician nuevas relaciones. Los expertos aseguran que esta reacción de inseguridad se vence gracias al aprendizaje.

II.1 Causas de la timidez en la adolescencia

La timidez es un rasgo de la personalidad que todos poseen en mayor o menor grado y que se muestra de manera más acusada en ciertos momentos. Es una reacción de inseguridad que aparece cuando la persona entra en contacto con situaciones que implican relación con otros.

Hay múltiples causas que pueden generar timidez en la adolescencia. Algunas de ellas vienen desde la infancia, como las genéticas. Muchos niños tímidos no consiguen superarlo y siguen siendo tímidos al llegar a la adolescencia. Sin embargo, hay otras causas que influyen directamente en la timidez durante esta etapa:

- Físicas

Los adolescentes pueden sentirse muy acomplejados ante cualquier defecto físico que los aleje del ideal de perfección que marca la sociedad. El adolescente encuentra múltiples razones para avergonzarse: el acné, el sobrepeso, tener la nariz grande o los ojos saltones, incluso aquello que no corresponde estrictamente a su físico, como no llevar la ropa de moda adecuada, pueden avergonzarles y hacer que se sientan incómodos ante sus compañeros.

- Falta de habilidades sociales

Los adolescentes tienen que enfrentarse a situaciones sociales nuevas para las que pueden no estar capacitados: asistir a una fiesta, pedir una cita, acudir a una entrevista de trabajo; todas estas situaciones pueden resultarles amenazantes, llegando a considerar que les quedan demasiado grandes y que nunca estarán capacitados para afrontarlas.

- Falta de apoyo social en la familia

Los adolescentes suelen no sentirse comprendidos por sus familiares cercanos. Al faltarles ese punto de apoyo, pueden sentirse aún más perdidos e inseguros.

- Padres sobreprotectores

Si de niño se le ha mantenido en un entorno cerrado y controlado, el adolescente se sentirá perdido al ser lanzado a situaciones nuevas.

- Padres autoritarios

Si el adolescente ha vivido en un ambiente rígido y con reglas estrictas, puede no haber aprendido a improvisar, encontrar soluciones por sí mismo, resolver sus propios problemas. Esta falta de iniciativa y autonomía le harán sentirse inseguro en las situaciones sociales nuevas.

- Baja autoestima e inseguridad

El adolescente puede arrastrar desde la infancia una baja autoestima que le haga criticarse a sí mismo y pensar de manera negativa, lo que le impedirá afrontar los cambios con seguridad y optimismo.

III. El estrés en adolescentes

Una de las épocas en la vida de los seres humanos en las que se está más sometido a situaciones de estrés es durante la adolescencia, y es que la transición desde la infancia al ser adulto es muy complicada. Sobre todo porque empiezan a vivir situaciones propias de una persona mayor, sin tener todavía los recursos necesarios para superarlas con éxito.

Es muy importante saber reconocer los síntomas de estrés en los adolescentes a tiempo para que no se convierta en un problema mayor. Convivir y gestionar el estrés forma parte de la vida de cualquier adulto. Pero un adolescente que todavía carece de la capacidad de vencer su estrés corre el riesgo de sufrir depresión o ansiedad u otra enfermedad, o de intentar paliarlo con métodos peligrosos como las drogas.

III.1 Motivos de estrés en los adolescentes

Entre los motivos más sobresalientes del estrés en adolescentes se encuentran los siguientes:

- Exigencias y fracasos académicos
- Pensamientos negativos sobre ellos mismos
- Cambios en su cuerpo (la pubertad)
- Problemas con compañeros del instituto o acoso escolar
- Vivir en un barrio problemático
- Problemas de pareja de sus padres - peleas, separación o abusos

- La muerte de un ser querido o un mascota
- Una mudanza o un cambio de centro escolar
- La realización de demasiadas actividades
- Problemas económicos en la familia

➤ Cómo reconocer el estrés adolescente

El estrés en los adolescentes se puede reconocer por medio de los siguientes síntomas:

- Agotamiento y cansancio crónico con sensación de malestar
- Excesiva auto-crítica
- Sensación de persecución
- Cinismo, irritabilidad y negatividad
- Brotes de furia por motivos aparentemente triviales
- Enfado cuanto les exigimos algo
- Insomnio
- Dificultad respiratoria
- Sensación de inútil
- Tendencia a correr mayores riesgos
- Susplicacia

➤ Como ayudar a un adolescente estresado

- Reconocer el estrés es el primer paso para superarlo.
- Ayudarle a reconocer que necesita ayuda.
- Aprender a superar el estrés.
- Intentar ayudarles a identificar la causa de su estrés.

Una forma de combatir el estrés es a través de la diversión. Buscar alguna actividad familiar de ocio, ir al cine o alquilar una película y comprar unas pizzas, un partido de fútbol, una cena especial, etc. cualquier cosa que le puede hacer ilusión y ayudarle a olvidar durante un ratito sus problemas. El deporte es una magnífica manera de luchar contra el estrés.

IV. Maltrato en adolescentes

El maltrato puede ser físico, sexual, psicológico, verbal o una combinación de éstos. La falta de atención, que tiene lugar cuando los padres o tutores no atienden las necesidades básicas de los menores que dependen de ellos, puede ser una forma de maltrato.

- El maltrato físico suele ser la forma de maltrato más fácil de detectar. Incluye cualquier manera de golpear, sacudir, quemar, pellizcar, morder, ahogar, empujar, azotar o cualquier otra acción que provoque lesiones en el cuerpo, deje marcas o produzca dolor físico.
- El abuso sexual comprende cualquier tipo de contacto sexual entre un adulto y un menor de 18 años o entre dos menores entre los que existe una diferencia de edad considerable, y se produce también cuando una persona somete a otra, sin importar la edad. Cuando el abuso sexual ocurre en el seno de la familia, recibe el nombre de “incesto”.
- El maltrato psicológico es el más difícil de detectar porque no deja marcas físicas. Este tipo de maltrato se produce cuando los gritos van demasiado lejos o cuando un padre critica, amenaza, humilla o desprecia constantemente a su hijo hasta que su autoestima y sus sentimientos de valor personal se ven negativamente afectados. Al igual que el maltrato físico, el maltrato psicológico puede dañar y dejar secuelas emocionales.
- La desatención es difícil de identificar y definir. Se puede hablar de ella cuando un niño o adolescente no tiene el alimento, la vivienda, la vestimenta, la atención médica o la

supervisión que necesita. Tiene lugar cuando un padre no proporciona a su hijo suficiente apoyo emocional o le presta poca o ninguna atención de forma deliberada y sistemática. No se refiere a los casos en los que un padre no le da a su hijo algo que éste quiere, como una nueva computadora o un teléfono móvil, sino que están en juego necesidades más básicas, como la comida, el refugio y el afecto.

La violencia familiar puede afectar a cualquiera y puede ocurrir en cualquier tipo de familia. En algunos casos, los padres se maltratan entre sí, algo que puede ser difícil para los niños que son testigos. Algunos padres maltratan a sus hijos y recurren a la violencia verbal o física como una manera de imponer la disciplina.

Pero el maltrato no sólo se da dentro de la familia. El acoso u hostigamiento también es una forma de maltrato. Acosar a otra persona a través de la intimidación, las amenazas o la humillación puede equivaler a una golpiza. Es posible que las personas que acosan a los demás hayan sido víctimas de maltrato. Éste también es el caso de las personas que maltratan a su pareja. Pero el hecho de haber sido víctima de malos tratos no es ninguna excusa para maltratar a nadie.

El maltrato también puede adoptar la forma de delito por prejuicios dirigidos a personas sólo por su raza, religión, capacidades, sexo u orientación sexual.

IV.1 Efectos del maltrato

Cuando una persona es víctima de maltrato, este puede repercutir en todos los aspectos de su vida, particularmente en su autoestima. La medida en que el maltrato daña a una persona depende de las circunstancias y, en algunos casos, del grado de violencia al que ha sido sometida. A veces, algo que no parece tener mucha importancia puede desatar una reacción desmesurada. Por ejemplo, ser tocado de manera inadecuada por un integrante de la familia o recibir el pedido de mantener secretos pueden ser una experiencia sumamente confusa y traumática.

En todas las familias hay discusiones. Los amigos, las parejas, los entrenadores y los maestros pueden sentirse molestos, frustrados o tener un mal día. Todos atraviesan momentos difíciles cuando alguien está estresado y enojado. Recurrir a castigos o disciplina, como quitar privilegios a los hijos o prohibirles que salgan de su habitación o que salgan con sus amigos, es común.

Los gritos y enojo puede suceder en muchas relaciones entre padres y adolescentes y entre amigos, aunque pelear con un amigo o con los propios padres suele hacer sentir mal. No obstante, si el castigo, la discusión o los gritos van demasiado lejos o se prolongan durante mucho tiempo, pueden derivar en estrés y en otros problemas graves.

Los adolescentes que son o fueron objeto de malos tratos suelen tener problemas para conciliar el sueño, alimentarse y concentrarse. Su rendimiento académico puede verse negativamente afectado porque están enojados o asustados, o porque sienten que ya perdieron el interés.

Muchas personas que han sido víctimas de malos tratos desconfían de los demás. Algunos sienten mucha ira contra sí mismos y contra los demás, y les cuesta mucho hacer amigos. El maltrato es una causa importante de depresión en los jóvenes. Algunos adolescentes sólo pueden sentirse mejor adoptando conductas autodestructivas como cortarse o abusar de las drogas o el alcohol. Otros llegan al extremo de intentar suicidarse.

Es normal que una persona que ha sido maltratada se sienta dolida, enojada y confundida por lo que le ha ocurrido. Es posible que se sienta culpable o avergonzada, o incluso responsable de lo sucedido. Pero el maltrato nunca es culpa de la víctima, por más que el autor de los malos tratos intente culpar a los demás.

Las personas que son víctimas de maltrato necesitan ayuda. Mantener la situación en secreto no las protege de futuros malos tratos, sino que hace más probable que el maltrato continúe. Muchos maestros y consejeros tienen la formación necesaria para ayudarte a detectar y denunciar los malos tratos.

En algunos casos, las personas que son víctimas de violencia familiar tienen que buscar un lugar seguro para vivir temporalmente. Tener que irse de casa nunca es fácil, pero a veces es necesario para evitar futuros malos tratos.

V. Frustración en adolescentes

Consiste en un estado de decepción, con una importante carga emocional, que se produce cuando el adolescente espera que algo deseado se realice y resulta imposible hacerlo por diferentes motivos.

Los sentimientos frustrantes dependen de cada uno, es decir, hay un umbral de tolerancia, y cada individuo se posicionará en un punto determinado, dependiendo de sus características.

De este modo vemos como hay personas que no aguantan lo más mínimo, es decir, que quieren las cosas ahora y ya, pero por el contrario existe otro tipo de personas que son más tolerantes en este tema.

Se puede ver de forma sencilla que los niños y adolescente no suelen soportar mucho estas situaciones, cuando un niño quiere algo, lo quieren de forma inmediata, pero esto se puede explicar perfectamente porque no hace mucho tiempo eran bebés y sus deseos estaban estrechamente relacionados con las necesidades básicas de la supervivencia y al ser saciadas les aportaban una seguridad que es necesaria para un buen desarrollo emocional, pero a medida que van creciendo esto debe ir cambiando, porque con el tiempo las necesidades o deseos que se le plantean no suelen ser de tipo básico.

Otra cosa que se impone con el tiempo es que se dan cuenta que no todo lo que quieren va a ser satisfecho rápidamente. Una madre no tardará en dar de comer a un niño a la hora de la cena, pero quizá sí que se retrase a la hora de comprarle un juego que desea de forma ansiosa. Esto les

conduce a aprender a tolerar la frustración, a la vez que van evolucionando, separándose de las figuras paternas y va apareciendo en su vida el concepto de autonomía.

En estos momentos de la vida van apareciendo en su vida diferentes opciones como el manejo de habilidades en relación al entorno que les rodea. Otra de las cosas que avanzan en su desarrollo evolutivo es a aprender a satisfacer sus pequeñas necesidades por sí mismo y a percibir que hay otras cosas que no puedes realizar por sí mismos, conocer sus limitaciones.

Esto sería el desarrollo evolutivo normal, aunque no todo el mundo sigue el mismo camino y a la misma velocidad, incluso hay personas que se quedan estancados en un punto determinado, no soportando la frustración en ninguna de las etapas de su vida.

Si se dispone de metas sustitutas de igual o casi igual atracción, se experimenta menos frustración cuando se impide alcanzar una meta específica. También el tener metas sustitutas podrá ayudar a superar la frustración, ya que por así decirlo ese podría ser un plan B o plan alternativo en caso que uno salga mal se puede emplear el otro, de igual manera si se fracasa al tratar de cumplir un objetivo pero se logra otro casi al mismo tiempo, la frustración se sentirá con menor intensidad y puede ser que se supere con mayor facilidad.

Si ante una situación frustrante se logra reconocer los errores o las causas que imposibilitaron alcanzar las metas, se puede iniciar un proceso mediante el cual se trate de no cometer una vez más los mismos errores del pasado, o saber cómo reaccionar ante la configuración específica de hechos que impidieron alcanzar la meta, por lo cual, se debe aprender de aquellas situaciones frustrantes del pasado y lejos de verlas únicamente como una situación desagradable, sino también como algo que dejó una lección y a partir de ese momento luchar por evitar que esa situación se vuelva a dar.

Es como se dice en el lenguaje popular si se cae de la bicicleta hay que volverse a subir y seguir adelante, de igual manera ante ver imposibilitado alcanzar una meta ver cuáles fueron los errores y volver andar, es la mejor manera de seguir en el camino.

VI. Inseguridad en la adolescencia

La inseguridad, se puede definir como la dificultad para escoger entre diferentes opciones para conseguir un objetivo determinado. Así como, la duda constante ante si lo que hemos hecho o dicho, nosotros mismos u otras personas, es acertado o no.

La inseguridad es un sentimiento que limita las actitudes y aptitudes. Tiene varios orígenes como lo son la sobreprotección, la falta de autoestima por burlas, por defectos personales, otros.

Ser una persona insegura puede acarrear problemas la nuestra vida diaria, desde lo profesional, sentimental y moral; es deber de los padres estimular a los hijos para cambiar y mejorar la sensación de inseguridad de los niños y adolescentes.

IV.1 Características básicas de las personas inseguras

Hay algunos comportamientos frecuentes en los adolescentes inseguros: dudas frecuentes, no entregan trabajos o informes por creer que no son suficientemente buenos, dudan de la pareja por creer que no los quiere suficiente, necesitan interminables pruebas de la pareja que le demuestren su amor, confían más en la opinión de los demás que en la de ellos mismos.

Un adolescente inseguro, suele depositar más confianza o valor en la opinión de los demás que en el mismo, se trata en definitiva de la tendencia a poner en manos de otros la valoración de lo que vale.

Es necesario tener en cuenta, que cada adolescente es diferente al resto de los demás, por ser diferente tiene diferentes opiniones y diferentes gustos. La forma de actuar, el aspecto, la forma de pensar, etc., por todo ello es imposible que agrade a todo el mundo por igual.

VII.2 Consecuencias negativas de la inseguridad

El adolescente que tiende a buscar la aprobación de los demás para sentirse valorado, tiene una alta probabilidad de vivir en una especie de montaña rusa. Cuando se encuentre con personas más afines a él se sentirá pletórico, pero no podrá evitar cruzarse en la calle, escuela, trabajo, familia, barrio con personas que por pensar muy diferente a él seguramente no van a aprobar algunas de las cosas que piensa, dice o hace y por lo tanto si depende también de ello para sentirse válido posiblemente se va a sentir mal.

El tratamiento se basa, por un lado en el trabajo de la autoestima y por el otro, el trabajo de aquellos pensamientos poco ajustados a la realidad que pueden llevar a la persona a explicarse la realidad de forma poco objetiva y distorsionada. Se puede complementar en caso de ser necesario, ayudando a la persona a mejorar su habilidad para solucionar los problemas o con sus habilidades sociales o asertivas.

Los cambios de la etapa de la adolescencia y su anhelo convertido a veces en verdadera obsesión, por construirse su mundo, llevan al adolescente a experimentar una fuerte inseguridad e incertidumbre ante el futuro de la que quiere salir por sí solo. Sin embargo, es cuando más afecto necesita. Es el momento en que las adolescentes se pasan mucho tiempo a solas llorando o huyen absolutamente de la soledad. Las reacciones pueden ser contradictorias, pero siempre son objetivamente exageradas. Igual sucede con los muchachos, que se hacen extrovertidos o introvertidos de forma exagerada, poco equilibrada. En los dos sexos aparece muy fuerte la búsqueda de afectos, de amistades íntimas y completas que compartan con ellos lo que no son capaces de decir a otros, precisamente por su inseguridad, porque se imaginan una reacción negativa.

Para ayudar a los adolescentes inseguros es necesario tomar en cuenta algunos consejos tales como: establecer una relación más cercana y de confianza, acercarse a él de un modo amable, establecer contacto con él, sonreírle, hacerle pequeños cumplidos individualmente para demostrarle el aprecio, etc.

VII. Problemas de identidad sexual en la adolescencia

En la adolescencia (de los 10 a 17 años) se afirma la identificación de género de acuerdo a lo que ha observado y observa en su entorno y en los adultos. Pueden desarrollar imágenes personales de acuerdo a estereotipos sociales. La identificación de género incluye el reconocimiento y conciencia de que se es hombre o mujer, comprendiendo sus funciones, valores y responsabilidades. Este es el aspecto básico del desarrollo de la identidad. La mayoría de personas tiene un firme sentido de identidad sexual antes de la adolescencia e identifican las funciones que tienen los hombres y las mujeres, sin embargo, es en la adolescencia como tal, es donde reconoce y acepta su identidad. Su concepción sexual implica la reflexión y evaluación sobre sus sentimientos y conductas sexuales.

Además, en la adolescencia las personas se hacen conscientes de sus atracciones sexuales, interés amoroso y sentimientos eróticos. La atracción se activa altamente por el cambio hormonal.

La cultura también influye en el comportamiento del adolescente, en Latinoamérica la identidad y roles de género ejercen mucha influencia y presión en la adolescencia. Los adolescentes varones creen que la masculinidad es instintiva, incontrolable y a veces agresiva. Mientras que las chicas en la adolescencia consideran que su físico y convertirse en la pareja del más fuerte, les da valor y definición.

La adolescencia, como toda etapa de crecimiento de la vida humana, está signada por los cambios, las crisis y el paso a nuevos estados de vida. La sexualidad en esta etapa no escapa a todos estos sucesos. No hay una sola manera de encarar la adolescencia, dependerá del criterio con que se la mire el aspecto que se resaltará. La pubertad, con la menarquia, (la primera menstruación) en la mujer y las primeras poluciones nocturnas en el varón, marcan desde el punto de vista biológico el comienzo de la adolescencia.

Con el logro de la identidad personal (quien soy, hacia donde quiero ir, que quiero ser) está marcado desde el criterio psicológico de abordaje, el final de este período.

La definición de los roles es desde el punto de vista sociológico lo que define a la adolescencia, éstos, por supuesto dependen de la cultura en la que se vive, no hay roles determinados de nacimiento.

Por último hay un criterio que en la actualidad ha perdido, por lo menos en la civilización occidental, la trascendencia que gozó en otros tiempos, el antropológico. Desde este punto de vista el ingreso a la adolescencia está marcado por ritos determinados por cada cultura.

La primera etapa, llamada de aislamiento se da entre los 12 y 14 años. En el varón es la época de las barras, de la mugre y el desorden como reacción a los cambios que su cuerpo viene sufriendo. Hay un rechazo a las niñas como forma de superar la dependencia materna. La masturbación es la única forma de actividad sexual. La niña en cambio no rechaza a los varones.

Entre los 14 y 15 años se da la segunda etapa, llamada de incertidumbre. Se da mayor importancia a los pares, dependiendo muchas veces sus decisiones personales de las tendencias del grupo. El erotismo se da a través de chistes y conversaciones. En el varón se dan encuentros homosexuales, que no marcan una futura opción homosexual, sino que son fruto de la timidez propia de la etapa que dificulta el acercamiento a personas del otro sexo. Comienzan los primeros enamoramientos.

En la tercera etapa, entre los 15 y 17 años se da la apertura a la heterosexualidad. Es la época de los grandes amores "para toda la vida", "que sin la otra persona me muero", y a los tres días se cambió de amor, gran intensidad pero poca duración. Hay una gran idealización de la otra persona. Se dan fantasías masturbadoras más intensas. En esta etapa se define la orientación sexual, quién me atrae, un hombre, una mujer o ambos.

La última etapa llamada de consolidación se da entre los 17 y 19 años. Se consolida la identidad, uno sabe quién es, que quiere y a donde va. Las relaciones afectivas son más estables, se logra la desidealización del ser amado sin tantos duelos intolerables.

2.2 Psicopatología

El término psicopatología, etimológicamente se deriva de *psyché* (psyjé) que quiere decir “alma o razón”, *páthos* (pazos) que significa “enfermedad” y *logía*: o lógos, que significa “discusión o discurso racional”, por lo que puede ser usado en tres sentidos:

- a. Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.
- b. Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.
- c. Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados “no sanos” en el proceso mental.

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

2.2.1 Antecedentes históricos de la psicología

Comienza en la Época Griega. En una buena parte de la cultura griega, se entendía la locura, como demonológica, que el demonio lo había poseído. Esto no impide que grandes científicos y filósofos empiecen a hablar y describir enfermedades, con un origen físico. Es, en esta época, cuando aparece el “juramento hipocrático”.

Hipócrates dice que algunas enfermedades mentales tienen su origen en el cuerpo, habla de la depresión post-parto, los delirios por infecciones, etc. Describe, perfectamente, cuadros febriles delirantes de los procesos infecciosos. Asimismo, también describe los cuadros de histeria e histrionismo y de la paranoia entre otros. Hipócrates viene a decir que la enfermedad mental tiene un origen somático, porque “este hombre tiene algo roto en su cabeza”. Por lo tanto, Hipócrates es el precursor de la enfermedad mental, la cual describió en sus escritos.

Platón fue un gran filósofo. Dijo que el cuerpo tiene materia y tiene espíritu (concepto dualista). Hizo una interpretación religiosa de un trastorno psicopatológico. Platón dividió el cuerpo, en parte física y en parte psicológica (el “alma”), aunque a lo psicológico le da una interpretación pseudoreligiosa. Ya que divide el alma en alma mala y en alma buena. Dividió lo físico, de lo psicológico.

Aristóteles filósofo griego decía que el alma humana tiene dos facetas: la racional (la que piensa) y la irracional.

Galeno fue un filósofo, un pensador, describió las enfermedades mentales y habla de “Trastornos Mentales”. El Circo Romano entretenía a la plebe, se utilizaba para distraer a la gente, ya que los leones devoraban a los esclavos y a los dementes. Platón intuye que puede haber tratamiento para ellos, pero, en Roma, no es así.

Edad Media en los siglos IX-X hasta el siglo XIV. Fue un periodo muy importante. El mundo árabe tenía el conocimiento científico, físico, médico y económico importante. En el mundo de la psicopatología, los árabes fueron muy curiosos.

Mahoma dice que los locos son enviados de Dios y hay que tener cuidado de ellos, que hay que cuidar bien de ellos.

El Corán dice que el hombre que ha perdido la razón es el hombre que siempre dice la verdad. Como los locos eran “Enviados de Alá”, crearon hospitales psiquiátricos, que parecían auténticos hoteles.

Averroes, dedica un libro entero a describir enfermedades mentales, con descripciones de éstas. Trataban a los enfermos mentales con gran humanidad. Hay que recordar que los árabes disfrutaban de un alto nivel de vida.

La iglesia católica hace una interpretación monológica de la enfermedad mental, lo cual viene a significar que los locos son poseídos por el demonio. Todo el mundo lo creyó. Además, si el enfermo está poseído por el demonio, no puede ser curado, sino exterminado, en cárceles y en las hogueras. De todos modos, hubo, dentro de este periodo, épocas mejores y peores de tolerancia a la enfermedad mental.

Tomás de Aquino tomó una posición organicista, es decir, que el loco tenía el problema de tener dañado un órgano. Atribuía a problemas físicos la enfermedad mental. Este fraile escribió acerca de ello, en las Abadías, que era dónde se concentraba todo el saber del mundo cristiano medieval, pues la Iglesia Católica concentraba, en sus manos, un poder y control enormes.

En el siglo XV pasaron por la hoguera un número superior a 150.000 personas dementes. Pues eran personas ajusticiadas, por motivo de su trastorno mental.

Para el Renacimiento, Juan Luis Vives un médico valenciano, afincado en Flandes. Dijo, en su libro “el alivio de los pobres”, que había que aplicar tratamientos a los dementes, por lo cual murió en la hoguera. De hecho, la psicopatología, como ciencia, no se instaura hasta el siglo XIX.

A partir del siglo XIX, empiezan a surgir quienes opinan que la psicopatología tiene un origen anatómico, que nace en el cerebro. Por tanto, surgen las primeras ideas anatómico-psicopatológicas.

La corriente fisiopatológica habla del sistema nervioso. Dicen que el origen del trastorno mental está en los nervios. Los nervios miden 50.000 kms., dentro del cuerpo humano. Dicen que las personas que tienen un problema psicopatológico (“mental”), es debido a que tienen “mal” los nervios.

A principios del siglo XX se producen descubrimientos médicos importantes. Freud un médico vienés, fue el inventor del psicoanálisis. Es entonces cuando la psicopatología comienza a tomar auge y a entenderse su importancia.

Hoy día se le llama “enfermedad mental”. Todos los profesionales de la salud dicen que es un conjunto de variables orgánicas y biológicas, además de las variables psicológicas y las variables sociales. La visión de la “enfermedad mental”, bajo un modelo integrador, se trabaja con el modelo bio-psico-social.

2.2.2 Normalidad y anormalidad

La anormalidad es una característica definida en forma subjetiva, se asigna a aquellas personas que poseen condiciones raras o disfuncionales. Definir si una persona es normal o anormal es un tema difícil en el campo de la psicología de la anormalidad.

Un criterio para "anormalidad" que se utiliza en el caso de comportamiento anormal es su baja ocurrencia estadística. Esto sin embargo posee una falla obvia la persona extremadamente inteligentes, honestas, o felices son tan anormales como las personas que poseen las características opuestas. Por esta razón, se consideran comportamientos individuales anormales a aquellos que son estadísticamente raros y además indeseables.

La ocurrencia de algún tipo de comportamiento anormal no es inusual. Un criterio más refinado es la existencia de ansiedad. Una persona que manifiesta niveles elevados de depresión, ansiedad, infelicidad, etc. se considera que posee un comportamiento anormal porque su propio

comportamiento la perturba. Desafortunadamente, muchas personas no se percatan de su propio estado mental, y aunque podrían beneficiarse con ayuda, no ven la necesidad de buscar apoyo.

Para determinar la relativa normalidad de una conducta o comportamiento la psicopatología se vale de una serie de criterios evaluativos.

Hay dos series de criterios, los generales y los específicos. Independientemente de que sea general o específico todos los criterios a usar deben de reunir tres condiciones:

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

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

A continuación se presentan algunos trastornos psicopatológicos relacionados con la adolescencia y los diferentes problemas que surgen en esta etapa.

2.2.3.1 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Estos trastornos suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia, aunque en ocasiones no se diagnostican hasta la edad adulta.

2.2.3.1.1. Clasificación de los trastornos en la infancia, la niñez o la adolescencia

I. Trastorno Disocial

El trastorno disocial es una conducta repetitiva y persistente en la que los derechos básicos de los demás y las normas y reglas básicas de la sociedad se infringen.

La característica del trastorno disocial es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales, comportamientos no agresivos que causa pérdida o daños a la propiedad, fraudes o robos, y violaciones graves de las normas.

En función de la edad de inicio del trastorno disocial, se han establecido dos subtipos de trastorno disocial: tipo de inicio infantil y tipo de inicio adolescente.

I.1 Prevalencia

La prevalencia del trastorno disocial ha incrementado durante las últimas décadas, siendo más elevada en las zonas urbanas. Los estudios de población general muestran que un 10% suelen padecerlo y es mayor la prevalencia en hombres que mujeres.

I.2 Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. a menudo inicia peleas físicas
3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. ha manifestado crueldad física con personas
5. ha manifestado crueldad física con animales
6. ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual

Dstrucción de la propiedad

8. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

10. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
12. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

13. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

- Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad
- Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Especificar la gravedad:

- Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros
- Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves"
- Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

I.3 Tratamiento

Debido al carácter heterogéneo tanto de la etiología como de la manifestación de las conductas disociales, no existe un tratamiento exclusivo del mismo, pero sí una serie de programas y tratamientos que pueden contribuir a su remisión o amortiguación, la terapia cognitivo conductual, suele ser de gran ayuda.

La formación para padres está entre los enfoques con más éxito para reducir los comportamientos antisociales y agresivos en los niños y adolescentes, este tipo de programas se implementa con el

objetivo de producir cambios en las estrategias de enseñanza parental con el fin de revertir, pero principalmente prevenir la aparición de conductas disruptivas.

La terapia comunitaria tiene como objetivo evitar la estigmatización de los pacientes e integrarlos en los grupos de niños sanos. Este tratamiento busca generar la aparición de conductas prosociales por parte de los niños que sufren el T.D. a través de juegos, música, dinámicas, deportes, etc. Además posibilitan un espacio de canalización de energías e intereses que los hacen sentir participantes, aceptados y valorados.

La terapia familiar es un modelo terapéutico que tiene como objetivo modificar patrones desadaptativos de interacción y comunicación entre los miembros de la familia. Busca el fortalecimiento de vínculos sanos e íntimos entre los miembros, evitando el aislamiento, la culpabilización, etc. Es complejo lograr el éxito en muchas familias debido a que en muchos casos se requiere reconstruir el tejido relacional de la familia, lo cual es un problema de solucionar a largo plazo, pero por lo menos sirve para reforzar los cambios logrados por el niño.

II. Trastorno Negativista Desafiante

El trastorno negativista desafiante es una categoría nosológica incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico donde es descrito como un patrón continuo de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia las figuras de autoridad, el cual va más allá de la conducta infantil normal.

La característica esencial del trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante seis meses. Los individuos que lo padecen muestran accesos de cólera, discusiones con los adultos, acusan a otros de sus propios errores, suelen ser resentidos, rencorosos y vengativos.

Los comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuncia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agrediéndolos verbalmente.

Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien, y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables.

El trastorno negativista desafiante suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual y suelen mantenerse a lo largo de meses o años.

II.1 Prevalencia

El DSM-IV cita una prevalencia de entre 2 y 16% para el trastorno negativista desafiante, en función de la naturaleza de la población estudiada.

II.2 Criterios para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante

- A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes síntomas:
- 1) A menudo se encoleriza o incurre en pataletas.
 - 2) A menudo discute con adultos.
 - 3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
 - 4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 - 5) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.

- 6) A menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros.
 - 7) A menudo es colérico y resentido.
 - 8) A menudo es rencoroso o vengativo.
-
- B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
 - C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
 - D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

II.3 Tratamiento

Existen una variedad de enfoques al tratamiento del trastorno negativista desafiante, incluyendo programas de entrenamiento para padres, psicoterapia individual, terapia familiar sistémica, terapia cognitivo conductual y entrenamiento en habilidades sociales.

III. Trastorno Autista

El autismo consiste en una alteración primaria del desarrollo de la comunicación y de las habilidades sociales. En sus raíces existe una distorsión del desarrollo en varias funciones psicológicas básicas como la atención, la percepción, la cognición social, la afectividad y el lenguaje, lo que compromete la construcción del self y la relación con otros.

Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un periodo sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varías mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto.

Cada niño con autismo es diferente uno de otro, sin embargo se han establecido algunos comportamientos muy similares, tales como: Lenguaje poco o nulo, o bien pierde el habla, ecolalia, repite lo mismo o lo que oye, actúa como si fuera sordo, pero no soporta ciertos sonidos o luces muy fuertes, se obsesiona con los objetos sin razón alguna, tiende a reunir objetos o los pone en línea, muestra total desinterés por su entorno y en las relaciones sociales con los demás, aleteo de manos (como si intentara volar) en forma rítmica y constante, gira o se mece sobre sí mismo, se queda quieto observando un punto como si estuviera hipnotizado, camina de puntitas, puede ser un niño hiperactivo (muy inquieto) o pasivo (demasiado quieto), y suelen ser muy inteligentes.

III.1 Prevalencia

El autismo es un síndrome que estadísticamente afecta a 4 de cada 1.000 niños aproximadamente. Actualmente las cifras muestran que el autismo ocurre en todos los grupos raciales, étnicos y sociales. Estas estadísticas también demuestran que los varones tienen de tres a cuatro veces más probabilidad de ser afectados por el autismo que las niñas. Además, si una familia tiene un hijo con autismo, existe entre un 5 y 10 por ciento de posibilidad de que la familia tenga otro hijo con autismo. Por lo contrario, si una familia no tiene un hijo con autismo solamente hay un 0,1 a 0,2 por ciento de posibilidad de que la familia tenga un niño con autismo. La tasa media de trastornos autista es de 5 casos por cada 10,000 individuos.

III.2 Criterios para el diagnóstico del trastorno autista

A. Un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - a. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

- b. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.
 - c. ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - (d) falta de reciprocidad social o emocional.
2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
- a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
 - b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - d) preocupación persistente por partes de objetos
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

III.3 Tratamiento

Se han probado varios tratamientos para el autismo, algunos han tenido mayor éxito que otros. De los tratamientos con mejores resultados se encuentra el de Modificación de Conducta, es el más aceptado porque tiene la capacidad de mantener bajo control instruccional al niño y lograr centrar su atención.

Dentro de los tratamientos más conocidos se puede mencionar: Terapia Conductual, esta terapia enseña habilidades por medio de reforzadores y aversivos (premio y castigo). TEACCH, se basa en la comunicación visual, por medio de imágenes y símbolos que representan conceptos o palabra. PECS (Picture Exchange Communication System), método de comunicación visual y de lectoescritura. Tratamiento Químico y/o Fármaco, es el tratamiento por medicamentos, ya que existen casos en los que el niño tiene alguna disfunción. Música Terapia, método que busca el vínculo con el niño a través de la música y el ritmo. En algunos niños ha dado buenos resultados.

2.2.3.2 Trastornos del Estado de Ánimo

Estos trastornos tienen como característica principal una alteración del humor, con diversidad de episodios según su clasificación.

2.2.3.1 Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

I. Trastorno depresivo mayor

Este trastorno se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. Los factores causales pueden dividirse en forma artificial en biológicos, genéticos y psicosociales.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Casi todos los pacientes manifiestan una pérdida de energía que dificulta la finalización de las tareas cotidianas, empeora el rendimiento escolar y laboral. Disminuye el la motivación para emprender nuevos proyectos, dificultades para dormir, en especial despertar precoz (insomnio terminal) y múltiples despertares. Algunos pacientes presentan hipersomnia, que sumado a aumento del apetito y ganancia del peso constituyen síntomas atípicos.

En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas en lugar de referir sentimientos de tristeza.

I.1 Prevalencia

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres.

I.2 Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- 1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- 2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- 3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- 4) insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- 9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ej., hipotiroidismo).

- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

I.3 Tratamiento

Para el tratamiento del trastorno de depresión mayor se debe garantizar la seguridad del paciente, hacer una evaluación diagnóstica completa y un abordaje terapéutico.

Dentro de las psicoterapias se encuentran: psicoterapia psicodinámica, cognitiva e interpersonal.

Farmacoterapia: Para la elección del fármaco: buena respuesta anterior en el paciente o en un su familia; efectos adversos y costo. IMAO. Antidepresivos tricíclicos atípicos. IRSS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Bupropión (aminocetona). Litio.

II. Trastorno Distímico

El trastorno distímico, o distimia, es un tipo de depresión que dura al menos 2 años. Algunas personas sufren de distimia por muchos años. Por lo general, su depresión es leve o moderada, en lugar de grave. La mayoría de las personas que tienen distimia no pueden asegurar el primer momento en que se deprimieron.

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y

sentimientos de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidianas frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador. A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses. Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos.

II.1 Prevalencia

La prevalencia-vida del trastorno distímico es aproximadamente del 6%. La prevalencia puntual del trastorno distímico es aproximadamente del 3%. El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

II.2 Criterios para el diagnóstico del trastorno distímico

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser al menos 1 año.

- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - a) Pérdida o aumento de apetito
 - b) Insomnio o hipersomnia
 - c) Falta de energía o fatiga
 - d) Baja autoestima
 - e) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - f) Sentimiento de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B más de 2 meses seguidos

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años
- Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico)
- Con síntomas atípicos

II.3 Tratamiento

Para el tratamiento de la distimia son útiles los medicamentos antidepresivos, estos medicamentos pueden usarse para ayudarle a tratar su depresión al levantarle el estado de ánimo.

La terapia del comportamiento, los buenos comportamientos serán premiados y motivados, mientras que los comportamientos malos o no deseados serán desmotivados. Solicite a su médico mayor información acerca de la terapia del comportamiento.

La terapia electroconvulsiva: Esta terapia, también llamada TEC, puede usarse cuando no han funcionado los medicamentos antidepresivos, la terapia del comportamiento o la psicoterapia. Esta se realiza mediante el envío de pequeños choques eléctricos al cerebro.

2.2.3.3 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son problemas de salud mental que se relacionan con experimentar en exceso ansiedad, miedo, nerviosismo, preocupación o terror. La ansiedad demasiado constante o demasiado intensa puede hacer que una persona se sienta preocupada, distraída, tensa y siempre alerta.

2.2.3.3.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad

I. Trastorno de ansiedad generalizada

Este común trastorno de ansiedad hace que una persona se preocupe excesivamente sobre muchas cosas. Alguien con ansiedad generalizada se preocupa excesivamente sobre la escuela, la salud, la seguridad de sus familiares y el futuro. Puede que siempre piense en lo peor que puede ocurrir.

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva que se observa durante un superior y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación y presenta síntomas como inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

I.1 Prevalencia

Aproximadamente un 3% de la población sufre de ansiedad generalizada.

I.2 Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - 1) inquietud o impaciencia
 - 2) fatigabilidad fácil
 - 3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - 4) irritabilidad
 - 5) tensión muscular

- 6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

I.3 Tratamiento

El objetivo de la terapia es ayudar al paciente a desempeñarse bien durante la vida diaria. Una combinación de terapia cognitiva conductista (TCC) y medicamentos funciona mejor.

Los medicamentos son una importante parte del tratamiento. Los medicamentos que se pueden utilizar abarcan: Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)

generalmente son la primera opción en medicamentos. Los inhibidores de la recaptación de la serotonina y norepinefrina (IRSN) son otra opción.

Se pueden usar otros antidepresivos y algunos anticonvulsivos para casos graves. Las benzodiazepinas como alprazolam (Xanax), clonazepam (Klonopin) y lorazepam (Ativan) se pueden usar por poco tiempo si los antidepresivos no ayudan lo suficiente con los síntomas. El consumo prolongado puede llevar a la dependencia de estos fármacos.

Las terapias cognitivas conductistas ayudan a entender los comportamientos y cómo controlarlos. Entender y controlar puntos de vista distorsionados de estresantes en la vida, como el comportamiento de otras personas o eventos en la vida. Reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico, disminuyendo la sensación de indefensión. Manejar el estrés y relajarse cuando se presenten los síntomas. Evitar pensar que las preocupaciones menores se transformarán en problemas muy graves.

II. Trastorno obsesivo-compulsivo

Este trastorno consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones repetidas, suficientemente graves como para acusar un intenso malestar, gran pérdida de tiempo, o una interferencia significativa con la rutina habitual del individuo, con su funcionamiento profesional, con sus actividades sociales habituales, o con sus relaciones con los demás.

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de las actividades general o malestar clínicamente significativo.

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar

significativos. Las obsesiones más frecuentes sin de ideas recurrentes que tratan sobre temas como la contaminación, dudas repetitivas, necesidad de disponer las cosas según un orden determinado, impulsos de carácter agresivo u horroroso y fantasías sexuales.

Las compulsiones se definen como comportamientos de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativa.

II.1 Prevalencia

En niños comienza entre los 7 a 10 años y tiene una prevalencia de entre 0,3 al 1,9 % en niños y adolescentes. Es reconocido como un problema común que afecta al 2 por ciento de la población.

II.2 Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
 2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos
- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

II.3 Tratamiento

Los psicofármacos son de gran ayuda para el tratamiento del TOC, dentro de ellos están los antidepresivos (tricíclicos clomipramina y los inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS

La psicoterapia conductual es efectiva para muchas personas con TOC, especialmente en aquellas con rituales conductistas. Mediante este método el paciente se enfrenta, deliberada o voluntariamente, al objeto o idea temida, ya sea directamente o con la imaginación. Al mismo tiempo, el paciente es alentado a evitar sus rituales con apoyo y medios provistos por el terapeuta, y posiblemente por otros que el paciente reclute para asistirle. La psicoterapia cognitiva parte de la idea de que los pensamientos, fantasías o impulsos que invaden la mente no son el problema en sí mismo, ya que todo el mundo los experimenta en algún momento, sobre todo cuando está tenso por algún motivo. La psicoterapia de orientación psicoanalítica también puede ayudar.

III. Fobia específica

Una fobia específica es un temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Es un miedo persistente e irracional a un tipo particular de objeto, animal, actividad o situación que ofrece poco o ningún peligro real.

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente respuesta inmediata de ansiedad.

Dentro de los síntomas físicos de la fobia específica se encuentra el aumento de la frecuencia cardíaca, sudor, temblor o estremecimiento, dificultad para respirar, sensación de atragantamiento, dolor o molestias en el tórax, malestar estomacal, sensación de mareo o desmayo. La exposición al objeto de la fobia provoca una reacción de ansiedad.

Dentro de los tipos de fobias específicas se encuentran: tipo animal (es un subtipo de fobia que suele aparecer en la infancia, el miedo se refiere a ciertos animales o insectos). Tipo situacional (este subtipo puede iniciarse, o bien en la segunda infancia, o bien después de los veinte años, se trata de un miedo que se detona ante situaciones específicas como viajar en avión, atravesar un túnel, etc.). Tipo ambiental (este subtipo también suele tener su origen en la infancia del paciente, se refiere al miedo a situaciones propias del entorno natural o fenómenos climáticos tales como las tormentas, relámpagos, etc.). Tipo sangre-inyecciones-daño (trata de un miedo extremo a la sangre, a las inyecciones, transfusiones de sangre, cirugías o cualquier intervención invasiva). Otros tipos (algunas fobias específicas no se ubican en ninguno de los subtipos anteriores, ya que hay un amplio espectro de estímulos que pueden desencadenar temor y fobias. Por ejemplo, el miedo al vómito, el miedo a los espejos, el temor de los niños pequeños a los ruidos fuertes, a las personas disfrazadas, a las marionetas o a los muñecos, etc.)

III.1 Prevalencia

Aunque son frecuentes en la población general, las fobias raramente provocan un malestar o deterioro general. En la población general, la tasa de prevalencia se sitúa en un 9%.

III.2 Criterios para el diagnóstico de la fobia específica

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

- Tipo animal

- Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- Tipo sangre-inyecciones-daño
- Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)
- Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

III.3 Tratamiento

Cuando las fobias interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda. Un tratamiento efectivo generalmente involucra las siguientes formas de psicoterapia: terapia cognitiva, conductual, desensibilización sistemática y terapia de exposición; en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Los ejercicios de relajación y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad. La desensibilización sistemática es una técnica utilizada para el tratamiento de las fobias.

Los ansiolíticos y antidepresivos se usan algunas veces para ayudar a aliviar los síntomas de las fobias.

2.2.3.4 Trastornos de la conducta alimentaria

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

2.2.3.4.1 Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria

I. Anorexia nerviosa

La Anorexia Nerviosa es un trastorno severo de la conducta alimentaria, frecuente entre los jóvenes en la pubertad o antes, que se caracteriza por una grave limitación de la dieta autoimpuesta, y que determina una gran pérdida de peso con peligro de la vida, mala dieta, malestar y otros síntomas asociados. El comienzo de la enfermedad puede estar relacionado con un ligero aumento de peso por lo cual el adolescente decide comenzar a hacer dieta, pero después que la pérdida de peso se hace muy llamativa.

La característica esencial de la anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.

En las personas con anorexia nerviosa se han observado una serie de características clínicas que, aunque no necesariamente forman parte del diagnóstico de la enfermedad, son frecuentes entre quienes padecen este desorden alimenticio.

Dentro de las características psicológicas se encuentra la imagen corporal distorsionada, autoevaluación apreciada en gran parte, o incluso exclusivamente, basándose en su figura o peso, preocupación o pensamientos obsesivos acerca de la comida y el peso. Perfeccionismo, desorden obsesivo compulsivo.

Emocionales: baja autoestima y autoeficacia, depresión clínica o melancolía crónica, miedo intenso a llegar a ser gorda, mal humor.

Interpersonales y sociales: fracaso escolar, abandono de los amigos y otras relaciones personales, deterioro en las relaciones con la familia.

Físicas: pérdida de peso extrema, desorden endocrino, con cese del periodo menstrual en las chicas (amenorrea), hipotensión, hipotermia y anemia, a menudo reducción en el número de glóbulos blancos, crujido en articulaciones y huesos, labios muy secos o agrietados debido a la malnutrición, dolores de cabeza, debido a la malnutrición.

De comportamiento: ejercicio excesivo y restricciones al alimentarse, desmayos, mantener en secreto el ejercicio o la alimentación, posiblemente autolesiones, abuso de drogas o intentos de suicidio.

I.1 Prevalencia

Se presenta normalmente en la adolescencia (14-18 años de edad), también en edades más tardías (20-40 años). Es más frecuente en las mujeres, aunque existen casos en varones.

I.2 Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

I.3 Tratamiento

El tratamiento a menudo es muy arduo y requiere un trabajo intenso por parte de los pacientes y sus familias. Es posible que se ensayen muchas terapias hasta que el paciente logre vencer este trastorno. Se utilizan diferentes tipos de psicoterapia para tratar a las personas con anorexia: La terapia individual cognitiva conductista, la terapia de grupo y la terapia de familia son efectivas. El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano.

Los medicamentos, como antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, pueden ayudar a algunos pacientes anoréxicos cuando se administran como parte de un programa de tratamiento completo.

II. Bulimia nerviosa

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

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones (consumo a lo largo de un periodo corto de una cantidad de comida exagerada) y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.

Los síntomas de la bulimia nerviosa incluyen: comer descontroladamente y atiborrarse, para luego purgarse, vomitar o abusar de los laxantes para perder peso, usar el baño frecuentemente después de las comidas, hacer ejercicio excesivamente, preocupación por el propio peso, problemas con la dentadura, dolores de garganta, depresiones o cambios de humor, sentirse fuera de control, ganglios hinchados en el cuello y en la cara, reflujo, indigestión, hinchamiento, menstruaciones irregulares, debilidad, fatiga, y ojos rojos e inflamados.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible, aunque la comida que se consume en los atracones es variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico.

Existen dos subtipos que se pueden emplear para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones, siendo el tipo purgatorio y tipo no purgatorio.

II.1 Prevalencia

La prevalencia de bulimia nerviosa entre las adolescentes y las jóvenes es del 1-3%. Generalmente se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. El 90% son mujeres. Suele presentarse más en personas que viven en países desarrollados y en estratos socioeconómicos altos.

II.2 Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (Por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

II.3 Tratamiento

El tratamiento de la bulimia nerviosa se basa tanto en terapias psicológicas, como en abordajes farmacológicos, médicos y nutricionales.

Los tratamientos farmacológico para la bulimia consisten en: psicofármacos, antipsicóticos y antidepresivos.

El abordaje psicoterapéutico está presente de forma imprescindible. Además, también es necesario un abordaje nutricional dentro de la estrategia terapéutica. Es importante señalar que la estrategia terapéutica y el tratamiento dependen del estado en el que se encuentre la persona y según la gravedad podría ser necesaria la internación.

La psicoterapia individual y familiar es fundamental para abordar esta patología mental. Los abordajes pueden ser: mediante un marco teórico psicoanalítico u otros como la terapia cognitivo conductual, entre otros como la psicología social.

2.2.3.5 Trastornos Somatomorfos

Los trastornos somatomorfos son un grupo de trastornos caracterizados por molestias diversas, en mayor o menor grado difusas, que aquejan al paciente pero que no pueden ser explicadas por la existencia de una enfermedad orgánica, o al menos no de manera suficiente y concluyente.

2.2.3.5.1 Clasificación de los trastornos somatomorfos

I. Trastorno de conversión

El trastorno de conversión, término que describe lo que anteriormente se llamaba histeria o también llamados trastornos disociativos, se refiere a los síntomas que afectan al comportamiento y que se asemejan a una enfermedad neurológica pero que no proceden de ninguna enfermedad física conocida ni se pueden explicar por ella. El psicoanálisis define el trastorno de conversión, o histeria de conversión, como una Forma de histeria que se caracteriza por el predominio de los síntomas de conversión.

La característica esencial del trastorno de conversión es la presencia de síntomas o déficit que afectan las funciones motoras o sensoriales y que sugieren trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica.

La parálisis, la ceguera, la sordera y la dificultad para caminar están entre los síntomas en los trastornos de conversión a menudo sigue a una experiencia llena de estrés, y puede ser bastante repentina. Los síntomas del trastorno de conversión parecen ser invenciones ingenuas sin relación con los hechos reales de la anatomía.

Los trastornos de conversión muestran la forma en que los conceptos de desadaptación pueden cambiar a través de los años. Hasta hace relativamente poco tiempo, estos trastornos fueron considerados como un tipo de categorías más extensas llamada histeria o trastorno de histeria. El origen del concepto de la histeria se puede rastrear hasta la Edad Media cuando hacía referencia a los trastornos del útero, los cuales se creían estaban relacionados con los que ahora llamamos trastornos de conversión.

I.1 Prevalencia

Generalmente del 1 a 14% de personas que padecen de enfermedades generales o quirúrgicas, han relevado porcentajes de síntomas de conversión.

I.2 Criterios para el diagnóstico del trastorno de conversión

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
- D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
- E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

- .4 Con síntoma o déficit motor
- .5 Con crisis y convulsiones
- .6 Con síntoma o déficit sensorial
- .7 De presentación mixta

I.3 Tratamiento

Para el tratamiento es esencial una relación de confianza entre el médico y el paciente. Cuando el médico descarta un trastorno físico y asegura a la persona que los síntomas que padece no indican una enfermedad grave subyacente, ésta generalmente comienza a sentirse mejor y los síntomas disminuyen. Cuando una situación psicológicamente estresante ha precedido al comienzo de los síntomas, la psicoterapia puede ser particularmente eficaz.

Ocasionalmente, los síntomas de conversión reaparecen con frecuencia e incluso pueden volverse crónicos. Se han probado varios métodos de tratamiento (y algunos pueden resultar de utilidad), aunque ninguno ha resultado uniformemente eficaz. En la hipnoterapia, la persona es hipnotizada y se procede a identificar y debatir las materias psicológicas que pueden ser responsables de los síntomas.

El debate continúa tras la hipnosis, cuando la persona se encuentra totalmente alerta. Otros métodos incluyen el narcoanálisis, que es un procedimiento similar a la hipnosis excepto en que se administra un sedante para inducir un estado de semisomnolencia. En algunas personas ha resultado eficaz la terapia de modificación del comportamiento que incluye las técnicas de relajación.

II. Hipocondría

Hipocondría es un trastorno que consiste en la preocupación y miedo de tener, o la idea de padecer una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales. La persona hipocondríaca está constantemente sometida a un análisis minucioso y preocupado, incluso obsesivo, de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica

Dentro de las características de la hipocondría está la preocupación persistente a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas, dicha preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La preocupación no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

En la hipocondría las preocupaciones del enfermo hacen referencia a funciones corporales (latido cardiaco, sudor o movimientos peristálticos), a normalidades físicas menores (pequeñas heridas, tos ocasional) o a sensaciones físicas vagas y ambiguas (corazón cansado, venas dolorosas).

II.1 Prevalencia

Según el DSM IV TR la prevalencia de la hipocondría en la población general oscila entre el 1 y el 5 %.

II.2 Criterios para el diagnóstico de hipocondría

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

II.3 Tratamiento

Las estrategias de tratamiento para la hipocondría varían de un individuo a otro dependiendo de los problemas particulares que presenten. Sin embargo por lo general los componentes de la mayoría de los enfoques terapéuticos para manejar este trastorno son los siguientes:

- Establecer una relación terapéutica. Este paso es importante porque muchos individuos se muestran renuentes a aceptar que sus problemas son causados por otra cosa que no sea una condición médica.
- Reconocer la angustia causada por las preocupaciones del individuo.
- Averiguar los miedos del paciente y las ideas sobre su salud física.
- Presentar explicaciones racionales alternativas y explicar porque las ideas del paciente pueden ser racionales.

Algunas terapias especialmente útiles para tratar la hipocondría son la terapia de apoyo y la terapia cognitivo conductual.

2.3 Psicodiagnóstico

Psicodiagnóstico se deriva del termino: *Psique*: que quiere decir, mente, alma, espíritu. Y *Diagnóstico* que es igual a arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos (indicio o señal de algo). Entonces psicodiagnóstico es igual a “evaluación psicológica”.

“Psicodiagnóstico es el proceso por el que, utilizando distintos medios, se alcanza un conocimiento de un sujeto que permite descubrir su personalidad”.

“Psicodiagnóstico es aquella disciplina psicológica que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto o un grupo de sujetos determinados, en su interacción recíproca con el ambiente y con el fin de descubrir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar su comportamiento”.

El psicodiagnóstico sirve para describir características psicológicas de un sujeto, predecir para ver si vale la pena hacer un tratamiento (pronóstico), explicar, medir, valorar, clasificar, evaluar y diagnosticar.

Más específicamente, las finalidades de un psicodiagnóstico pueden ser:

- Describir el funcionamiento de la personalidad para ayudar a determinar el diagnóstico.
- Estimar el pronóstico del caso.
- Elegir la estrategia terapéutica más adecuada.
- Evaluar el tratamiento para apreciar los avances terapéuticos con mayor objetividad, planificar un alta o averiguar el motivo de un “impasse” en el tratamiento.
- Como medio de comunicación, hay sujetos a los que les resulta difícil hablar espontáneamente de sus problemas y a través de un proceso psicodiagnóstico se puede lograr que adquiera conciencia de su sufrimiento para aceptar colaborar en la consulta.

El Psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas.

Dentro de los objetivos del psicodiagnóstico están:

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

2.3.1 Antecedentes

El primer uso del término se encuentra en el título de un libro de 1921 del psiquiatra suizo Hermann Rorschach, con el título *Psychodiagnostik* que publicaba su prueba psicodinámica conocida como Test de Rorschach, una monografía sobre interpretación de manchas de tinta.

Las interpretaciones de este término en la tradición médica en la que surgió vinculaban las alteraciones de la mente con estados patológicos o trastornos orgánicos, así los síntomas no alcanzan valor por sí mismos, sino en tanto en cuanto se hayan vinculados a una enfermedad, que sería lo que de verdad es objeto de estudio.

Al estar vinculado en sus orígenes al psicoanálisis, el psicodiagnóstico se situó a medio camino entre la ciencia y la opinión (entre la *doxa* y la *episteme*). En esta primera etapa predomina la experiencia del investigador y lo cualitativo frente a lo cuantitativo, intentando pronosticar la evolución a partir de la observación y del registro. Todo ello se hace desde la prominencia de los aspectos negativos y las conductas patológicas, descuidando otros aspectos.

2.3.2 Etapas del psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico se divide en las siguientes etapas:

a) Contacto inicial

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

b) Entrevista inicial

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

c) Aplicación de la evaluación

En esta etapa, se hace la administración de tests y otras herramientas diagnósticas. O sea, de acuerdo a lo que se desea evaluar, se puede aplicar un test adecuado. Por ejemplo: si se desea evaluar el coeficiente intelectual de una persona, ha de aplicarse un test específico que mida ésta área en la psiquis del individuo. Podría ser un Otis, Raven, etc.

d) Cierre del proceso y devolución de la información

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

e) Análisis de los resultados

En ésta etapa, se hace un análisis de los resultados obtenidos durante el proceso psicodiagnóstico que se ha tenido con el paciente.

f) Confección y entrega del informe psicológico

Dirigido al solicitante del proceso de psicodiagnóstico. En dicho informe debe ir anotado en una estructura predeterminada, el análisis de los resultados obtenidos respecto al paciente.

2.3.3 Tipos de psicodiagnóstico

a) Patognomónico

Se basa en detectar la presencia o ausencia de los signos determinantes, específicos, concretos y característicos de un cuadro determinado.

b) Estadístico

Se da la presencia de un número tal de signos que son propios de un cuadro concreto, que no es probable que se puedan dar en otro.

c) Sistemático

La elaboración de un constructo explicativo hipotético permite integrar los resultados obtenidos en alguno de los cuadros concretos ya conocidos y establecidos.

d) Comprensivo

La descripción completa de la personalidad del sujeto y de sus características personales, es comparada posteriormente con las específicas y propias de los cuadros clínicos establecidos.

2.3.4 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico

Dentro de las técnicas usadas para el psicodiagnóstico, se encuentran las siguientes:

2.3.4.1 Entrevista psicológica

Sullivan define la entrevista como *“una conversación/relación interpersonal entre 2 o más personas, con unos objetivos determinados, en la que se solicita ayuda y otro la ofrece, lo que configura una diferencia de roles, estos roles marcan una relación asimétrica, ya que uno es experto y el otro necesita ayuda”*

Es una técnica previa al diagnóstico e intervención, imprescindible en el proceso por la cantidad de información y conocimiento del sujeto, la conversación tiene una finalidad al centrarse e identificar las demandas del sujeto, sus problemas y sentimientos, analizando tanto elementos

verbales y no verbales, elaborando hipótesis sobre la consulta para después proponer la estrategia de resolución y dar respuesta a esa solicitud.

Se prefija en un espacio de tiempo y lugar para comprender y responder al sujeto, referidas al contenido y forma de solicitarlo (tiempo, ritmo, latencia, organización de ideas,...). Para ambos es el punto de partida de una relación interpersonal donde, en común, se limitan y orientan las demandas. Esta relación que se inicia con desconocimiento mutuo por lo que se necesitan estrategias de acercamiento pues la responsabilidad recae en el terapeuta porque en poco tiempo tiene que conocer al paciente y su entorno.

El terapeuta debe usar conocimientos, experiencia y técnicas de profesional, para ayudar en la petición del paciente. Estas actitudes y roles hacen que esta entrevista sea diferente de la relación de amistad; aquí la variable examinador modula y condiciona la relación. Su formación, experiencias, estatus, elecciones, conflictos, están implicados.

I. Funciones de la entrevista

La entrevista tiene diferentes funciones, las cuales son:

- Función motivadora: estimula y posibilita el cambio
- Función clasificadora: al nombrar, clasificar ordenar y buscarles la razón de ser a los problemas, se permite que clarifique la demanda
- Función Terapéutica: al verbalizar lo que preocupa y al ofrecer alternativas y estrategias de cambio, aporta puntos de vista diferentes que modifican la cognición e indirectamente la conducta.

II. Tipos de entrevista

No es una técnica unívoca aprendida y aplicada independientemente del nivel de estructuración, objetivos o contexto. Las entrevistas varían en función de las variables que la configuran, dentro de ellas están:

a) Por el grado de estructuración

- Estructurada: Hay un guión establecido y generalmente estandarizado para formular preguntas. Las hay mecanizadas donde en un ordenador el sujeto responde a las preguntas (de amplio desarrollo en la última década); y cuestionarios guiados por el entrevistador: el sujeto responde al terapeuta o por su cuenta pudiendo preguntar dudas.
- Semiestructurada: hay un guión previo con cierto grado de libertad para preguntas *ad hoc* (para un fin específico) en la entrevista, ampliando o alterando las preguntas.
- Libre: se permite que hable en función de sus necesidades formulando preguntas abiertas que promueven el hablar.

b) Por la finalidad

- Entrevista diagnóstica: orientadas a un diagnóstico ante un problema que se consulta, es la primera y más importante técnica del proceso que tiene otras técnicas.
- Entrevista consultiva: el objetivo prioritario es responder a una pregunta en un tema específico con una finalidad concreta y donde no se sigue un trabajo clínico.
- Entrevista de orientación vocacional: consiste en orientar que estudios /trabajo elegir según las capacidades, intereses y valores,
- Entrevista terapéuticas y de consejo: tiene como finalidad operar un cambio en una dirección acordada por ambos. Tiene objetivos, estrategias y temática definidos.
- Entrevista de investigación: sirve para determinar la adscripción o no de un sujeto a la investigación (definición del caso), conocer, comprobar, confirmar y abrir vías de conocimiento psicológicos, sin olvidar las varias técnicas de registro, fiabilidad, validez y estructuración.

c) En función de la edad del entrevistado

- Entrevista a niños y adolescentes: es una categoría muy amplia que generalmente no piden ayuda, sino que la demanda es de los adultos que suelen ser parte del problema y la resolución. Las capacidades del niño obligan a una adaptación muy personalizada del caso, más que en adultos. El conocimiento evolutivo y experiencia profesional del terapeuta son imprescindibles aquí.
- Entrevista a adultos: (mayoría edad – vejez) Los problemas dependen en parte de la evaluación, la importancia de la pareja y relaciones sexuales, etapa de crianza, dificultades adolescentes, limitaciones físico/psicológicas, laborales o eventos en la vida que son diferentes según la persona y el momento o etapa en que ocurren.
- Entrevista en ancianos o personas con deterioro: requieren entrenamiento específico, al tipo de lenguaje, modo de preguntar, objetivos del cambio, apoyos económicos, sociales y emocionales con los que cuentan.

III. Objetivos

Los objetivos de la entrevista inicial varían según el modelo teórico pero existe acuerdos en relación a:

- Guiar la entrevista al objetivo establecido
- Establecer un buen *rapport* (clima de confianza para propiciar la comunicación)
- Percibir al paciente en su totalidad tal y como es, según las conductas verbales y no verbales y su grado de coherencia
- Contener la angustia del paciente
- Estimular la expresión verbal con preguntas adecuadas para obtener la información y datos necesarios (y escuchar sin interrumpir más que hablar o preguntar) e interesarse por lo que cuenta y como lo cuenta

- Definición operativa del problema, captando lo que solicita el S. Supone integrar datos darles sentido
- Conocer los antecedentes y consecuentes del mismo
- Conocer las tentativas de solución y sus resultados
- Establecer hipótesis diagnósticas según el marco teórico y las clasificaciones nosológicas
- Planificar el proceso de evaluación psicológica.; comunicar las condiciones de trabajo, horario, duración de las sesiones, técnicas, objetivos, precio (si fuera el caso),
- Elaborar un mapa conceptual del caso integrativo de los problemas. Tras la entrevista conviene reflexionar y elaborar gráficamente el mapa conceptual del caso para aportar una explicación y comprensión del mismo.

IV. Fases de la entrevista

La entrevista inicial tiene una secuencia temporal encuadrada en un contexto mayor del proceso. Esta secuencia tiene sus etapas bien delimitadas: Pre-entrevista; Entrevista (mutuo conocimiento, exploración y despedida) y Post-entrevista.

a) Primera fase: Mutuo conocimiento

Es el momento en que toman contacto los integrantes, necesitan un tiempo para situarse ante el otro interlocutor. Se suceden los saludos y presentaciones, saludando y presentándose con o sin contacto físico. Como la preocupación y ansiedad del paciente es elevada, conviene una actitud acogedora, cálida y empática y con esmero, también en comunicación no verbal. Esta cortesía inicial será definitoria de la relación establecida y el clima de confianza determinará y condicionará el proceso.

b) Segunda fase: Exploración e identificación del problema

Es el cuerpo de la entrevista donde el paciente explica su demanda, formula un problema y solicita ayuda y el profesional deberá analizar las demandas, quejas y metas. El psicólogo trata de escuchar, observar y preguntar adecuadamente para elaborar las hipótesis a confirmar o rechazar durante el proceso para dar respuesta a la demanda.

El profesional atendiendo a sus verbalizaciones y comunicación no verbal elabora hipótesis en el proceso, para ello deberá dejar constancia de su rol, guiar al paciente y usar conocimientos, experiencias, técnicas y habilidades comunicacionales para conseguir esos fines. Aquí la actitud, experiencia y habilidades personales y profesionales son la base para comprender por qué y para qué el sujeto acude. Importa saber escuchar, saber qué preguntar y cómo y cuándo hacerlo. Lograr la comprensión del problema implica conocer el motivo real y como lo percibe el paciente, sus antecedentes y consecuencias y que soluciones previas ha implementado.

Antes de la fase final conviene que el profesional haga una síntesis de los problemas planteados y los formule de forma breve para obtener *feed-back* comprensivo. Eso acuerda un foco de trabajo común y clarifica la consulta y es el punto de partida del trabajo clínico posterior.

c) Tercera fase: Despedida

La fase final o de cierre de la entrevista es donde se despide al paciente, conviene clarificar el modo de trabajo en las próximas sesiones, horarios, duración, frecuencia, costo económico (si ya se ha hecho antes, ahora debe recordársele). Se concreta una nueva fecha de sesión y tras eso, levantarse y despedirse.

En esta fase final los pacientes reaccionan diferentemente, unos tranquilos por exponer su problema, y pasar el primer momento de ansiedad a lo desconocido, otros se sienten mal por no decir lo que querían y plantean nuevos e importantes datos, generalmente deberá dar por finalizada la consulta y proponer hablarlo en la siguiente. Por respeto al trabajo del profesional y de otros pacientes.

2.3.4.2 La observación

La observación es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación.

Existen dos clases de observación: la observación no científica y la observación científica. La diferencia básica entre una y otra está en la intencionalidad: observar científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación. Observar no científicamente significa observar sin intención, sin objetivo definido y por tanto, sin preparación previa.

Pasos que debe tener la observación

- A. Determinar el objeto, situación, caso, etc. (que se va a observar)
- B. Determinar los objetivos de la observación (para qué se va a observar)
- C. Determinar la forma con que se van a registrar los datos
- D. Observar cuidadosa y críticamente
- E. Registrar los datos observados
- F. Analizar e interpretar los datos
- G. Elaborar conclusiones
- H. Elaborar el informe de observación (este paso puede omitirse si en la investigación se emplean también otras técnicas, en cuyo caso el informe incluye los resultados obtenidos en todo el proceso investigativo)

Recursos auxiliares de la observación

- Fichas
- Récorde Anecdóticos
- Grabaciones
- Fotografías
- Listas de chequeo de Datos
- Escalas, etc.

La Observación científica puede ser:

a) Observación directa y la indirecta

Es directa cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar.

Es indirecta cuando el investigador entra en conocimiento del hecho o fenómeno observando a través de las observaciones realizadas anteriormente por otra persona. Tal ocurre cuando nos valemos de libros, revistas, informes, grabaciones, fotografías, etc., relacionadas con lo que estamos investigando, los cuales han sido conseguidos o elaborados por personas que observaron antes lo mismo que nosotros.

b) Observación participante y no participante

La observación es participante cuando para obtener los datos el investigador se incluye en el grupo, hecho o fenómeno observado, para conseguir la información "desde adentro".

Observación participante es aquella e la cual se recoge la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno investigado. Obviamente, La gran mayoría de las observaciones son no participantes.

c) Observación estructurada y no estructurada

Observación no estructurada llamada también simple o libre, es la que se realiza sin la ayuda de elementos técnicos especiales.

Observación estructurada es en cambio, la que se realiza con la ayuda de elementos técnicos apropiados, tales como: fichas, cuadros, tablas, etc. por lo cual se los la denomina observación sistemática.

d) Observación de campo y de laboratorio

La observación de campo es el recurso principal de la observación descriptiva; se realiza en los lugares donde ocurren los hechos o fenómenos investigados. La investigación social y la educativa recurren en gran medida a esta modalidad.

La observación de laboratorio se entiende de dos maneras: por un lado, es la que se realiza en lugares pre-establecidos para el efecto tales como los museos, archivos, bibliotecas y, naturalmente los laboratorios; por otro lado, también es investigación de laboratorio la que se realiza con grupos humanos previamente determinados, para observar sus comportamientos y actitudes.

e) Observación individual y de equipo

Observación individual es la que hace una sola persona, sea porque es parte de una investigación igualmente individual, o porque, dentro de un grupo, se le ha encargado de una parte de la observación para que la realice sola.

Observación de Equipo o de grupo es, en cambio, la que se realiza por parte de varias personas que integran un equipo o grupo de trabajo que efectúa una misma investigación puede realizarse de varias maneras:

- Cada individuo observa una parte o aspecto de todo
- Todos observan lo mismo para cotejar luego sus datos (esto permite superar las operaciones subjetivas de cada una)
- Todos asisten, pero algunos realizan otras tareas o aplican otras técnicas.

2.3.4.3 Test psicológico

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 provocan 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.

I. Clasificación general

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

a) Test Psicométricos

Estos test 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.

b) Test Proyectivos

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

II. Clasificación por niveles

Tradicionalmente el uso de los test está reservado para los psicólogos, y la mayoría de las legislaciones nacionales e internacionales con respecto al ejercicio de la Psicología lo contemplan de esta manera, no obstante existe una clasificación dirigida a regular este particular:

a) Test de Nivel I

Pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicólogos luego del entrenamiento debido por parte de un psicólogo (educadores, psicopedagogos, médicos, etc.), quizás el exponente más obvio de los Test Nivel I son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimientos y de selección e ingreso a instituciones educativas.

b) Test de Nivel II

Pueden ser aplicados por profesionales no psicólogos pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, de la familia que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.

c) Test de Nivel III

Son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos se encuentran las Escalas de Wechsler (WAIS, WISC y WPPSI), el Test de Bender, el MMPI 2 y A, el T.A.T., el Rorschach y las baterías neuropsicológicas (Luria, Halstead-Reitan, K-ABC, etc.)

III. Áreas de aplicación

El uso de test para la evaluación puede ser de diversos tipos, así encontramos que existen test 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, así cómo sacar el mayor provecho posible de cada prueba para realizar de forma eficaz y eficiente la labor que es de su competencia.

Dentro de las áreas están:

a) Psicología clínica

Quizás la más popularmente relacionada con el uso de test, ya sea para la práctica privada o institucional, los test 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, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

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.

2.3.4.4 Manuales de diagnóstico

I. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta revisión Texto Revisado (DSM-IV TR)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (*American Psychiatric Association*) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar

información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV-TR), texto revisado.

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

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

El DSM IV 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.

a) Uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)

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.

EL manual DSM IV guía al profesional clínico en la elaboración de un diagnóstico completo que basándose en criterios definitorios clarifica el estado mental, físico y el social de un individuo; para luego clasificar la psicopatología.

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico sin ceñirse estrictamente al libro. (Por ejemplo el juicio clínico puede justificar el diagnóstico). A pesar de que sus signos y síntomas no cumplan (siempre que estos síntomas y signos persistan durante largo tiempo y no se consideren graves).

Según el instructivo del manual las pruebas Psicológicas que no tienen validez de contenido (test proyectivos) no pueden ser utilizadas como datos primarios para establecer un diagnóstico. 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

Es importante 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.

El manual diagnóstico tiene como propósito facilitar la investigación clínica; en el contexto guatemalteco se puede percibir que la utilización del mismo necesita una experiencia profesional que contribuya al uso confiable del mismo. Uno de los objetivos del manual es proporcionar una guía útil para la práctica clínica psicológica, y a la vez mejorar la comunicación entre clínicos.

En la docencia el manual también es aplicable a la enseñanza de la Psicopatología y psicología clínica y da a conocer la nomenclatura oficial en la diversidad de contextos instruyendo a la clasificación de los trastornos mentales en la sociedad.

II. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10)

Por sus siglas: Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud. Décima edición.

La CIE-10 tiene un carácter eminentemente descriptivo. Establece diagnósticos con definiciones para cada uno de ellos. El capítulo V (designado también con la letra F) está dedicado a enfermedades mentales.

CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo permite mayor énfasis en la apreciación clínica (como señalan E. Requena y A. Jarné, en Manual de Psicopatología clínica).

En Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por este motivo en la mayoría de trastornos del DSM-IV figuran dos códigos.

En el caso de la CIE-10 los códigos están compuestos por una letra en la primera posición seguida de números es decir son alfanuméricos. Esta estructura permitió incluir un mayor número de códigos y términos diagnósticos en comparación con las revisiones anteriores, cuyos códigos eran sólo numéricos. El diseño de la CIE ha permitido la elaboración de otros sistemas de clasificación relacionados con la atención a la salud los cuales tienen principios estructurales y funcionales semejantes.

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud 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 (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

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

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Que capítulo corresponde a la Psicología

- El capítulo V= F00-F99 Trastornos mentales y del comportamiento

La C.I.E. es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la C.I.E. y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

La clasificación CIE 10 fue diseñada para uso exclusivamente médico y su origen corresponde a estadísticas relacionadas con morbilidad y mortalidad; En Guatemala el uso de esta clasificación de enfermedades es estrictamente hospitalario y aporta información verídica que ayuda al esclarecimiento de las enfermedades físicas por las cuales muere la población.

La CIE 10 Clasifica los datos por rango de edad, prevalencia, enfermedad y causas externas de la misma; es de importancia destacar que en la sociedad guatemalteca el Ministerio de salud pública en sus informes anuales describe los factores que influyen en el estado de salud y el contacto que la población tiene con los servicios de salud; la descripción de lo anterior es una sugerencia de carácter importante dentro del marco legal de los derechos de las y los pobladores de la nación la cual se encuentra en el capítulo XXI código Z00-Z99 de la CE 10.

I. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

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 (Mezzich y Raab, 1980; Singer, 1984). 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.

Esto debería, adicionalmente, incrementar el uso del diagnóstico parametrado entre los psiquiatras latinoamericanos y mejorar la calidad de la atención psiquiátrica. 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.

Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la creatividad científica. En este sentido, la creación del Glosario Cubano de Psiquiatría es un ejemplo fundamental a imitar.

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. Finalmente, de propiciar la competencia cultural en el sistema de salud mental, para atender y promover de manera efectiva la salud mental de la población de la región.

La GLADP no es más que la CIE-10 adaptada a las cualidades específicas del entorno latinoamericano y a la forma en que los clínicos de la región conciben la salud mental y sus desviaciones, esos cambios le han sido incorporados. Por lo tanto, siempre que no se haga explícito lo contrario, debe inferirse que las modificaciones introducidas en la CIE-10 aquí reflejadas, han sido literalmente incorporadas a la GLADP.

Siguiendo la estrategia de lograr un máximo de similitudes y un mínimo de diferencias con las versiones de habla española y portuguesa de la CIE-10, en la GLADP se ha conservado la estructura, el sistema de codificación y las descripciones y criterios diagnósticos del manual de uso clínico de la OMS. Asimismo, sus criterios diagnósticos son aquellos de la versión para investigaciones de la CIE-10, que durante las múltiples discusiones para la elaboración de la Guía, se consideraron de mayor refinamiento y fiabilidad.

Aunque se ha formulado un total de más de 190 anotaciones latinoamericanas a la nosología del Capítulo V (F) de la CIE-10, en general, las descripciones clínicas y la organización taxonómica

del sistema de la OMS. Se ha considerado adecuado para la práctica clínica, la investigación y la enseñanza de la psiquiatría y especialidades aliadas en la región.

En consecuencia, muchas de estas anotaciones parecen aplicables universalmente y pueden constituir una contribución de la psiquiatría latinoamericana al progresivo desarrollo de los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales. Tal es el caso de la reorganización del texto en F1, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, lo que ha permitido una mayor congruencia entre el índice general de esta categoría y las descripciones de cada trastorno inducido por las drogas específicas.

Aquellos síndromes propios de determinadas culturas ("síndromes culturales"), serán clasificados dentro de la CIE-10 según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad, depresivos, de adaptaciones, etc.), señalando además el "trastorno cultural" específico de que se trata. Los síndromes culturales más importantes para la región latinoamericana son descritos en detalle en la Sección correspondiente de la GLADP.

La elaboración de la GLADP es un trabajo que ha culminado con la expectativa de que debiera servir de base para que los usuarios y usuarias guatemaltecas analicen su utilidad y exploren la necesidad de hacer ajustes adicionales, tanto sobre la base de la experiencia clínica de todos los días, como sobre la base de estudios empíricos y sistemáticos que orienten eficientemente los esfuerzos venideros por elaborar un instrumento de diagnóstico cada vez más refinado, y por contribuir de modo más competente al desarrollo del campo del diagnóstico y la nosología psiquiátrica en la sociedad guatemalteca.

2.4 Psicoterapia

La palabra *psico* se deriva del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser. La palabra *terapia* viene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro. Por lo tanto Psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona.

Hay muchas definiciones de psicoterapia Jerome Frank, la define de la siguiente forma: *“La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales.”*

El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. A menudo la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

2.4.1 Antecedentes

Los orígenes de la Psicoterapia se remontan al siglo XIX. A este período se le conoce como Modernidad, y se caracterizó por un predominio de doctrinas filosóficas como: Materialismo, Mecanicismo y Funcionalismo. Todas ellas planteaban un concepto del Hombre como resultado de mecanismos estrictamente fisiológicos y mecánicos.

Esta línea de pensamiento es opuesta a lo que se conoce como Vitalismo, es decir, el predominio de los aspectos humanistas y espirituales para explicar lo humano.

La Modernidad no quiere saber nada de teorías sin base empírica y ojalá que sean posibles de demostrar de manera experimental. Este paradigma colapsó con el correr del tiempo, ya que las evidencias de fenómenos sin explicación clara, crearon las condiciones para la emergencia de una

nueva visión. Al decir fenómenos sin explicación, no se refiere a cosas de Parapsicología o Esoterismo, sino a los problemas que se generaron al interior de la Modernidad como resultado de la práctica habitual y que no tuvieron una respuesta satisfactoria. La búsqueda de una respuesta a ese "enigma" debió desmarcarse de los límites impuestos por aquel paradigma. Esto condujo a nuevas prácticas y a un concepto del ser humano no conocido hasta ese momento.

Se habla del Hombre como un ser integral, dotado de cuerpo y alma. Esta nueva visión es integrativa y menos excluyente que la anterior. El primer paso ya lo había dado Descartes doscientos años antes, pero desde un punto de vista metafísico, al proponer su tesis del hombre como un ser compuesto por una *res cogitans* (alma) y una *res extensa* (cuerpo).

De esta manera, la Filosofía ya se había pronunciado acerca de una revolución del conocimiento que se llevaría a cabo en los albores del siglo XIX. Hablando de un giro notable en todas las ciencias del hombre y en especial en la Psicología.

Daniel Hack tuke creó en 1872 el término "psicoterapia" como el método de tratamiento de las enfermedades llamadas "psíquicas" el cual se popularizó en Francia gracias a Bernheim y se expandió en occidente, sobre todo en Estados Unidos.

Es difícil enlistar una totalidad de psicoterapias pues existe un desacuerdo por parte de la mayoría para encasillarlas o definir las, por ejemplo Jean Cottraux proporciona una lista de 209 formas de psicoterapias en la cual su mayoría son verdaderas psicoterapias mientras otras como la acupuntura, la meditación tibetana y trascendental, el culturalismo, kleinismo, freudismo, lacanismo, etc. entran en otra lista más bien de medicina alternativa, del mundo de las sectas o de las escuelas cénicas.

En cuanto a la creación de la psicoterapia institucional, Pichot y Allillaire la atribuyen a Pinel cuando en realidad es de Georges Daumézou, quien instituyó el término en 1953, para designar una terapéutica de la locura que aspiraba a reformar la institución del asilo.

La psicoterapia se desarrolló paralelamente al psicoanálisis en todas partes del mundo y se implantó en Francia antes de la Primera Guerra Mundial.

Tobie Nathan califica al psicoanálisis de “falsa ciencia” basándose en que no sería “evaluable”, así como de una ciencia “occidental” o inoperante aplicado a las tres cuartas partes del mundo. Así mismo le atribuye a las psicoterapias un carácter místico, siendo ésta regida por rituales, sacrificios de animales, fabricación de amuletos, plegarias o extracción de objetos-sortilegios, etc.

Más de 600 escuelas de psicoterapia han florecido en el mundo desde 1950. Todas estas psicoterapias se basan en el principio según el cual el proceso de la cura se vincula a la influencia que puede ejercer el terapeuta sobre el paciente, y a la creencia de éste en el poder de curar.

Históricamente, la psicoterapia surgió de la cura magnética inventada a finales del siglo XVII por Franz Anton Mesmer, quien explicaba los trastornos psíquicos.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

Como se mencionó anteriormente la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un terapeuta socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el terapeuta busca aliviar el malestar y la discapacidad del paciente mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero a veces también mediante actividades corporales. El terapeuta puede implicar también a los familiares y otras personas significativas del paciente en los rituales de curación.

Por tanto la psicoterapia incluye también a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida, lo que puede usarse como oportunidad para el crecimiento personal. Toda psicoterapia incluye al menos nueve aspectos comunes, como por ejemplo constituir un intercambio de un servicio por un pago. Más allá de las metas específicas de cada paciente, hay metas fundamentales como ayudar a los pacientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza, o ayudarlos a adquirir *insight* de situaciones.

La psicoterapia busca producir cambios en la vida del cliente, para lo cual debe lucharse contra las resistencias al cambio. La terapia es ante todo una relación entre dos personas que comparten e intercambian información, sentimientos y actitudes. Entre esas personas debe establecerse una alianza, o sea, trabajan juntos para un objetivo en común: el cambio terapéutico.

Dado que la psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, el resultado terapéutico satisfactorio dependerá tanto de las competencias o habilidades interpersonales del terapeuta, como de su dominio de la técnica. Kleinke trata también la psicoterapia como profesión, que da satisfacciones pero que también conlleva riesgos, y describe cinco áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad).

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 primordial 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:

- 1) como el paciente establece sus relaciones interpersonales (competencias sociales generales, manejo de relaciones íntimas, proceso de socialización);
- 2) pensamientos y sentimientos (competencias intelectuales, aptitud para reconocer sentimientos, excitaciones emocionales adecuadas, equilibrio entre pensar y sentir, etc.);
- 3) 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.);

- 4) 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 Metas de la psicoterapia

La meta de la psicoterapia es ayudar a los clientes a contemplar su proceso de maduración con una mayor concienciación sobre de donde vienen y a donde van; dentro de estas metas se encuentran las siguientes:

De la patología al afrontamiento

La patología no es necesariamente un constructo explicativo. La persona llegan a terapia debido a que las soluciones que están aplicando a sus problemas no funcionan. El trabajo del terapeuta es evaluar dónde se hallan estancados los clientes y ayudarles a superar el estancamiento mediante la modificación de sus comportamientos, actitudes y modo de pensar.

Cambio en lugar de curación

El objetivo no es una curación total sino una mejoría significativa de las actuales dificultades interpersonales del paciente, incluyendo síntomas y comportamiento interpersonal inadaptativo. El objetivo del terapeuta es ayudar los pacientes a apreciar que el cambio es una posibilidad.

✚ El cliente es el responsable

Los síntomas y problemas de un cliente a menudo son una expresión de pérdida de control, la incapacidad del cliente o su falta de voluntad para controlar su vida. La tarea del terapeuta es desanimar al cliente de expresarse mediante excusas y animarle a emplear un lenguaje de responsabilidad.

2.4.3.1 Metas terapéuticas fundamentales

Las metas concretas en la psicoterapia dependen de los problemas y deseos específicos del cliente. Sin embargo existen algunas metas que son relevantes a casi todas las relaciones psicoterapéuticas, estas son:

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

Está caracterizada por sentimientos de incompetencia, baja autoestima, alienación y desesperanza. Las manifestaciones más comunes de la desmoralización son: ansiedad, soledad y depresión. Una meta principal de la psicoterapia es ayudar a los clientes a superar sus sentimientos de desmoralización y a ganar una sensación de esperanza.

Los terapeutas ayudan a los clientes a incrementar sus habilidades para encontrar caminos fructíferos para alcanzar sus objetivos, mediante la enseñanza de nuevas competencias ya a través de ayudar a los clientes a ver una perspectiva diferente de sus vidas y

posibilidades que nunca había apreciado hasta entonces. El objetivo es enseñar a ver los problemas como desafíos en lugar de como amenazas.

✚ Fomentar la competencia y autoeficacia

Otra meta es fomentar la sensación de capacitación del cliente es decir la mayor fuerza y dominio de uno mismo y del mundo circundante y en este sentido libertad en el mejor sentido político y económico, libertad de acción.

✚ Superar la evitación

Una fuerza motora detrás de muchos problemas es la evitación. Se desarrollan estilos de afrontamiento que nos protegen de ansiedades, temores y situaciones desagradables que a menudo son condiciones esenciales e inevitables de la vida. Las personas que evitan enfrentarse a sus problemas sufren pronto más del temor que entraña enfrentarse al problema que del problema mismo. La evitación es básicamente una forma de negación y escape que requiere distorsiones del pensamiento y la percepción. Estos procesos impiden virtualmente la posibilidad de crecimiento y maduración personales debido a las inadecuaciones inherentes a ese tipo de respuestas.

✚ Ser consciente de las ideas erróneas de uno mismo

Los terapeutas guían a sus pacientes en la reevaluación de sus percepciones e interpretaciones acerca de lo que desean y de lo que están obteniendo de la vida. El objetivo de este proceso es conseguir que los clientes modifiquen aquellas creencias o expectativas que tienen sobre la vida y que no respondan a sus intereses.

✚ Aceptar las realidades de la vida

El mundo tiene cosas buenas y malas, aunque lamentablemente se debe aceptar muchos aspectos malos de la vida, también se debe aprender a apreciar y vivir las muchas cosas que son buenas. Instituir metas realistas y aceptar la responsabilidad de predestinar el esfuerzo necesario para su consecución es algo que vale la pena y cada persona debe ser responsables de sus actos.

✚ Lograr insight

La fase de *insight* de la terapia de consejo psicológico gira entorno a ayudar a los clientes a tomar conciencia de porque eligen funcionar como lo hacen. Cuando el paciente logra *insight* empieza a razonar sobre el porqué del problema que lo aqueja y va tomando sus propias decisiones y asumiendo las responsabilidades de ello.

2.4.4 Competencias del terapeuta

Las competencias interpersonales del terapeuta son un componente crítico del éxito en la psicoterapia. Los terapeutas competentes están técnicamente bien fundados y son capaces de efectuar de manera flexible intervenciones terapéuticas con una sensación de colaboración con el cliente. Son capaces de corregir sus propios problemas.

El terapeuta próximo comunica al cliente un interés vital por lo que tiene que decir. Los terapeutas próximos son capaces de embarcarse en un dialogo activo con el cliente. La proximidad por parte del terapeuta promueve un dialogo fluido en el que el cliente experimenta reconocimiento, confianza y estímulo para participar activamente en la sesión de terapia.

A. Competencias de la proximidad

Ser próximo requiere de las competencias siguientes:

- ✓ Habilidad para atender o que el cliente está intentando comunicar
- ✓ Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente.
- ✓ Energía para responder al ritmo demandado por el cliente
- ✓ Habilidad para comprender lo que el cliente está comunicando desde su punto de vista
- ✓ Estar entrenado en competencias básicas de entrevista

B. Competencias verbales

Las nueve competencias verbales son:

- 1) Tanteo: el tanteo es una pregunta que formula el terapeuta para obtener mayor información.
- 2) Clarificación: una clarificación es una pregunta utilizada para obtener mayor claridad acerca de lo que el cliente está diciendo. Las clarificaciones se utilizan para: Estimular a los clientes a elaborar su discurso, confirmar con el cliente que se está comprendiendo con precisión su mensaje y comprender mejor frases vagas.
- 3) Paráfrasis: la paráfrasis es reformular las frases del cliente de una manera que comunique a éste que el terapeuta comprende lo que ha dicho.
- 4) Reflejo: un reflejo es una reformulación de la emoción o afecto presente en una frase del cliente. Los reflejos son la forma principal que tienen los terapeutas de comunicar empatía hacia sus clientes así como la aceptación de sus sentimientos.
- 5) Ofrecer información: a veces la desinformación o falta de información está comprometiendo la capacidad del cliente para tomar una decisión informada.
- 6) Confrontación: las se utilizan para identificar mensajes confusos en el cliente y para explorar formas alternativas de percibir o interpretar situaciones problemáticas. La confrontación no debe estar dirigida hacia la persona del cliente, sino hacia la dificultad que está experimentando.

- 7) Interpretación: la interpretación se utiliza para ayudar a los clientes a buscar significado y comprender los sentimientos, pensamientos y comportamientos. Los cuatro criterios para realizar interpretaciones efectivas son: momento oportuno, dosis mínima detalle concreto y enfoque individual.
- 8) Recapitulación: las proposiciones se utilizan para ofrecer un encuadre y estructurar la sesión de terapia. Los terapeutas utilizan la recapitulación para identificar temas comunes, revisar el progreso y proporcionar un encuadre cuando las proposiciones del cliente parecen estar inconexas.
- 9) Preguntas: el uso más obvio de las preguntas es para obtener hechos. preguntas sobre búsqueda de hechos que se encuadren dentro del aquí, ahora, el qué y por qué, son denominadas preguntas.

C. El poder del humor

El humor es esencial en la psicoterapia cuando se emplea para transmitir esperanza y ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una perspectiva nueva y diferente. El humor es una excelente competencia de afrontamiento cuando las personas pueden utilizarlo para tomar una posición activa con respecto a sus problemas, para seguir adelante confrontados a la adversidad y para evitar tomarse a sí mismos con demasiada serenidad.

2.4.5 Proceso terapéutico

Los procesos psicoterapéuticos comunes son:

❖ Intercambio de pago por servicio

Los clientes pagan a los terapeutas por un servicio, es por lo tanto adecuado que este servicio sea negociado y que el cliente sepa lo que puede y no puede esperar.

❖ Ofrecer consejo

Hay tres razones por las cuales los terapeutas evitan dar consejo a sus clientes. Primero, está la cuestión si es ético o no que los clínicos presuman saber qué es lo mejor para sus clientes. Segundo, por la que los terapeutas evitan dar consejos es porque ello animaría a los clientes a depender de la sabiduría del terapeuta en lugar de pensar por sí mismos. Y tercera razón por la que no dan consejos a los clientes, es porque habitualmente no funcionan. Ofrecer consejo no parece ser una ayuda en psicoterapia.

❖ Ampliar la visión del mundo del cliente

Cuando los clientes llegan a terapia habitualmente están paralizados. Todas las psicoterapias se apoyan en el hecho de que el pensamiento, sentimientos y comportamiento humano están en gran parte guiados por las creencias que tiene la persona a cerca de la realidad. Un proceso significativo en la terapia es ayudar a los clientes a vislumbrar sus problemas desde una nueva perspectiva. El terapeuta debe exponer al cliente otras posibilidades y otras formas de ver el mundo, dándole nuevos significados a los sucesos que están causándole problemas.

❖ Ayudar a los clientes a recapitular conflictos genéricos

Un hecho previsible en la terapia, es la tendencia de los clientes a reproducir sus estilos inadaptables con el terapeuta. El objetivo del terapeuta es evitar convertirse en cómplice de los dilemas del cliente, en su lugar el terapeuta responde de manera diferente de lo que el cliente espera, proporcionando así, una experiencia emocional correctiva.

❖ Establecer un experiencia emocional correctiva

Los factores que conducen a la experiencia emocional correctiva son una relación terapéutica segura, la empatía del terapeuta, la re-experiencia en el aquí y ahora y la respuesta del terapeuta

de manera diferente a la esperada por el cliente.

❖ Promoción de expectativas positivas

Los clientes responden generalmente de manera más favorable a la terapia cuando tienen expectativas positivas. Las expectativas positivas son potenciadas mediante el refuerzo de los clientes que hayan buscado asistir a una terapia, preparar a los clientes para la terapia, inculcar expectativas realistas, hacer énfasis en la responsabilidad del cliente, proporcionar un alivio de síntomas y desarrollar una relación terapéutica positiva.

❖ Permitir experimentar emociones

En la psicoterapia, tanto los clientes como los terapeutas experimentan emociones. La experiencia de emociones en la terapia, implica los siguientes procesos: reconocimiento, creación de un significado, activación, toma de responsabilidades, modificación de respuestas afectivas disfuncionales, y expresión de sentimientos en la relación terapéutica.

❖ Ejercer una influencia social

Los terapeutas influyen sobre sus clientes mediante el empleo de condicionamiento operante y el moldeado.

❖ Promover la práctica de nuevas competencias

La asignación de tareas para casa proporciona a los clientes la oportunidad de practicar nuevos comportamientos y formas de pensar y sentir en sus vidas cotidianas.

Las personas suelen buscar terapia cuando tienen un problema y no están siendo efectivos en resolverlo y conseguir lo que necesitan de su entorno.

El objetivo de la terapia es adquirir una situación deseada, diferente y mejor cambiando lo que sea necesario para lograrlo de modo que la persona aumente su capacidad para resolver los problemas y por tanto para satisfacer adecuadamente sus necesidades en su relación consigo misma y con el entorno (modelo de persona sana y efectiva).

Con frecuencia las personas, aceptando su definición de la situación, se dedican a localizar la causa de su ineffectividad para resolver problemas en el entorno exterior (“Si no fuera por...”) o en alguna inadecuación constitucional y por tanto inmutable de sí mismo (“Simplemente no puedo... Hay algo malo en mí”) o en ambas cosas.

En la terapia, la relación entre terapeuta y cliente o entre el cliente y el grupo se estructuran de modo que se espera de todos que interactúen (realicen transacciones) de modo que se ajusten a la definición de persona sana y efectiva.

Cuando la persona no actúa de esa manera se le ayuda a:

- ✓ Reconocer el hecho,
- ✓ Se le estimula a considerar lo que está consiguiendo actuando de la forma en que lo hace (la función de su comportamiento).
- ✓ Se espera de ella que cambie su comportamiento de acuerdo con el modelo de persona saludable y efectiva.

Cuando nuestras necesidades no están satisfechas, el estado del Yo que está más activo es el estado del Yo Niño y también el Adulto. Para ello el estado del Yo Padre debe contener, y la terapia facilitará el incorporar, estructuras que permitan contener la frustración del estado del Yo Niño y manejarla de forma que la persona en un estado del Yo Adulto integrado pueda conseguir de manera efectiva lo que necesita mediante sus relaciones (transaccionales) con el entorno. La terapia se estructura por tanto para aprender, reaprender y cambiar, para desarrollar la habilidad de resolver los problemas y por tanto de conseguir lo necesario para satisfacer las necesidades de manera adecuada (saludable y efectiva).

2.4.6 Modelos de psicoterapia

Los modelos más importantes de la psicoterapia actual pueden ser agrupados en cuatro orientaciones:

I. Modelos psicodinámicos

En psicoterapia el término psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con mayor notabilidad histórica es el psicoanalítico, aunque abarca también a otros "disidentes" del psicoanálisis como Adler y Jung.

El psicoanálisis fue creado por Freud. Su obra fue influenciada por Herbert que mantenía una idea asociacionista de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro preconsciente; por Fechner, creador de la psicofísica, del que aprovechó su concepto de umbral para elaborar el concepto de censura; por Brucke y T.Meynert, fisiólogos y maestros de Freud, de los que recoge conceptos como el de los procesos primarios y secundarios; por Brentano del que deriva el concepto de Yo como función autónoma y por el desarrolló del método hipnótico y catártico de J.Breuer.

Seixas y Miró, a la hora de exponer el desarrollo de la obra de Freud, la divide en cuatro etapas:

- 1) La etapa pre fundacional
- 2) La etapa fundacional
- 3) La etapa de la Psicología del Ello
- 4) La etapa de la Psicología del Yo

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes: Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objétales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destaca las aportaciones de la llamada Psicología del Yo y de las relaciones objétales.

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

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

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

- **Modelo Topográfico:** Pertenece a la etapa de fundación del psicoanálisis. Freud en esta época distinguía tres niveles de conciencia: El inconsciente, gobernado por los procesos primarios (ilógicos e intemporales) que contiene los recuerdos, imágenes, sentimientos y deseos no accesibles a la conciencia; el pre consciente que intermedia entre el inconsciente y el consciente, donde pueden acceder ciertos contenidos, y el consciente, gobernado por los procesos secundarios (lógicos y racionales), que se identifica en gran parte con el Yo y con el principio de realidad (ajuste al entorno).
- **Modelo Dinámico:** Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte inconsciente, derivado del Yo, y los principios normativos o morales del individuo consciente e inconsciente. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.
- **Modelo Económico:** Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al

entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía. El principio de realidad hace que la energía libidinal quede ligada a un objeto (relación de catibia) para su descarga o satisfacción.

- **Modelo Genético:** Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la "oral" relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca: Los comportamientos adultos de fumar, beber, etc. se relacionarían con ella. Le sigue la fase "anal", segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces. La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la "fálica", 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 (Superego) 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).

A. Método terapéutico

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

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

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

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

Por otra parte, el terapeuta, aunque este analizado, puede experimentar reacciones emocionales hacia el paciente, que a nivel inconsciente suele reproducir los roles complementarios punitivos o

satisfacción de sus progenitores, se denominan reacciones contra transferenciales. El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayudan a estar atento a estas reacciones, como le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia, y a su manejo adecuado.

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

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

II. Modelos humanistas

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 gestáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente".

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

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

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

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

Uno de las dificultades más poderosas 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. 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.

Otro elemento fundamental para que el sujeto continúe su tendencia actualizante es el *experiencing*, este consiste en la experimentación consciente de un sentimiento que hasta el momento fue reprimido. La experimentación de sentimientos reprimidos por ambivalentes,

hostiles o irracionales que parezcan permite al sujeto actualizar su experiencia, ser "el mismo" y modificar el auto concepto distorsionado que estaba manteniendo hasta el momento.

De la manera anterior se da una interacción mutua entre la experiencia y el autoconcepto. Sin embargo el sujeto puede desarrollar una desconfianza hacia su propia experiencia emocional en base a las prácticas de educación y crianza en las que está inmerso. La presión del entorno (familia, colegio, etc.) puede hacer que el niño enfoque su conducta a agradar, llevarse bien, alcanzar el éxito, según es definido por instancias externas al mismo. El niño aprende que para ganarse la aprobación de los otros debe de actuar según unos criterios externos. De este modo puede sentir en privado, consciente o inconscientemente, deseos o sentimientos que inhibe en público.

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.

A. Método terapéutico

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

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

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

La terapia centrada en el cliente ha contribuido poderosamente a establecer una serie de condiciones que son necesarias en casi todas las psicoterapias, sobretodo en sus aspectos relacionales. Se discute que sus tres condiciones básicas (empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia) sean condiciones suficientes para la psicoterapia, aunque sí parecen necesarias.

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

III. Modelos conductistas

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

lado se comienza a cuestionar el diagnóstico basado en clasificaciones particulares (fiabilidad baja, efecto de "marca" negativa de la etiqueta, circularidad explicativa y poca relación con la etiología) y por otro la relación de estos diagnósticos con su tratamiento (escasa relación entre el tipo de trastorno y el tipo de tratamiento).

Actualmente la terapia o modificación de conducta tiene aplicación en un rango muy amplio de problemas (neurosis, depresión, trastornos de pareja, toxicomanías, trastornos psíquicos infantiles, medicina, etc.); y es reconocida como uno de los enfoques más influyentes y prestigiosos en el terreno de la salud mental.

Los postulados básicos del modelo conductual son:

- La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma "superficial" de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.
- La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.
- La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta.
- La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.
- El estudio del "sujeto conductual" consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.
- El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como se suele malinterpretar, sino más bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta (Skinner, 1974).

- La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingencia les actuales.

El terapeuta de conducta "siente" un profundo respeto por la persona de su paciente, y le informa de sus intervenciones, de las que suele pedir consentimiento. La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta. Los terapeutas de conducta están profundamente interesados en mantener una adecuada relación terapéutica con sus clientes.

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que se pueden agrupar en los cinco siguientes: (1º) La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta(salvo en el caso de los conductistas cognitivos); (2º) La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos; (3º) La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por moldeamiento).

A. 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).

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

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

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo de las mismas más adecuado es cuando deriva en análisis funcional del problema en cuestión. De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan:

- Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: La más conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de sensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse más o menos gradualmente a las fuentes estímulares de su ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La de sensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.
- Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (Reforzamiento, Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, etc.) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas (Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos, etc.).
- Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Afectividad.

- Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son el autor registros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación, valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos-conductuales o conductistas cognitivos.

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

IV. Modelos sistémicos

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950- 1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. En la línea anterior Ackerman estudio los problemas de los mineros y sus familias, y como el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar. Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática (en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infantojuveniles en los años treinta) y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados.

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. 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 la causas y efectos son circulares y (2) cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progreso o cambio.

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

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

A. Método terapéutico

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

En primer lugar el terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema, solución intentada (por ejemplo Watzlawick) y quiénes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (límites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (límites 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 (quién y cómo 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 se 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?", 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.

Actualmente en la terapia sistémica existen dos grandes corrientes: Una de tipo más "conductual o pragmática" centrada en el estudio de las secuencias internacionales y en su modificación y otra de tipo más "cognitivo o constructivista" centrada en las creencias familiares, sus estilos de construcciones narrativas comunes y el desarrollo de narraciones alternativas.

2.4.7 Formas de psicoterapia

A pesar de que existen distintas y numerosas escuelas de psicoterapia, la tendencia ha sido reunir las en tres grandes grupos, si bien éstos han sufrido desarrollos tardíos y nuevas adquisiciones, tres han sido las principales grandes escuelas de psicoterapia, al mismo tiempo, autores que las han denominado las tres grandes fuerzas de la Psicología, estas son: Psicoanálisis, Conductismo y Humanismo-Existencialismo. Si bien, las tendencias actuales recogen aspectos de las tres principales escuelas, y algunas de ellas están a medio camino entre una y otra.

2.4.7.1 Psicoterapias Psicodinámicas

I. Terapia psicoanalítica

El psicoanálisis es la disciplina que se dedica al estudio del inconsciente, entendiendo por inconsciente a aquel que hace locuras y no se piensa mucho sus decisiones. El psicoanálisis (del griego *psyque*, alma o mente); es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896. A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influenciado a muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

El concepto de «psicoanálisis» designa, por una parte, aquel modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana. Este modelo se basa en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de casos de neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos. Por otra, psicoanálisis se refiere también a la terapia psicoanalítica misma, es decir, a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos. Finalmente, psicoanálisis puede referirse además al método psicoanalítico: un método de investigación que ha sido aplicado más allá de la psicología clínica individual, al análisis de fenómenos culturales.

El desarrollo del psicoanálisis es permanente en estos tres aspectos por parte de investigadores y clínicos, si bien cabe remarcar que tal segmentación del campo psicoanalítico no puede ser otra cosa que una esquematización descriptiva, y que en ningún caso da cuenta de la estructura propia del psicoanálisis donde teoría y práctica se encuentran ligadas sin poderse dar la una sin la otra. Freud sostuvo que una de las glorias del psicoanálisis era la coincidencia de investigación y tratamiento, si bien aclara que la técnica de ambas difiere. El psicoanálisis moderno se caracteriza por el pluralismo teórico, metódico y terapéutico. Si el psicoanálisis puede ser considerado una teoría científica es un asunto que en círculos académicos y profesionales continúa siendo controvertido.

El psicoanálisis es una teoría sobre los procesos psíquicos inconscientes, que presenta una concepción ampliada de la sexualidad, de sus relaciones con el acontecer psíquico y su reflejo en lo sociocultural. El supuesto de que existen los procesos, fenómenos y mecanismos psíquicos inconscientes junto al papel de la sexualidad y del llamado complejo de Edipo, que resulta en una diferenciación entre instinto y pulsión; así como la aceptación de la teoría de la represión y el papel de la resistencia en el análisis constituyen para Freud los pilares fundamentales de su edificio teórico, al punto que sostiene que «quien no pueda admitirlos todos no debería contarse entre los psicoanalistas.

En las décadas siguientes a Freud, diversos psicoanalistas desarrollaron otras técnicas para la exploración e interpretación psicoanalítica de diversas manifestaciones culturales: desde los cuentos de hadas y mitos hasta el análisis de obras literarias mayores, del cine o de las artes plásticas.

A. El psicoanálisis como terapia

En el sentido estricto, el psicoanálisis puede ser definido como un método y técnica de tratamiento psicoterapéutico basada en la exploración del inconsciente a través de la asociación libre. A diferencia de los métodos que se basan en ejercicios, entrenamiento o aprendizaje (como

las técnicas conductuales) o de las explicaciones en el plano cognitivo, el psicoanálisis se cuenta entre las técnicas de descubrimiento o develación que intentan que el paciente logre una comprensión profunda de las circunstancias (generalmente inconscientes) que han dado origen a sus afecciones, o son la causa de sus sufrimientos o malestares psíquicos.

Aunque frecuentemente se asocia esto a la introspección, constituye un malentendido esperar como objetivo esencial de la terapia psicoanalítica una comprensión racional acerca de las relaciones causales. Se trata más bien de lograr una reestructuración de más amplio alcance de la personalidad, muy especialmente de la vida afectiva y particularmente en aquellas áreas que contribuyen y mantienen la formación de síntomas, o de formas defensivas que causan daño o malestar.

Según el psicoanálisis, los síntomas histéricos y neuróticos tienen un origen ligado a conflictos inconscientes, aspectos de los cuales, pese a ser ajenos por completo al consciente del analizado, pugnan por emerger a la conciencia. El retorno de lo reprimido, resultado de una represión fallida ante la fuerza emergente del material reprimido, es una formación de compromiso, ejemplo de lo cual constituye el síntoma histérico y, en general, el neurótico.

El objetivo de la terapia es vencer las resistencias para que el analizado acceda a las determinaciones inconscientes de sus sentimientos, actitud o conducta. Freud, en una de las oportunidades en las que describe la operación que lleva a cabo la terapia analítica, lo hace en estos términos: "la rectificación con posterioridad del proceso represivo originario"

El analista por su parte, también debe respetar reglas, particularmente las tres siguientes:

- Escuchar al analizado con una atención parejamente flotante, es decir, sin privilegiar ningún elemento de su discurso, lo que implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención». En palabras de Freud, «el analista debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo.

- Mantener una actitud neutral, en cuanto a los valores, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal religioso, moral o social, no juzgar, no aconsejar. La posición debe ser igualmente neutral frente a las manifestaciones transferenciales y frente al discurso, es decir, no conceder una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.
- Observar una actitud de estricta abstinencia, lo que implica que el analista «no satisface las demandas del paciente ni desempeña los papeles que éste tiende a imponerle. El sentido de este principio es que la cura debe transcurrir de tal forma que el analizado no se sirva de ella para obtener satisfacciones sustitutivas de sus síntomas.

Freud afirmó que el individuo neurótico, cuyas necesidades eróticas infantiles permanecieron insatisfechas, podrá orientar sus requerimientos libidinosos hacia una nueva persona que surja en su horizonte, siendo muy probable que las dos porciones de su libido (la consciente y la inconsciente) participen en este proceso. Es por lo tanto perfectamente normal y comprensible que una carga de libido se oriente también hacia el psicoanalista. Este proceso da lugar a lo que en psicoanálisis se denomina transferencia.

B. El Ello, el Yo y el Superyó

Diagrama del modelo estructural de tres instancias (Ello, Yo y Superyó) y de su superposición con el modelo espacial de la psique en la primera tópica de S. Freud (consciente, preconsciente, inconsciente).

El Ello es la instancia más antigua y original de la personalidad y la base de las otras dos. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos o pulsiones más primitivos. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad.

El Superyó es la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura. Consta de dos subsistemas: la "conciencia moral" y el ideal del yo. La "conciencia moral" se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche. El ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas.

El Yo es una parte del ello modificada por su proximidad con la realidad y surge a fin de cumplir de manera realista los deseos y demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior, a la vez que trata de conciliarse con las exigencias del superyó. El yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre éste y el mundo externo.

El Yo sigue al principio de realidad, satisfaciendo los impulsos del ello de una manera apropiada en el mundo externo. Utiliza el pensamiento realista característico de los procesos secundarios. Como ejecutor de la personalidad, el yo tiene que medir entre las tres fuerzas que le exigen: las del mundo de la realidad, las del ello y las del superyó, el yo tiene que conservar su propia autonomía por el mantenimiento de su organización integrada.

II. Terapia junguiana

La psicoterapia junguiana acompaña al paciente en su proceso de individuación o crecimiento, desde una concepción finalista y prospectiva. Desde el momento presente y con la información biográfica esclarecida se trata de adecuar unas actitudes inoperantes o que confunden la existencia de la persona.

La psicoterapia junguiana utiliza el análisis de los sueños producidos en el inconsciente durante el dormir, y explica aspectos, elementos y actitudes que ahora han florecido a la consciencia y que pueden informar de rasgos de su personalidad y, de la energía psíquica que se está moviendo en el sujeto.

Por otro lado, se nutre de la simbología que aportan los sueños, la imaginación activa o la escritura espontánea.

El analista junguiano utiliza un sistema “cara a cara”, y de diálogo con el paciente. El proceso terapéutico acompaña al individuo para que se vaya aproximando a la resolución de su construcción neurótica y/o psicótica, vaya enfrentándose con sus complejos y consiga acercar las polaridades o contrarios.

La Psicoterapia Junguiana que se realiza sobre una base de Psicología Transpersonal, es lo más adecuado para toda persona que busca lo espiritual, que necesita poner en orden su mundo interior, para evolucionar verdaderamente.

Lo introducimos en una dimensión, donde muchas teorías y creencias humanas caen como inútiles, entrando a jugar otro factor, lo espiritual, que puede volver posible lo imposible. La autorrealización de Maslow es para Jung el proceso de individuación, es una propiedad de todo ser vivo, en virtud de la cual llega a ser lo que estaba destinado a ser, desde el principio. Su máxima expresión se encuentra en la psiquis humana.

El Sí-mismo, que es una fuente de Sabiduría y poder, entra en interacción con la personalidad individual durante toda la vida y va configurando una personalidad definida, que participa a su vez de manera activa y responsable. Desde el punto de vista junguiano, cuatro áreas en las que siempre se trabaja en toda Psicoterapia, que intente ahondar con profundidad.

- 1) La Sombra: Son los aspectos ocultos o inconscientes de uno mismo, tanto negativos como positivos, que el yo ha reprimido o nunca ha reconocido. Son todos aquellos rasgos indeseables, de los cuales uno no se siente orgulloso. Estos rasgos personales, sin un trabajo interno, no son reconocidos y a menudo se perciben en los demás, a través del mecanismo de la proyección. Hay que saber distinguir la sombra personal, de la sombra colectiva. Enfrentarse directamente con la sombra colectiva, puede llegar a ser una experiencia traumática y destructiva. Es la suma de las personas despiertas espiritualmente, trabajando cada uno en su medio, quienes van aportando luz y apartando las sombras del Inconsciente colectivo.

- 2) Complejo parental. Es el grupo de imágenes, conflictos y emociones intensas ligadas con los padres. La influencia más o menos mágica de los padres sobre los hijos, sin importar la edad, se debe en gran parte a una imagen arquetípica de los padres primordiales que existe en toda psiquis.

El crecimiento espiritual puede quedar abortado, cuando no se han resuelto o elaborado los lazos que nos atan a nuestros padres. Este puede ser un paso decisivo, más aún, una verdadera iniciación, ya que en nuestra sociedad no se realiza ningún rito de paso en la pubertad, para acceder a la etapa adulta.

- 3) La Persona: Son los aspectos ideales y sociales, que presentamos frente al mundo externo. Es como su nombre lo indica, sólo una máscara, que finge individualidad, cuando en realidad sólo estamos representando un rol, a través del cual habla la psiquis colectiva.

Es necesario ver en la Terapia, hasta dónde estamos representando roles que nos han impuesto, también en relación con el grupo familiar. Así el hombre de fuerte personalidad social puede ser un niño en su casa, cuando expresa sus reacciones emocionales. Aquí hay que trabajar en la capacidad de dirigir la propia vida, tomar las propias decisiones, y cultivarse basándose en las tendencias y talentos personales.

- 4) Complejos sexuales: *Anima-Animus*: Aspecto femenino interno del hombre-Aspecto masculino interno de la mujer. Tanto el *ánima* del hombre, como el *animus* de la mujer, son tanto un complejo personal, como una imagen arquetípica.

A lo largo de la vida, van pasando por distintas fases de desarrollo y se proyectan en un hombre o mujer concretos. Como en el caso de persona, también entran a jugar determinados condicionamientos sociales y familiares; que deberán ser concientizados en el proceso terapéutico.

Trabajar con el *Anima-Animus*, a la par del Complejo parental, es la clave para que el consultante encuentre su pareja correcta.

Como vemos, por todo lo dicho hasta ahora, se trabaja en un nivel profundo y con plena participación del interesado. El acceso al Inconsciente se realiza a través del Análisis de los sueños y del uso de la técnica "Imaginación Activa". La Regresión al pasado, a diferencia de otras terapias, solamente se realiza cuando es necesario, y con un método apropiado para "zambullirse" y extraer el recuerdo correcto y preciso para la sanación.

Una búsqueda unilateral y exagerada de Armonía, puede indicar la huida de los propios conflictos internos. Como también atribuir todo lo desagradable que nos pasa a causas externas (vecinos, malas ondas, malos espíritus, los gobernantes, etc.) puede ser un mecanismo semejante al que ocurre en la infancia, cuando el niño proyecta en fantasmas nocturnos, sus temores de abandono afectivo.

A. Método terapéutico

El modelo psicoterapéutico junguiano se conoce también como *método sintético-hermenéutico*, siendo su finalidad facilitar el desarrollo del proceso de individuación o *autorrealización psíquica*. Toda individuación remite a la relación que se establece entre el Yo consciente y lo inconsciente colectivo a lo largo de la biografía del individuo.

En cada momento de dicho proceso vital va emergiendo progresivamente el carácter propio o individualidad psíquica, personificada a través del arquetipo del Sí-mismo, yo nuclear tanto de lo consciente como de lo inconsciente colectivo, a diferencia del Yo fáctico y condicionado, circunscrito a la consciencia. Individuación significaría por tanto llegar a ser un individuo, llegar a ser uno mismo, una unidad aparte, indivisible, un Todo. El despliegue del Sí-mismo como articulación de arquetipos previamente diferenciados en el proceso de individuación es el objeto específico de la Psicología analítica.

Los métodos más importantes aplicados por Jung y que definen su escuela podrían enumerarse en los siguientes:

1. El experimento de asociación de palabras que permite acceder a los complejos individuales.
2. El análisis y la interpretación de los sueños, de las visiones y de la imaginación. Ello implicaría métodos propiamente junguianos, así como la utilización de la amplificación a través de material arquetípico del simbolismo cultural e histórico general, como ayuda a las asociaciones propias del soñante. También es propiamente junguiano el análisis de *series de sueños*, dado que el análisis de un sueño aislado puede inducir a error.
3. El estímulo de la producción espontánea del inconsciente, en forma de palabra, signo, pintura, baile, etc.
4. La imaginación activa, que permitiría comunicarse con lo inconsciente *personificando* aquellas imágenes emergentes desde un estado de introspección o meditación voluntarios.

Todo proceso de individuación conlleva la constitución y diferenciación progresivas de todos aquellos representantes psíquicos, tanto complejos como arquetipos, cuya consciencia relativa es la meta de la Psicología analítica.

III. Terapia de Apoyo

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

Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación médico – enfermo, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié, en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intenta reforzar las defensas del “ego” del paciente.

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

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

IV. Terapia breve intensiva y de emergencia

Consiste básicamente en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje este aprendizaje y reaprendizaje que provee usualmente se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de permiso para verter el súper yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos una actuación. Estas terapias proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración.

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

La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional, del modo que una corta historia relata una novela. El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de

hipótesis, lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia o el rol que juega cada factor, por ejemplo en la depresión. Esto determina el orden de jerarquía con el que se presentará atención terapéutica a cada variable.

Es de esperar que un psicoterapeuta frente a una depresión, sepa que hay seis u ocho factores que pueden jugar un rol dominante: 1) problemas de autoestima; 2) agresión frente a la presencia de; 3) un super yo severo, 4) un sentimiento de pérdida de amor, del amor de un objeto, o de parte de sí mismo; 5) un sentimiento de desilusión, o de haber sido engañado; 6) en relación al concepto de oralidad, (hambre de estímulos) y del hecho que las personalidad es depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos de otra persona; 7) la personalidad depresiva es más dependiente, específicamente de nutrientes narcisistas; 8) el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación.

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

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

En un sentido amplio se podría decir que la psicoterapia breve permite seguir adelante en el trabajo de un antiguo problema y da paso potencial a una mejor forma de lidiar con el que exista anterior a la enfermedad, en ese sentido la psicoterapia breve no solo resulta efectiva para un problema existente, sino puede dar paso también a una mejor integridad general.

2.4.7.2 Psicoterapias Conductistas

I. Terapia Racional Emotiva

Explica que el conocimiento que adquirimos está influido por las interpretaciones que imponemos a nuestras percepciones.

La TRE es una terapia activa en la que se persigue el cambio emocional y conductual mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales alterados.

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.

Esta terapia formula las dificultades del cliente en base a un modelo ABC, donde hay eventos (A) activadores que son mediados por creencias (B) del cliente, mismas que hacen surgir (C) consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Es pues la aparición irracional de eventos activadores, lo que produce los problemas del cliente. La terapia involucra el entrenamiento de este para identificar y modificar estas suposiciones y se apoya en diversas estrategias que incluyen la auto-observación, el cambio directo de las creencias irracionales por el terapeuta, el cambio de algunas cogniciones por pronunciamientos más racionales, así como la realización de diferentes ejercicios, como tarea.

A. Técnicas

- **Insight racional emotivo:** La meta principal de esta técnica es ayudar a los pacientes a ver con claridad y reconocer en forma abierta los procesos irracionales importantes.
- **Método socrático:** Se caracteriza por usar una serie de preguntas sistemáticas, que guían el continuo de la línea de razonamiento inductivo en las sesiones terapéuticas.
- **El debate filosófico:** El método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional es el debate filosófico que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana.
- **Imaginación racional emotiva:** Consiste cada vez que la gente se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere hacerlo, están empleando imágenes racionales emotivas, la forma más eficaz de práctica emocional.
- **Autoanálisis racional:** Es una forma estructurada en la cual los pacientes descubren las relaciones causa – efecto entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de sus problemas y también los cambios racionales que deben hacerse y pueden hacer para empezar a ayudarse a ser felices de inmediato.
- **Las imágenes racionales emotivas:** Su base descansa en el hecho neuropsicológico de que las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida real.
- **Reestructuración racional sistemática:** El objetivo terapéutico consiste en proporcionar a los individuos habilidades de enfrentamiento, de modo que en último término, aprendan a funcionar como sus propios terapeutas.
- **Debatir creencias irracionales:** Consiste en cuestionar y desafiar la validez de las ideas o hipótesis que los pacientes sostienen acerca de ellos mismos, de otros y del mundo.

- Autoexamen racional: Es el análisis racional con el cual el paciente dirige su pensamiento con el fin de controlar sus razones emocionales ante los hechos o eventos.

B. Aplicaciones

- Terapia individual: está indicada para personas que tienen dificultad en hablar enfrente de personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su prejuicio. Es indispensable para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras personas dentro de la terapia, se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma”, más que con los demás.
- Terapia de pareja: Afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. El objetivo de la terapia de pareja es capacitarlos a ambos para que desarrollen y apliquen sus habilidades.
- Terapia familiar: Es efectiva cuando ayuda a los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas.
- Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos, no son la causa directa de ellas. Cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.
- Terapia de grupo: Enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros. Aprenden a aceptarse a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

II. Modificación de la conducta y terapia de la conducta

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

A. Caracterización de la modificación de la conducta

Aunque existe variedad de técnicas, objetivos de aplicación, y enfoques teóricos diferentes, se comparten ciertas características definitorias:

- La fundamentación en la psicología experimental.
- La aplicación tanto al campo clínico como no clínico.
- La evaluación objetiva.
- El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

B. Técnicas de modificación de la conducta

- Refuerzo positivo

Este procedimiento consiste en presentar una consecuencia positiva (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y esto aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro.

Se utiliza cuando queremos desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada.

- Refuerzo negativo

Consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de dicha desaparición aumenta la frecuencia de la conducta deseada. La respuesta que buscamos es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta.

- Modelado

Consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve.

Este procedimiento se usa en la adquisición de nuevas conductas, eliminación de respuestas inadecuadas a través de la observación de la conducta apropiada, y como forma de suprimir miedos o fobias.

- Encadenamiento

Consiste en recompensar a la persona tras la realización de una serie de conductas engarzadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades.

Este procedimiento puede utilizarse para que adquiera nuevas habilidades (descomponiendo esa conducta en pasos, que se enseñarán mejor si empezamos por el último de la cadena) o para

ensamblar las conductas del niño de modo que constituyan cadena y conseguir así que esas conductas se mantengan de forma natural (como procedimiento para mantener la conducta).

C. Procedimientos para reducir o eliminar la conducta

- Extinción

Este procedimiento debe ser aplicado a cualquier conducta mal aprendida. Consiste en, una vez identificado el reforzador, suprimirlo para que tal conducta desaparezca gradualmente, es decir, en no dar la recompensa que la mantiene. La suspensión de reforzamiento debe ser completa; no se debe administrar nunca para esa conducta (si no estaríamos recompensando de “forma intermitente”, que como hemos visto antes es un procedimiento para mantener la estabilidad de una conducta).

- Reforzamiento de conductas incompatibles

Es un método complementario de cualquier intento de eliminar una conducta problemática. Se basa en la administración de recompensas de forma continua a aquellas conductas que son incompatibles con la que se quiere suprimir y en no aplicar ningún tipo de consecuencia a la conducta que se quiere eliminar (ignorarla). El aumento de la conducta alternativa incompatible conlleva una disminución de la conducta indeseable.

- Aislamiento o tiempo fuera

Es un procedimiento que puede ser de gran utilidad cuando no podemos retirar el reforzador que mantiene la conducta. Lo que se hace es sacar a la persona de la situación en la que se encuentre cuando realiza la conducta que deseamos suprimir.

- Control de estímulos

Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta (y ausente cuando no se refuerza) la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación. Aunque en un principio sean neutrales, como consecuencia del hecho de estar presentes siempre que una conducta es reforzada, adquieren determinado control sobre ella.

- Costo de respuesta o castigo negativo

Consiste en quitar, como consecuencia de la conducta, algo que gusta (algún reforzador disponible). Se llama también castigo negativo porque se suprime algo que gusta, pero no hace uso de estimulación aversiva.

- Práctica positiva

Este método consiste en hacer que la persona practique, durante periodos de tiempo determinados, conductas físicamente incompatibles con la conducta inapropiada. No se mejora, sino que se ejecuta el comportamiento adecuado. Este procedimiento tiene efectos rápidos y de paso enseña conductas aceptables a los niños.

- Saciedad

Con este procedimiento conseguimos suprimir una conducta basándonos en la utilización del propio reforzador que la mantiene porque aumentando de forma considerable la administración de reforzamiento hacemos que el reforzador pierda su valor como tal.

- Castigo

Consiste en aplicar una consecuencia punitiva a una conducta. El castigo debe ser usado sólo y exclusivamente cuando otros procedimientos no hayan funcionado o cuando la propia vida del niño esté en peligro y ello pueda evitarse recurriendo al castigo. Ampliar el tema

III. Terapia de grupo

Se define como el conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y paciente. La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en dicha dinámica puede pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

A. Breve historia de la psicoterapia de grupo

Fue iniciada por Joseph Pratt en 1905 al introducir el sistema de “clases colectivas” a una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos. El método de Pratt consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica.

Su técnica se apoya en dos pilares:

- Activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, estímulo y solidaridad en el grupo.
- El terapeuta asume el papel de figura paternal idealizada

Existen diversos enfoques y técnicas de terapia grupal:

- Técnicas grupales analíticas
- No directivos y terapia gestalt

Estas corrientes se aplican a diversos tipos de grupos en las cuales podrían mencionarse, familiar, parejas, grupos de encuentro, de crecimiento, terapia represiva inspiradora (Método de Pratt)

B. Características del grupo

- Interacción. Espacio temporal donde se relacionan los miembros del grupo.
- Percepción y conocimientos de los miembros y del grupo. Cada uno es una parte del todo.
- Motivación y necesidad de satisfacción, (estatus, poder, éxito, etc.).
- Metas del grupo. Estas pueden tratar de lograr metas de diferentes índoles, (laborales, escolares, etc.).

C. Propiedades de los grupos

- Voluntad y beneplácito: La eficacia de un grupo se basa en la voluntad y en el consentimiento de sus miembros de pertenecer a él.
- Identificación: Esta puede ser positiva o negativa, dependiendo de las características emocionales de sus miembros.
- Cohesión: Cantidad de presión ejercida sobre los miembros del grupo para que estos permanezcan en él.
- Meta común: Es necesaria la existencia de una meta en común, para que el grupo se reúna.

D. Beneficios de la terapia grupal

Puede ayudar a mejorar en lo siguiente:

- Dificultades en las relaciones con otras personas
- El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad
- Depresión y ansiedad
- Las pérdidas

- Los traumas
- Trastornos de la personalidad

2.4.7.3 Psicoterapias Humanistas

I. Terapia Centrada en el Cliente

La Terapia Centrada en la Persona, conocida también como "Relación de Ayuda", "Terapia no directiva", "*Counselling*", "Terapia Centrada en el Cliente" o "Terapia Rogeriana" Fue desarrollada por el psicólogo Carl Rogers.

El modelo de Carl Rogers pertenece a la corriente de la Psicología Humanista. La Psicología Humanista promueve los aspectos más humanos de la persona, como son: la libertad, creatividad, trascendencia, responsabilidad, autonomía.

A. Cliente en oposición a paciente

El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la connotación del vocablo, relacionado con la patología, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta o sanador. La contrapropuesta es que no existe tal cosa como la enfermedad mental, sino formas disfuncionales de vivir.

B. Actitudes básicas para la relación de ayuda

Según Carl Rogers, una relación servirá de ayuda si la forma de ser persona con el otro refleja tres actitudes básicas:

1. La aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Se acepta sin condición alguna la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
2. La empatía centrada en la persona sufriente. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.
3. La autenticidad del terapeuta permite a menudo un diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriente.
4. La relación centrada en el cliente se define además por un mínimo de contacto establecido entre el cliente y el terapeuta.
5. El cliente debe estar en un estado de incongruencia
6. Y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida.

C. El proceso de convertirse en persona

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

1. Fijeza: es el estado que comúnmente es descrito como neurótico.
2. Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado: al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en un ambiente que no le condiciona, lo que convierte en innecesarios los patrones de comportamiento que ha desarrollado para enfrentar al mundo hostil y condicionante en que se desenvuelve cotidianamente.
3. Desarrollo y flujo de la expresión simbólica: la persona en proceso comienza a desarrollar una expresión verbal más allá de los lugares comunes y que le permita expresarse con más propiedad conforme a su vivencia.
4. Flexibilización de los constructos y flujo de los sentimientos: se comienzan a cuestionar los valores y creencias que han llevado a la persona a un estado de permanente insatisfacción, y

se permite ver las cosas de forma distinta. Además, en esta etapa se advierte una mayor libertad para expresar los sentimientos.

5. Flujo organísmico: la estructura personal del cliente manifiesta una mayor relajación, los sentimientos son expresados con mayor libertad, las creencias son libremente cuestionadas y hay una necesidad por explorar nuevas formas de comportamiento.
6. Inicio de la experienciación plena: es la fase de la terapia en que las personas llegan al "punto de no retorno", donde es posible que abandonen el proceso terapéutico y no experimenten retrocesos dados que toman conciencia de que son ellas las responsables de su vivencia y experiencia.
7. Fluidez: es la descripción de una persona que funciona plenamente.

D. Aplicabilidad de la terapia centrada en el cliente del enfoque rogeriano

Las experiencias terapéuticas, de consejería y orientación, desde la perspectiva rogeriana, abarcan una amplia gama que va del trato de personas normales, en condiciones pedagógicas o vocacionales, hasta la psicoterapia en psicóticos esquizofrénicos.

Hay aplicaciones de esta concepción en diversas áreas como la clínica, la educación, las relaciones de pareja, la ludo terapia, la dinámica de grupos (los famosos grupos de encuentro), etc. Cubre un amplio espectro de edades, desde niños de dos años hasta ancianos. Y esto es posible, creemos, porque el enfoque no directivo o centrado en el cliente constituye además de una técnica, aplicable a tal o cual problema, una concepción del ser humano y de las relaciones interpersonales. Por ello trasciende los linderos del consultorio para conformar una teoría sobre el "buen vivir", esto es, sobre el vivir plenamente, en constante superación, abiertos a todas las experiencias, sin miedo, con capacidad de elección y de responsabilizarnos por lo elegido.

También se puede mencionar: Depresión, Ansiedad y tensión emocional, estrés y agotamiento psíquico, dificultades de comunicación y/o relación, crisis personal o de pareja, conflicto padres-hijos, angustia existencial, deseos de cambio y crecimiento personal

II. Terapia 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.

A. Fundamentos de la terapia Gestalt

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

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

Se prefiere usar el término cliente que paciente, ya que un paciente es alguien enfermo que va a qué el terapeuta lo 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.

B. Conceptos principales

Se basa en:

- El aquí y ahora: vivir y sentir el presente. Vivir y sentir la realidad.
- El darse cuenta ("*awareness*", en inglés): es el paciente quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Sólo se necesita ser consciente para cambiar (si se quiere) una conducta.
- Aceptar lo que uno es: no buscar ídolos, no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos.
- Enfatizar en el cómo o en el para qué más que en el porqué: ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?

C. Aplicabilidad de técnicas de la gestalt

En la Terapia Gestáltica se trabaja con tres clases de técnicas básicamente

- Técnicas Supresivas

Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta.

Entre las Principales Supresivas están:

- a. Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.

- b. Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
 - c. Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.
 - d. Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se dé cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.
- Técnicas Expresivas

Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía.

✓ Expresar lo no expresado

- a) Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que aflores temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
- b) Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
- c) Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

✓ Terminar o completar la expresión

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

✓ Buscar la dirección y hacer la expresión directa

- a. Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado.
- b. Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.
- c. Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace.

• Técnicas Integrativas

Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- a) El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intra-psíquicos.
- b) Asimilación de proyecciones: Se busca que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya.

III. Logoterapia

La logoterapia es una 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 logoterapia es la "tercera escuela vienesa de psicología" desarrollada por el neurólogo, y psiquiatra, Viktor Frankl. Es un tipo de psicoterapia que se apoya en el análisis existencial y se centra en una "voluntad de sentido" en oposición a la doctrina de Adler de "voluntad de poder" o la "voluntad de placer" de Freud.

A. Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático.

En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma.

En la derreflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión.

En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" como se le llama al cliente o paciente aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él.

En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio.

El diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

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. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

B. Aplicabilidad de la logoterapia en:

- Grupos de: padres que han perdido hijos, que tienen hijos con enfermedades terminales o hijos con enfermedades crónicas.
- Enfermos terminales, tanatología.
- Enfermos y familiares de VIH y SIDA.
- Infractores menores.
- Cárceles y prisiones.
- Enfermos de Esclerosis múltiple, cáncer.
- Hospitales.
- Comunidades religiosas.
- Comunidades de personas en extrema pobreza.

- Adolescentes con conflictos existenciales.
- Atención a personas que padecen adicciones y co-dependencias, entre otras.
- Adicciones.

IV. 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 1950 en Estados Unidos, quien lo divulgó con su libro *Juegos en que participamos*.

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.

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.

Es una teoría de la personalidad neofreudiana que retoma por los conceptos de ello, yo y superyó y se concentraba en las interacciones de unas personas con otras y el cambio de estas interacciones para la resolución de problemas emocionales.

Berne creía en el compromiso de "curar" a sus pacientes en lugar de solamente entenderlos. Para este fin, el introdujo uno de los aspectos más importantes del Análisis Transaccional: el contrato, un acuerdo entre el terapeuta y el cliente para buscar el cambio específico que el cliente deseara.

El objetivo es avanzar hacia la autonomía, la espontaneidad, la intimidad, la resolución de problemas en lugar de evasión o pasividad, la curación como un ideal, no limitarse a hacer el progreso, el aprendizaje de nuevas opciones.

Berne afirma que todos los seres humanos manifiestan tres estados del yo, definidos como sistemas coherentes de pensamientos y sentimientos manifestados por los correspondientes patrones de conducta. Asegura que estos tres estados se refieren a fenómenos basados en realidades verdaderas.

A. Los tres estados del yo

El estado “Padre del yo”. Derivado de los padres y madres que han tenido y de las personas mayores que han intervenido de manera directa en la educación de cada persona. Se siente, se piensa, se actúa y se habla de una manera muy semejante a como lo hacían nuestros padres y madres cuando se era niño, ya que ellos fueron modelos básicos en la formación de la personalidad.

Sus valores e ideas acerca de la vida, sus pautas de comportamiento, sus normas, reglas y leyes de convivencia, se van a ir grabando en el hijo o hija, e influyen de forma poderosa en la configuración futura de su personalidad. Y todo eso sucede sin que la persona sea consciente de ello, por lo que se terminan reproduciendo pautas aprendidas en la infancia sin darse casi cuenta.

El estado “Niño del yo”. En él aparecen los impulsos naturales, las primeras experiencias que se graban en la infancia y cómo se responde ante ellas. Es la parte de la persona que siente, piensa, actúa, habla y responde igual que cuando se era niño. Tiene un tipo de pensamiento mágico e irracional, las relaciones las concibe como algo eminentemente emocional.

El estado “Adulto del yo”. En él percibimos la realidad presente de forma objetiva, de forma organizada, calculamos las circunstancias y consecuencias de nuestros actos con la base de la experiencia y los conocimientos.

Es la dimensión interior del individuo, que se caracteriza por el análisis racional de las situaciones, la formulación sensata de juicios y la puesta en marcha del propio sentido de la responsabilidad.

Este estado hace posible la supervivencia y, cuando está suficientemente desarrollado, debe analizar si en nuestra conducta hay exceso de influencias inconscientes e irracionales de nuestro padre o de nuestro niño.

B. Áreas se aplica el análisis transaccional

El Análisis Transaccional se usa en el área de psicología clínica, en la educación, empresas u organizaciones. También se puede usar en el campo de la orientación, en el político, religioso y otros. Es fácil integrar otros modelos y técnicas en la terapia de Análisis Transaccional, tales como gestalt, multimodal y neurolingüismo.

Cuando entramos a una organización o a un grupo de trabajo, nuestra interacción va a provenir de nuestra posición o tipo de adaptación que decidimos en nuestra infancia, predominantemente, en el nivel emocional. Ya adultos, tenemos mecanismos adicionales para generar otras conductas, pero la posición que decidimos en la niñez se quedó grabada como el programa que correrá nuestra computadora. Es por esto que repetimos conductas que a veces no nos gustan e, intelectualmente, decimos que vamos a cambiarlas, pero luego de un tiempo volvemos a repetirlas.

Para que el cambio sea efectivo puede trabajarse con redecisión: hacer un plan de modificación de conducta en términos medibles y observables e implantarlo. Si esto no se da, podemos estar relacionándonos con otros y entrar en la dinámica de grupos desde una posición de inferioridad, de superioridad, o de autodescalificación y descalificación de la otra persona. La posición sana para una dinámica de grupo adecuada es la de " Yo valgo y Tú (el otro) vales". Es desde una posición de autorespeto y valía, así como de respeto a la otra persona y a su valía, que puede generarse una dinámica de grupos adecuada.

Conclusiones

1. La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por los diversos cambios que se producen, a los adolescentes no solo les afectan los cambios físicos pues también hay cambios importantes a nivel de desarrollo emocional y mental en los cuales se ven perjudicados.
2. Dentro de los problemas más frecuentes en la adolescencia, se pueden mencionar: problemas de autoestima, depresión, anorexia o bulimia, timidez, ansiedad, problemas de conducta, entre otros, los cuales generan diferentes problemáticas en esta etapa de la vida, por lo que es necesarios buscar ayuda de un profesional.
3. Es importante tener en cuenta que cada adolescente se desarrolla a un ritmo diferente, por lo que no todos los adolescentes reaccionan de la misma manera ante los distintos acontecimientos de la vida.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

A continuación se presentan los diferentes programas, cronogramas y planificaciones que fueron utilizados en la Práctica Profesional Dirigida de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, esto como parte de la metodología, reconociendo que es esencial tener en cuenta que antes de iniciar a trabajar hay que planificar.

3.1 Programa de curso

I. Propósito del curso

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

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

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

II. Competencias

- Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.

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

III. Indicadores de logro

1. Realiza procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Elabora y aplica programas de salud mental.
3. Detecta y atiende casos con técnicas apropiadas
4. Atiende a comunidades en riesgo
5. Da capacitaciones y servicios a grupos de personas con conflictos.

IV. Contenido temático del curso

- 1) Planificación de programas de aplicación de la Psicología
- 2) Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
- 3) Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico
- 4) Detección y atención de casos
- 5) Capacitación en salud mental
- 6) Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
- 7) Atención a comunidades de riesgo
- 8) Detección de situaciones de resiliencia
- 9) Creación de programas y proyectos

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

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

- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

VI. Formas, técnicas y procedimientos de evaluación

I fase

Actividades	Punteo
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

Actividades	Punteo
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

Actividades	Punteo
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del Informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del Informe	5 puntos
Presentación completa del Informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

3.2 Cronograma de actividades

I FASE Del 21 de enero al 28 de abril

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
Información general	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica	Entrega de resumen del libro “La Entrevista Psiquiátrica” Valor 5 puntos
Entrega de programa y cronograma	Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo	Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos
Instrucciones sobre elaboración de informe final	Diagnóstico de Conocimientos	
Asignación de Centros de Práctica	Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos.	
Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad (día sábado 6/02)	Del 1 al 12 de marzo	

Continuación I FASE

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
La entrevista	<p>Panel foro</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p>	<p>Guía de lectura</p> <p>Valor 5 puntos</p>
<p>Documentos de registro:</p> <p>Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p>	<p>Laboratorio</p> <p>Inicio de práctica lunes 1 de Marzo</p> <p>En centro de práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación marco de Referencia • Observación de actividades • Integración en actividades del centro de práctica. • Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica 	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>
<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p>	<p>Elaboración de Referente metodológico</p> <p>En centro de práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc. • Registro de casos/ formularios, etc. • Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc. • Discusión de casos 	<p>Entrega y revisión del Marco de referencia.</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).</p>

Continuación I FASE

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia	Entrega y revisión Valor 5 puntos
<p>Análisis y discusión de formas De Psicoterapia:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas -Psicoterapias Humanistas --Psicoterapias Conductistas</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones Prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Informes Mensuales</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)</p>

II FASE Del 6 de mayo al 26 de agosto

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
Supervisión de actividades primer Grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica Valor 10 puntos
<p>Supervisión de actividades segundo grupo</p> <p>Atención de casos individuales y familiares</p>	<p>Elaboración de Historias Clínicas</p> <p>Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato)</p> <p>Discusión de casos/ llevar caso principal.</p>	<p>Presentación de 5 historias clínicas completas</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Participación</p>

Continuación II FASE

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico	Entrega de tema Valor 5 puntos

Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de Psicopatología Valor 5 puntos
Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos Presentación de constancias firmadas y selladas
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III FASE Del 2 de septiembre al 18 de noviembre

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
-----------	-------------	-----------------------------------

Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Valor 5 puntos Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)
Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos
Primera revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe Valor 5 puntos
Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del Informe Valor 5 puntos
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos
Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación de actividades de práctica

Lugar: Municipalidad de San Martín Jilotepeque

Alumno practicante: Elmer Ottoniel Hernández Lara

Año: 2,012

Febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Adquirir la aceptación en el lugar de práctica por medio de la carta de solicitud.</p> <p>Elaborar correctamente la planificación que servirá para la realización de la práctica.</p>	<p>Elaboración de planificación de actividades generales de la práctica de campo.</p> <p>Visitar el centro de práctica.</p> <p>Hacer acuerdos con autoridades del centro de práctica.</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de la práctica.</p>	<p>Redacción de carta de solicitud.</p> <p>Visita al centro de práctica.</p> <p>Redacción de planificación.</p>	<p>Humanos</p> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Almohadilla • Marcadores • Hojas • Impresiones • Computadora 	<p>El alumno practicante:</p> <p>Obtiene aceptación en el lugar de práctica por medio de la carta de solicitud de práctica.</p> <p>Consigue la elaboración de la planificación de la practica eficazmente.</p>

Marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Lograr la autorización de la planificación presentada.</p> <p>Identificar la problemática principal del centro de práctica.</p> <p>Conocer el centro de práctica y su funcionamiento.</p>	<p>Presentación de planificación al centro de práctica, previamente autorizado.</p> <p>Diagnóstico institucional.</p> <p>Observación de actividades.</p> <p>Integración en actividades del centro de práctica.</p>	<p>Diagnóstico</p> <p>Observación</p> <p>Entrevistas</p>	<p>Humanos</p> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Libreta de apuntes • Lapicero • Guía de diagnóstico institucional • Planificación 	<p>Establece en conjunto una forma de trabajo que permita la reflexión, el análisis y la síntesis de la práctica.</p> <p>Conoce el movimiento que se realiza en el departamento de psicología para integrarse adecuadamente a él.</p>

Abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Reflexionar y analizar sobre como apoyar los casos a tratar.</p> <p>Desarrollar un ambiente propicio de trabajo a través de diversas actividades.</p>	<p>Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica.</p> <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos, dinámicas, juegos, entrevistas, etc.</p> <p>Registro de casos, formularios, etc.</p>	<p>Rapport</p> <p>Entrevistas</p> <p>Actividades vivenciales</p> <p>Dinámicas</p>	<p>Humanos</p> <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Marcadores • Hojas • Globos • Lápiz • Lapiceros • Hojas • Cuestionarios 	<p>Conoce la organización del centro de práctica.</p> <p>Conoce las principales necesidades del centro de práctica para apoyar en casos clínicos.</p> <p>Desarrolla un ambiente propicio de trabajo a través de diversas actividades.</p>

Mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Obtener información del desempeño del practicante.</p> <p>Adquirir conocimientos para solucionar casos.</p> <p>Elaborar correctamente las historias clínicas.</p>	<p>Visita de evaluación.</p> <p>Registro de casos, formularios, etc.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc.</p>	<p>Visitas</p> <p>Atención de casos clínicos</p> <p>Entrevistas</p> <p>Dinámicas</p>	<p>Humanos</p> <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Marcadores • Hojas • Globos • Lápiz • Lapiceros • Hojas • Cuestionarios • Pruebas psicológicas 	<p>Se obtiene información del desempeño del practicante.</p> <p>Adquiere conocimientos para la solución de casos principales.</p>

Junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Atender casos especialmente que surjan en el centro de práctica.</p> <p>Incrementar los conocimientos sobre la entrevista para la elaboración adecuada de la historia clínica.</p>	<p>Atención de casos que surjan dentro de la práctica.</p> <p>Discusión de casos.</p> <p>Elaboración de historias clínicas.</p>	<p>Entrevistas</p> <p>Observación</p> <p>Atención de casos.</p> <p>Redacción de historias clínicas.</p>	<p>Humanos</p> <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Marcadores • Almohadilla • Lapiceros • Hojas • Cuestionarios • Formularios de historia clínica. 	<p>Atiende casos clínicos que surjan en el centro de práctica.</p> <p>Define como tratar las diferentes patologías en el centro de práctica.</p>

Julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Atender casos especiales que surjan dentro del centro de práctica.</p> <p>Integrar todos los datos internos que han sido descubiertos para presentarlos en forma estadística.</p>	<p>Atención de casos.</p> <p>Elaboración de estadística con información de casos atendidos.</p>	<p>Entrevistas</p> <p>Observación</p> <p>Atención de casos</p> <p>Redacción de informes</p>	<p>Humanos</p> <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lapicero • Hojas • Cuestionarios • Formación de historias clínicas 	<p>Atiende casos clínicos que surgen en el centro de práctica.</p> <p>Define como tratar las diferentes patologías en el centro de práctica.</p>

Agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Ofrecer capacitaciones a diversos grupos sobre temas de interés e importancia para cada grupo.</p> <p>Agradecer al centro de práctica el tiempo y espacio que se le brindó al alumno practicante.</p> <p>Realizar diversas capacitaciones a diferentes grupos.</p>	<p>Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores.</p> <p>Elaboración de Proyecto de Salud Mental.</p> <p>Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad.</p> <p>Clausura en centro de práctica.</p>	<p>Capacitaciones</p> <p>Charlas</p> <p>Actividades vivenciales</p> <p>Dinámicas</p>	<p>Humanos</p> <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Marcadores • Almohadilla • Cañonera • Laptop • Hojas • Lapiceros • Otros 	<p>Brinda capacitaciones a diversos grupos.</p> <p>Concluye con la práctica favorablemente.</p>

Lida Sonia Pappa

Asesora

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la Práctica Profesional Dirigida, así como las limitaciones y logros alcanzados en los diferentes programas de dicha práctica, y las gráficas que muestran resultados del programa de atención de casos.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- Se mejoró la autonomía y autoestima de los adolescentes que estaban padeciendo de problemas de baja autoestima.
- Se brindó ayuda a los adolescentes para afrontar y manejar las situaciones difíciles que se les presentan en su diario vivir.
- Se integró a los jóvenes a una vida social activa.
- Se le brindó herramientas a los adolescentes para manejar su ansiedad.
- Desaparición de los síntomas del trastorno que presentaban los pacientes.
- Se ayudó a la adaptación del paciente a su nuevo ambiente.

4.1.2 Limitaciones

- Falta de comunicación entre el psicólogo y padres de familia de los pacientes
- Falta de interés por el mejoramiento de sus hijos por parte de los padres
- El tiempo fue muy reducido para la conclusión de casos.

4.1.3 Conclusiones

- Es importante que a los adolescentes se les brinde atención psicológica para ayudarlos a afrontar y manejar situaciones difíciles.
- La atención psicológica es importante para mejorar el estado y sentimiento de salud mental de los adolescentes.
- Es de suma importancia dar seguridad a los adolescentes para estimular la propia identidad y autoestima.

4.1.4 Recomendaciones

- Dar seguimiento a los pacientes que están pendientes de conclusión de caso.
- Tener un programa de atención psicológica en cada centro educativo.
- Motivar a los adolescentes para mejorar su rendimiento académico.
- Prestar atención a los diferentes problemas que padecen los adolescentes.

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

Caso No. 1

I. Datos generales

Nombre: Y. J.M.Y.T

Sexo: Femenino

Edad: 16 años

Religión: Evangélica

Escolaridad: Tercero Básico

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Refiere la paciente que ha venido a la consulta porque últimamente se ha sentido sola, no tiene deseos de nada, siente que nadie la apoya y que no puede concentrarse en sus estudios.

III. Historia del problema actual

La paciente es una señorita de 16 años, que cursa tercero básico, cuenta que desde que tiene uso de razón, sus padres siempre han preferido a su hermana menor, y que la comparan con ella diciéndole que ella si es buena estudiante, que es inteligente y que hace bien las cosas.

Esto hizo que ella bajara más su rendimiento escolar, que no pudiera tener una relación estable con ningún joven, pues no confía en las personas.

Últimamente se siente sola, no le dan deseos de hacer nada y piensa que sus padres no la quieren porque no confían en ella.

IV. Factores precipitantes

Según relata la paciente todo esto surgió desde que ella perdió un grado escolar y su hermana la alcanzó en el siguiente grado, por lo que les toco estudiar en el mismo salón.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación ha afectado a la paciente en el ámbito escolar, pues ha dejado varios cursos, no ha logrado establecer una relación de noviazgo con un jovencito y no hay buena comunicación con su mamá.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente dice sentirse desanimada, triste, sola, que siente que nadie la comprende ni la entiende, que antes de estudiar con su hermana todo era diferente, pues aunque ella considera que la mamá siempre ha preferido a su hermana, la relación no era tan mal, como ahora, pues estando ambas en el mismo salón de clases, sea ha vuelto insoportable, pues la mamá siempre las compara, y considera mas inteligente a su hermana.

J.M. manifiesta que en una oportunidad pensó quitarse la vida, ya que la situación que vivía en ese momento era irresistible.

Manifiesta que desde hace algún tiempo padece de los nervios, en dos ocasiones a sufrido de crisis nerviosas, las cuales han sido controladas con medicamentos naturales.

VII. Historia médica

Nació con bajo peso, de recién nacida padeció de anemia, los dientes le terminaron de salir a los 10 años, por falta de calcio. Tuvo las enfermedades propias de la niñez. Actualmente no padece de ninguna enfermedad.

VIII. Historia familiar

La paciente viene de una familia formada por papá, mamá y 4 hermanos, ella es la tercera, tiene buena relación con el papá y un hermano, con la mamá y las dos hermanas ha sido muy distante la relación.

IX. Examen mental

La paciente llega a la clínica con un vestuario acorde a su profesión, es poco descuidada en su apariencia personal, muestra una conducta favorable, aunque pasiva, lenguaje fluido, muestra sentimientos de tristeza y llora mientras platica, se expresa con lógica.

Se nota que es muy inteligente, da confianza, sabe que es lo que esta pasando a su alrededor, y tiene conciencia de la situación que esta viviendo.

X. Criterios diagnósticos

Tristeza, soledad, descuido de la apariencia personal, bajo rendimiento escolar, aumento de peso, desconcentración.

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I = Trastorno del estado de ánimo
Trastorno depresivo mayor

Eje II = Sin diagnóstico

Eje III = Sin diagnóstico

Eje IV = Problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas relativos a la enseñanza.

Eje V = EEAG 80-70

XII. Pronóstico

Favorable con ayuda psicológica.

XIII. Plan terapéutico

Objetivos

- Desaparición de los síntomas.
- Reversión de las causantes psicológicas y relacionales de la depresión.

El trabajo terapéutico implica ir logrando que la persona vaya paulatinamente haciéndose cargo de su vida y pueda resolver cada vez mejor sus problemáticas por sí mismo. De lo contrario el terapeuta queda colocado en el lugar de bastón, de por vida.

Terapia Cognitiva

Esta terapia sirve para no caer en una depresión más profunda, aquí se le ayudará a aceptar sus errores y a verlos como algo normal y humano, y no como algo terrible y que no tiene remedio, dependiendo de la gravedad, puede durar de 12 a 20 sesiones.

Técnicas

- Reestructuración cognitiva

Esta técnica consiste en que el paciente aprenda a cambiar algunos pensamientos negativos que producen inconvenientes emocionales. Se detectan y se cambian los pensamientos automáticos, ideas involuntarias que aparecen en diversas situaciones. Se debe aprender a detectar los pensamientos automáticos para cambiar así las ideas negativas. Se buscan alternativas racionales y permite la afrontación adecuada antes diferentes situaciones.

- Técnica de la extinción

Su objetivo principal es lograr que una conducta no deseada disminuya o desaparezca.

- Técnica de reforzamiento social

Consiste en la utilización de expresiones interpersonales como un elogio, un abrazo, una sonrisa, expresiones verbales positivas, expresiones gestuales positivos, inmediatamente después de una conducta.

- Desensibilización sistemática

La característica principal es la aproximación sucesiva del sujeto a situaciones que le producen depresión y que lo lleva a consulta.

Caso No. 2

I. Datos generales

Nombre: M.A.C.A

Sexo: Femenino

Edad: 14 años

Religión: Católica

Escolaridad: Segundo Básico

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Refiere la paciente que ha venido a la consulta porque la ha mandado la maestra, pero que ella se siente bien. (La maestra informa que la ha enviado, porque últimamente se ha desmayado dos veces en el salón de clases, y que la ve muy pálida y delgada, ella le ha preguntado que le pasa, pero no le cuenta nada.)

III. Historia del problema actual

La paciente es una adolescente de 14 años, que cursa segundo básico, su papá murió cuando ella tenía 1 año y su mamá se fue a Estados Unidos hace 3 años, quedando ella con su abuela y su hermano.

IV. Factores precipitantes

Viaje de su mamá a Estados Unidos, quedando ella sola, por lo que tiene que salir con sus amigas.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Cuando se siente sola le dan deseos de fumar y tomar alcohol, por lo que sale con sus amigos y hermano a beber. En ocasiones sale de su casa sin permiso, por lo que su abuela se enoja con ella y esto provoca discusiones.

Con el hermano no han tenido una buena relación, desde que la mamá viajó, ya que él considera que tiene el mando sobre ella.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente dice, que siente que nadie la comprende ni la entiende, su abuelita ya esta grande y no le hace caso, y a su hermano no le interesa lo que a ella le pasa.

Su hermano le pega cuando no hace las cosas que él quiere, últimamente se ha vuelto difícil convivir con él, por lo que prefiere pasar mas tiempo fuera de casa.

Cuando sale con sus amigos, le gusta salir hacer compras o ver películas.

VII. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez, y siempre ha sido gordita (según sus palabras, aunque no lo es).

Últimamente se ha desmayado dos veces en el salón de clases, a lo que ella responde que es porque no desayuna ya que no le da hambre.

VIII. Historia familiar

La paciente viene de una familia desintegrada, el papa murió hace 14 años y la mama viajó hace 3 años, dejándola a ella con la abuelita de 55 años y su hermano mayor de 16 años.

IX. Examen mental

La paciente llega a la entrevista con un vestuario acorde a su edad, (llega con suéter aunque el clima esté cálido), muestra actitud positiva, buen humor, sonriente, manifestando alegría, usa mucha lógica al hablar, se expresa correctamente, a simple vista se nota que es una adolescente muy inteligente.

Se da cuenta de donde se encuentra y de que algo esta pasando que no le gusta, aunque se muestra algo insegura en sus respuestas, y se nota que esconde algo.

X. Criterios diagnósticos

Miedo a engordar, peso normal bajo, dieta inadecuada, irritabilidad.

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I = Trastorno de la conducta alimentaria

Anorexia nerviosa

Eje II = Sin diagnóstico

Eje III = Sin diagnóstico

Eje IV = Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V = EEAG 90-80

XII. Pronóstico

Favorable con ayuda psicológica.

XIII. Plan terapéutico

Objetivos

- Mantener el peso apropiado y reducir la vulnerabilidad del paciente.
- Aportar al paciente una amplia información dietética que le permita, poco a poco, controlar saludablemente su propia dieta alimentaria.

Terapia cognitivo-conductual

Esta terapia se enfoca principalmente en la modificación de los aspectos conductuales, esencialmente la restricción alimenticia y las denominadas conductas compensatorias (purgas, uso de laxantes, ejercicio físico excesivo) y en la modificación de los aspectos cognitivos del problema (pensamientos disfuncionales respecto a la comida, la dieta, el peso y la imagen corporal). Igualmente se incide en la resolución de problemas. La etapa se desarrolla normalmente a lo largo de unas 24 sesiones, con una frecuencia semanal.

Técnicas

- Reestructuración cognitiva

Se le enseña a examinar y cuestionar dichos pensamientos. Se sigue el procedimiento estándar para identificar las distorsiones cognitivas y examinar el valor adaptativo y funcional de las creencias disfuncionales, comprendiendo las relaciones entre creencias, emociones y conductas. Una vez identificados, se procede a su reestructuración mediante un proceso que consta de cuatro etapas: reducir o traducir los pensamientos a su esencia; buscar argumentos y evidencias lógicas que apoyen los pensamientos; buscar argumentos y evidencias que puedan refutarlos; buscar conclusiones y explicaciones alternativas para modificar las actitudes irracionales responsables de las conductas y emociones inadecuadas.

Cada actitud inadecuada se suele redactar en forma de frase que se anota en tarjetas que el paciente suele utilizar cada vez que surja el pensamiento o la actitud disfuncional que desea controlar. Una vez que el paciente haya aprendido a reestructurar sus pensamientos irracionales en consulta, se le anima a practicar por su cuenta, anotando los ejercicios en el dorso de su auto- registro diario de comidas para ser analizado durante las sesiones.

Terapia familiar

La anorexia nerviosa es muy difícil de tratar individualmente, por lo que es necesario una terapia familiar para enseñarle a la familia a como sobrellevar este problema y que pueda ayudar al paciente.

Caso No. 3

I. Datos generales

Nombre: W.D.V.C

Sexo: Masculino

Edad: 17 años

Religión: católica

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Bachiller en dibujo técnico

Estado civil: Soltero

II. Motivo de consulta

Relata el paciente que ha llegado a consulta porque últimamente no puede dormir y tiene muchas pesadillas.

III. Historia del problema actual

W.D. es un joven de 17 años, es bachiller en dibujo técnico y trabaja en una imprenta desde hace 4 meses.

Hace unos días, fue asaltado, pero no recuerda que es lo que paso, solamente recuerda que estaba solo bebiendo por una decepción que había tenido, y luego ya no recuerda que fue lo que pasó.

La mamá de relata que él salió de la casa sin decir a donde iba, y que al siguiente día llamaron diciendo que se encontraba internado en un hospital, en donde le manifestaron los médicos que lo habían encontrado herido, tirado en la carretera, por lo que fue internado en el hospital.

Cuenta que desde hace algunos días no ha podido dormir y constantemente tiene pesadillas que lo inquietan, sueña que unas personas lo siguen y quieren hacerle daño.

Actualmente no puede salir solo a la calle porque le da miedo de que le pase algo.

IV. Factores precipitantes

Un asalto del cual no recuerda nada, pero fue herido severamente.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

No tiene deseos de nada, se siente con miedo, a tenido problema con la novia, y discusiones con los padres, dejo de trabajar.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

El paciente relata que regularmente no consume bebidas alcohólicas, pero ese día si lo hizo, porque tenía problemas con su novia.

Dormía regularmente hasta que paso el asalto, y nunca había padecido de pesadillas como las que le agreden ahora.

VII. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez.

VIII. Historia familiar

El paciente viene de una familia integrada por papá, mamá y tres hermanos de 20, 14 y 11 años, siendo él el segundo hijo, la relación siempre ha sido buena con sus padres y sus hermanos y se comunican unos con otros.

IX. Examen mental

El paciente llega a clínica acompañado de la mamá, mostrando nerviosismo, se agita al momento de hablar, y muestra un sentimiento de tristeza.

Se ve preocupado, se siente confundido por no saber que es lo que paso, aunque muestra que es muy inteligente y confiable.

X. Criterios diagnósticos

Miedo, pesadillas, ansiedad, irritabilidad, dificultad para mantener el sueño.

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I = Trastorno de ansiedad

Trastorno por estrés postraumático

Eje II = Sin diagnóstico

Eje III = Sin diagnóstico

Eje IV = Sin diagnóstico

Eje V = EEAG 70-60

XII. Pronóstico

Favorable con ayuda psicológica.

XIII. Plan terapéutico

Objetivos

- Desaparición de los síntomas
- Integración a la vida social activa

Terapia cognitiva

El tratamiento con mayor eficacia en el tratamiento específico del estrés postraumático es basado en procedimientos cognitivos, modificando los pensamientos.

Técnicas

- Reestructuración cognitiva

Interpretaciones sobre los acontecimientos para lograr el control de pensamientos automáticos, manejo de la culpabilidad, y sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho negativo.

- Técnica de exposición en la imaginación

Esta técnica consiste en exponer al paciente por medio de la imaginación ante estímulos o situaciones que le generan ansiedad. Se le pide al paciente que imagine la situación que le genera ansiedad y de forma gradual, desde lo que menos hasta lo que más le genera ansiedad.

Caso No. 4

I. Datos generales

Nombre: E.A.S.J.

Sexo: Masculino

Edad: 14 años

Religión: Evangélico

Escolaridad: Primero Básico

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

II. Motivo de consulta

El paciente relata que ha venido a consulta porque últimamente se siente triste, sin deseos de nada y que no se siente feliz.

III. Historia del problema actual

El paciente es un joven de 14 años, que cursa primero básico, cuenta que desde hace 3 meses se siente solo, triste, sin ánimo de nada, prefiere pasar el tiempo durmiendo y que no le encuentra sentido a salir de la casa.

Esto hizo que el bajara su rendimiento escolar y que no pudiera tener una relación de amistad con sus compañeros, pues no confía en las personas.

Quisiera regresarse a donde vivía antes, porque ahí si tenía amigos y todo era diferente, y pues su mamá aunque viene a visitarlo regularmente, le hace mucha falta.

IV. Factores precipitantes

Según relata el paciente todo esto surgió desde que se cambio de residencia, pues donde vive actualmente no es el mismo ambiente.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación ha afectado al paciente en el ámbito escolar, pues ha dejado varios cursos, y el año pasado era un buen estudiante.

La relación con su mamá a disminuido, ya que ahora solo la ve los fines de semana y al papá no lo puede ver porque esta en un penitenciario.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

El paciente manifiesta que antes de que se cambiara de residencia, todo era diferente, porque vivía con sus padres y aunque ambos trabajaban, siempre los miraba.

Siempre han vivido juntos, y han tenido una buena relación con sus padres y hermano.

VII. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez.

VIII. Historia familiar

El paciente actualmente vivo con su abuela materna, la mamá trabaja en la capital y la mira cada 15 días, y su papa esta encarcelado desde hace 5 meses. Tiene un hermano mayor de 16 años que esta estudiando en un internado.

IX. Examen mental

El paciente llega a la clínica vestido de acorde a su profesión, mostrando una actitud negativa, aunque se marca en el rostro una tristeza y preocupación, se expresa muy poco, llora al hablar de determinados temas. Se nota que es muy inteligente y que sabe que esta viviendo una situación difícil pero que no puede solucionar.

X. Criterios diagnósticos

Tristeza, soledad, bajo rendimiento escolar, preocupación, falta de acoplamiento al ambiente.

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I = Trastorno adaptativo

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo

Eje II = Sin diagnóstico

Eje III = Sin diagnóstico

Eje IV = Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas relativos al ambiente social

Eje V = EEAG 80-70

XII. Pronóstico

Favorable con ayuda psicológica.

XIII. Plan terapéutico

Objetivos

- Educar al paciente a manejar su ansiedad

- Desaparición de los síntomas

Terapia cognoscitiva

La terapia cognitiva es de gran ayuda para controlar la ansiedad, haciendo uso de algunas técnicas que ayudan al paciente.

Técnicas

- Reestructuración cognoscitiva

Identificar cuales son los pensamientos problemáticos y alentar al paciente a considerar esas interpretaciones alternativas no catastróficas.

- Técnicas de respiración controlada

Ayuda a mantener al paciente tranquilo y relajado, previniendo una crisis de angustia y reduciendo síntomas.

- Técnicas distractoras

La distracción le proporciona al paciente ansioso un medio para controlar su ansiedad al apartarse a sí mismo de los pensamientos de daño inminente.

Caso No. 5

I. Datos generales

Nombre: K.Y.C.J

Sexo: Femenino

Edad: 13 años

Religión: Católica

Escolaridad: Segundo Básico

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Refiere la paciente que ha venido a la consulta porque últimamente no puede concentrarse y tiene miedo de perder el grado escolar.

III. Historia del problema actual

La paciente es una adolescente de 13 años, que cursa primero básico, relata que en toda su educación primaria fue una alumna muy buena, pero que ahora estando en el nivel medio, le es difícil, porque son varios cursos.

Actualmente lleva varios cursos perdidos y tiene miedo a perder el grado, ya que si eso pasa, va a tener problemas en su casa.

Manifiesta que por más que intente concentrarse en las clases no lo logra, y eso le preocupa porque no entiende nada de las explicaciones de los catedráticos. Y en la noche le cuesta dormir por estar pensando que va a pasar con ella.

IV. Factores precipitantes

Según relata la paciente en el primer bimestre dejó 9 cursos de los 15 que llevan, y sus padres le dijeron que si perdía el grado, ya no le darían estudio.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación ha afectado a la paciente ya que tiene miedo a perder y que ya no pueda seguir estudiando.

La mamá y el papá no confían en ella, y se mantienen muy enojados.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente dice sentirse preocupada, pero no sabe que hacer, porque aunque estudie no se le queda nada, no sabe que fue lo que paso porque ella era buena estudiante, pero ahora que entro a primero básico, todo lo ve mas difícil.

El primer bimestre dejo varios cursos y en su casa le pegaron y le dijeron que si no ganaba ya no estudiaba, eso la tiene preocupada porque ella quiere ser una profesional como sus hermanos.

La mamá cuenta en la entrevista que K.Y. era muy inteligente en la primaria y que no tuvo problemas, pero que este año todo por el celular ella ha bajado el rendimiento académico, por lo que el papá le quito el teléfono, pero ella consiguió otro.

K.J. relata que actualmente tiene novio, pero que casi no lo ve, porque no le dan permiso.

VII. Historia médica

Tuvo las enfermedades propias de la niñez. Últimamente tuvo una crisis nerviosa el día que entregaron la ficha de calificaciones.

VIII. Historia familiar

La paciente viene de una familia formada por papá, mamá y 3 hermanos, ella es la tercera, los dos hermanos mayores son profesionales y la otra hermana esta en primaria.

La relación con la familia es estable; sin embargo, ella siente que sus padres están enojados con ella porque no va bien en sus clases.

IX. Examen mental

La paciente llega a la clínica con un vestuario acorde a su profesión, mostrando preocupación y miedo, llora al expresarse y se mantiene nerviosa durante la entrevista.

Se mantiene muy inquieta y siempre lleva algo en las manos para estar manipulando. Se nota que es muy inteligente.

X. Criterios diagnósticos

Miedo a perder el grado, desconcentración, nerviosismo, alteración del sueño, inquietud.

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I = Trastorno de ansiedad

Trastorno por ansiedad generalizada

Eje II = Sin diagnóstico

Eje III = Sin diagnóstico

Eje IV = Problemas relativos a la enseñanza.

Eje V = EEAG 80-70

XII. Pronóstico

Favorable con ayuda psicológica.

XIII. Plan terapéutico

Objetivos

- Desaparición de los síntomas.
- Adaptación del paciente a su nuevo ambiente.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual ayuda para controlar la ansiedad, manejando los pensamientos que causan el problema apoyando así al paciente a salir adelante.

Técnicas

- Reestructuración cognoscitiva

Identificar cuales son los pensamientos problemáticos y alentar al paciente a considerar esas interpretaciones alternativas no catastróficas.

- Resolución de problemas

Ayuda al paciente a resolver los problemas y poder salir adelante por sí solo.

- Asignación de tareas y programación de actividades

Intenta programar el tiempo del paciente, para que este pueda realizar diversas actividades que sean de beneficio para superar el problema.

4.2 Programa de capacitación

4.2.1 Logros

- Se dió información a los adolescentes acerca de la problemática social
- Prevención de los diferentes problemas sociales.
- Reconocimiento del nivel de autoestima.
- Hubo mejora en la autoestima en los adolescentes.
- Se ayudó a que el adolescente reconocieran los diferentes cambios que surgen en esa etapa de la vida.

4.2.2 Limitaciones

- El tiempo era muy corto para la realización de talleres.
- El grupo de adolescentes era demasiado grande.
- El espacio para la realización de los talleres era muy reducido, lo cual impedía la realización de algunas actividades.

4.2.3 Conclusiones

- Es importante informar a los jóvenes acerca de los problemas sociales que se enfrentan actualmente en nuestro país.
- Es necesario educar a los adolescentes para que puedan superar los diferentes cambios emocionales, sociales, psicológicos y físicos a los que se enfrentan en la etapa de la adolescencia.
- Los talleres de capacitación brindan a los adolescentes un espacio ideal para aclarar dudas y complementar conocimientos.

4.2.4 Recomendaciones

- Brindar un espacio para que los adolescentes puedan compartir y aclarar dudas acerca de la problemática social.
- Mejorar la calidad de vida social de los estudiantes adolescentes.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Charla autoestima en adolescentes

Dirigida a adolescentes (hombres y mujeres) de primero básico sección A, B, C, D, E, F, del INEB Anibal Alburez Roca del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Fecha: Miércoles 25 de abril de 2,012.

Objetivos	Metodología	Recursos	Actividades
<p>El o la adolescente será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer los tipos de autoestima. ● Identificar el nivel de autoestima propia ● Adquirir habilidades para mejorar su autoestima. 	<p>Dinámica “Yo soy”</p> <p>Introducción del tema por medio del cuento “El patito feo”</p> <p>Exposición de tema.</p> <p>Fijación del tema por medio de preguntas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Carteles ● Maskin tape ● Sillas ● Mesas ● Equipo de sonido ● Cañonera ● Laptop ● Dulces 	<p>Bienvenida</p> <p>Dinámica</p> <p>Introducción al tema</p> <p>Desarrollo del tema</p> <p>Preguntas</p> <p>Conclusión</p>

Contenido de charla

Autoestima

La autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que se es valioso (a), digno (a), que vale la pena y que se es capaz, y afirmarlo. Implica respetarse a si mismo y enseñar a los demás a hacerlo.

Clases de autoestima

❖ Autoestima positiva o alta

Esta clase de autoestima está fundada de acuerdo dos sentimientos de la persona para con sí misma: la capacidad y el valor. Los individuos con un autoestima positiva poseen un conjunto de técnicas internas e interpersonales que los hace enfrentarse de manera positiva a los retos que deba enfrentar. Tienden a adoptar una actitud de respeto no sólo con ellos mismos sino con el resto. Por otro lado, en un sujeto con una autoestima alta existen menos probabilidades de autocrítica, en relación con las personas que poseen otro tipo de autoestimas.

❖ Autoestima media o relativa

El individuo que presenta una autoestima media se caracteriza por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, como producto de la opinión del resto. Es decir, esta clase de personas se presentan seguros frente a los demás aunque internamente no lo son. De esta manera, su actitud oscila entre momentos de autoestima elevada (como consecuencia del apoyo externo) y períodos de baja autoestima (producto de alguna crítica).

❖ Autoestima baja

Este término alude a aquellas personas en las que prima un sentimiento de inseguridad e incapacidad con respecto a sí misma. Carecen de dos elementos fundamentales como son la competencia por un lado y el valor, el merecimiento, por el otro.

Existe una mayor predisposición al fracaso debido a que se concentran en los inconvenientes y los obstáculos que en las soluciones. Así, un individuo con baja autoestima se presentara como víctima frente a sí mismo y frente a los demás, evadiendo toda posibilidad de éxito de manera voluntaria.

Charla 2

Charla cambios en la adolescencia

Dirigida a adolescentes hombres de sexto primaria sección A, B, C de la EOUV Carlos Castillo Armas del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Fecha: Lunes 21 de mayo de 2,012.

Objetivos	Metodología	Recursos	Actividades
<p>El adolescente será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconocer los cambios físicos que surgen durante la adolescencia• Afrontar los diversos problemas que surgen en esta etapa de la vida.• Identificar los distintos cambios emocionales propios de la adolescencia	<p>Dinámica "Collage"</p> <p>Introducción del tema</p> <p>Exposición de tema.</p> <p>Dramatizaciones</p> <p>Conclusión</p>	<ul style="list-style-type: none">• Sillas• Mesas• Equipo de sonido• Cartulina• Marcadores• Rompecabezas	<p>Bienvenida</p> <p>Elaboración de collage</p> <p>Introducción al tema</p> <p>Desarrollo del tema</p> <p>Dramatizaciones</p> <p>Conclusión</p>

Contenido de charla

Cambios en la adolescencia

Durante la adolescencia surgen diversos cambios, entre ellos los más comunes son: cambios físicos, emocionales y sociales.

Cambios físicos

Dentro de los cambios físicos en los varones se pueden observar: aumento de estatura, ensanchamiento de espalda y hombros, disminución de la grasa en tu cuerpo, aparecimiento de espinillas, el olor del sudor es más fuerte, la voz es más ronca, aparecimiento de vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis, te crecimiento de los testículos, próstata y pene, primera eyaculación, entre otros.

Dentro de los cambios físicos en la mujer se distinguen: aumento de estatura, ensanchamiento de caderas, se notan más las curvas y la forma de la cintura, aparecimiento de espinillas, la voz es más fina, crecimiento de los senos, aparecimiento de vello en las axilas y en el pubis, crecimiento de los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero, viene la menstruación, entre otros.

Cambios emocionales

Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas. Sus acciones son inconsistentes. Es normal que los adolescentes cambien repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o estúpidos. De hecho, algunos expertos consideran que la adolescencia es como una segunda niñez temprana.

Además de los cambios emocionales que ellos sienten, los adolescentes exploran varias formas de expresar sus emociones.

Cambios sociales

Dentro de los cambios sociales en los que se enfrenta un adolescente, se pueden citar: el acercamiento a las drogas y el alcohol, integración a grupos antisociales, como también relaciones de noviazgo.

Charla 3

Charla bullying

Dirigida a adolescentes (hombres y mujeres) de primero, segundo y tercero básico del INEB Anibal Alburez Roca del municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Fecha: Viernes 15 de junio de 2,012.

Objetivos	Metodología	Recursos	Actividades
<p>El o la adolescente será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar medidas contra el maltrato escolar.• Erradicar el bullying.• Denunciar cuando exista algún tipo de acoso escolar.	<p>Dinámicas</p> <p>Introducción del tema</p> <p>Exposición de tema.</p> <p>Preguntas orales</p> <p>Reflexión</p>	<ul style="list-style-type: none">• Acróstico• Escritorios• Equipo de sonido• Cañonera• Laptop• Hojas• Lapiceros• fotocopias• Dulces	<p>Bienvenida</p> <p>Dinámica Rompehielo</p> <p>Introducción al tema</p> <p>Desarrollo del tema</p> <p>Preguntas</p> <p>Reflexión</p> <p>Conclusión</p>

Contenido de charla

¿Qué es el Bullying?

Bullying es una palabra inglesa que significa intimidación. En español ha sido traducido como acoso, hostigamiento, violencia escolar, maltrato o agresión. “Es un comportamiento que consiste en maltratar sistemáticamente a otras personas mediante el abuso de fuerza, autoridad o superioridad social o intelectual”.

Tipos de acoso escolar

- Físico: consiste en la agresión directa a base de patadas, empujones, golpes con objetos, escupidas, tirones de pelo, encerrar a los compañeros por la fuerza. También puede ser indirecto cuando se producen daños materiales en los objetos personales de la víctima o robos.
- Verbal: es el más habitual. Sólo deja huella en la víctima. Las palabras tienen mucho poder y minan la autoestima de la víctima mediante humillaciones, insultos, burlas, menosprecios en público, propagación de rumores falsos, mensajes telefónicos ofensivos o llamadas, lenguaje sexual indecente.
- Psicológico: se realiza mediante amenazas para provocar miedo, para lograr algún objeto o dinero, o simplemente para obligar a la víctima a hacer cosas que no quiere ni debe hacer.
- Social: consiste en la exclusión y en el aislamiento progresivo de la víctima. En la práctica, los acosadores impiden a la víctima participar, bien ignorando su presencia y no contando con él/ella en las actividades normales entre amigos o compañeros de clase. Se refiere a la discriminación social de hacia uno o varios compañeros, ya sea aplicándoles la “ley del hielo” (dejando de hablarle, ignorándole o difundiendo rumores, con el fin de aislarle del grupo).

¿Qué hacer?

Es necesario entrenar a todos los alumnos y especialmente a las víctimas del acoso en habilidades sociales, para que no permitan el bullying, aprendan a defenderse, protegerse y apoyarse de manera adecuada (asertiva), buscar apoyo (de adultos y de los compañeros), usar y ejercer positivamente la presión de grupo. Necesitan fortalecer su autoestima y sentido de auto eficacia.

¡¡¡El bullying es un problema serio, cuya resolución depende de todos!!!

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- Hubo un aprendizaje para trabajar en equipo, partiendo de la teoría de que ya se sabía hacerlo, sin embargo experimentarlo durante dos días seguidos y sobre todo, tomando en cuenta las condiciones (cansancio, calor), se reforzó el hecho de que sí nos apoyamos y somos responsables de lo que corresponde el objetivo será exitoso.
- El proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.

4.3.2 Limitaciones

- El tiempo fue muy reducido.

4.3.3 Conclusiones

- Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.
- Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.

4.3.4 Recomendaciones

- Tener cuidado con el tiempo establecido para cada actividad.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

Introducción

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

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

I. Datos generales

El proyecto se llevará a cabo en el Hotel, Restaurante de Don Carlos Beach, ubicado en la Curvina (Monterrico) de Guazacapán del municipio de Taxisco, en el departamento de Escuintla. Dicho proyecto se realizará los días sábado 6 y domingo 7 de octubre del año 2012. Su propósito principal es perpetuar los avances obtenidos hasta el momento en la salud mental de los psicólogos.

II. Descripción del proyecto

El proyecto "Fortaleciendo la salud mental del psicólogo" se realiza con el fin de que los alumnos graduandos puedan tener una salud mental adecuada al momento de egresar de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Dicho proyecto consta de una serie de actividades, incluyendo talleres, dinámicas, juegos recreativos, momentos de reflexión, entre otros; en donde los estudiantes podrán compartir con los demás integrantes del grupo y realizar diversas acciones que ayudaran a fortalecer su salud mental.

III. Justificación

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

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

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

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

IV.2 Objetivos específicos

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

V. Cronograma de actividades (ver anexos)

VI. Metodología

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

La metodología utilizada en el proyecto es la participación activa y responsable de cada uno de los miembros, con el cual se pretende mejorar la salud mental de los futuros profesionales en psicología, solo así se tendrá una generación capaz de solventar las dificultades que día con día se deben resolver.

VII. Recursos

* Humanos:

El proyecto se llevara a cabo con la autorización de las autoridades educativas, así mismo con los alumnos estudiantes de quinto grado de la carrera de psicología y consejería social.

El proyecto será asesorado por la Licda. Sonia Pappa, encargada de la práctica.

* Didácticos:

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

* Financieros:

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

* Transporte:

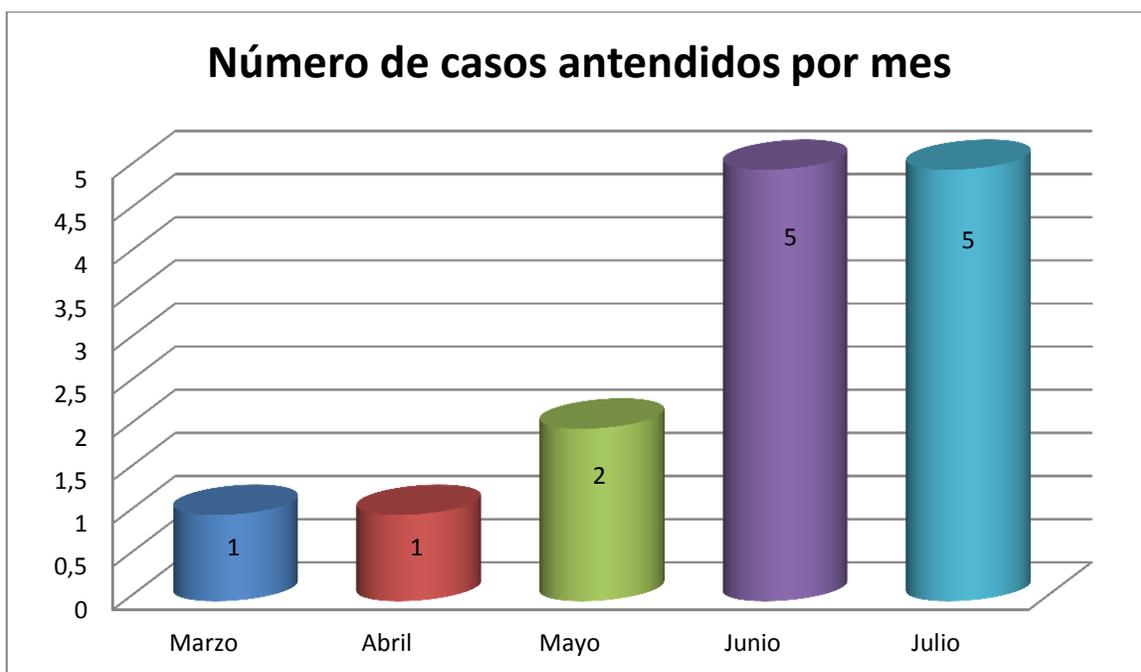
Para este proyecto se contrato un vehículo expreso.

VIII. Programa de actividades (ver anexos)

4.4.1 Presentación de resultados con gráficas

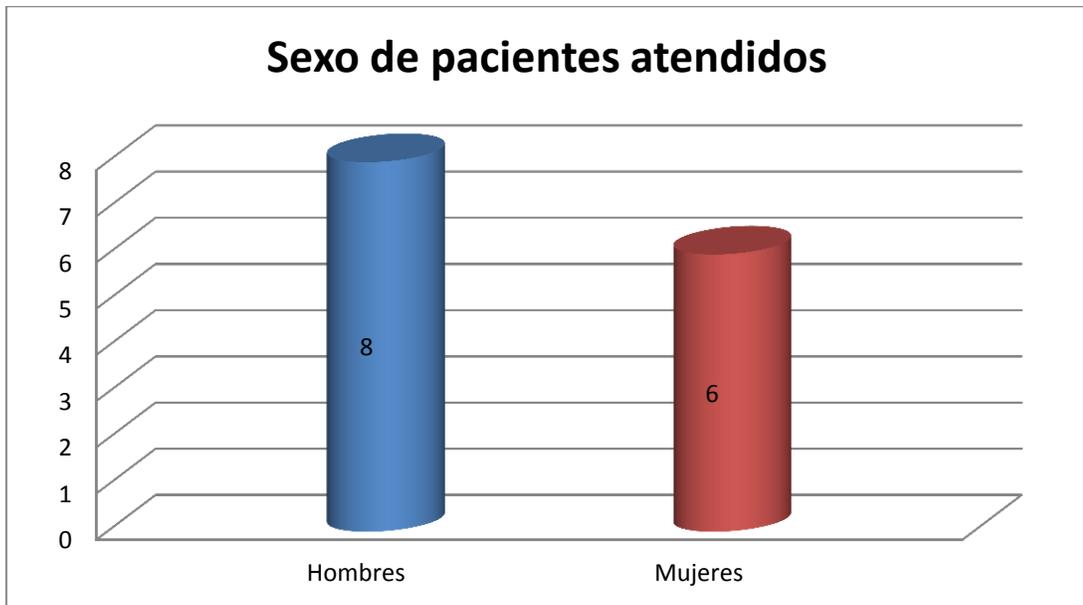
4.4.2 Programa de atención de casos

Gráfica 1



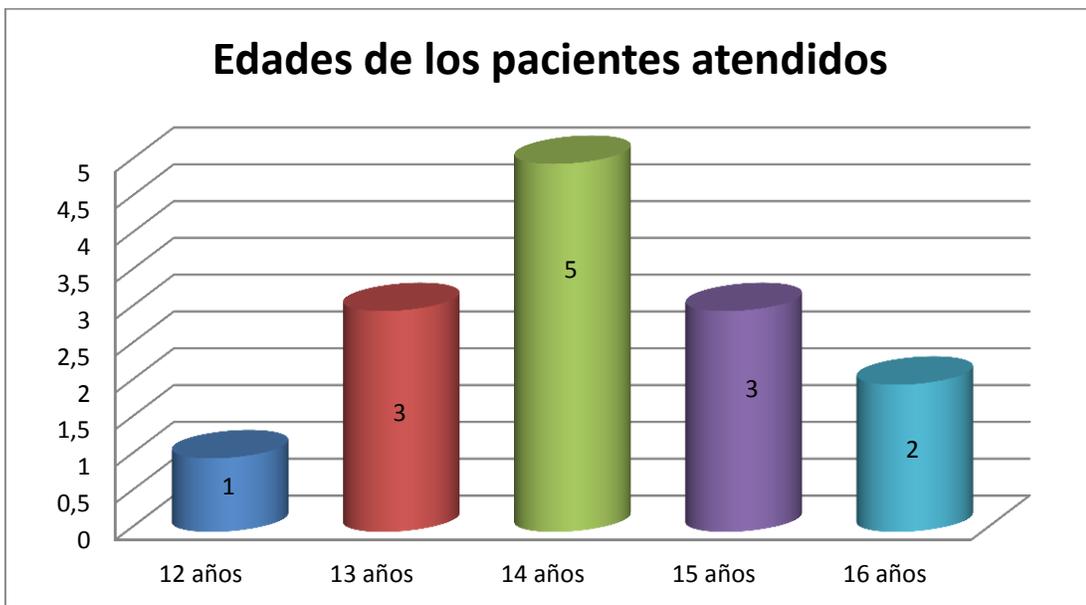
Fuente: propia

Gráfica 2



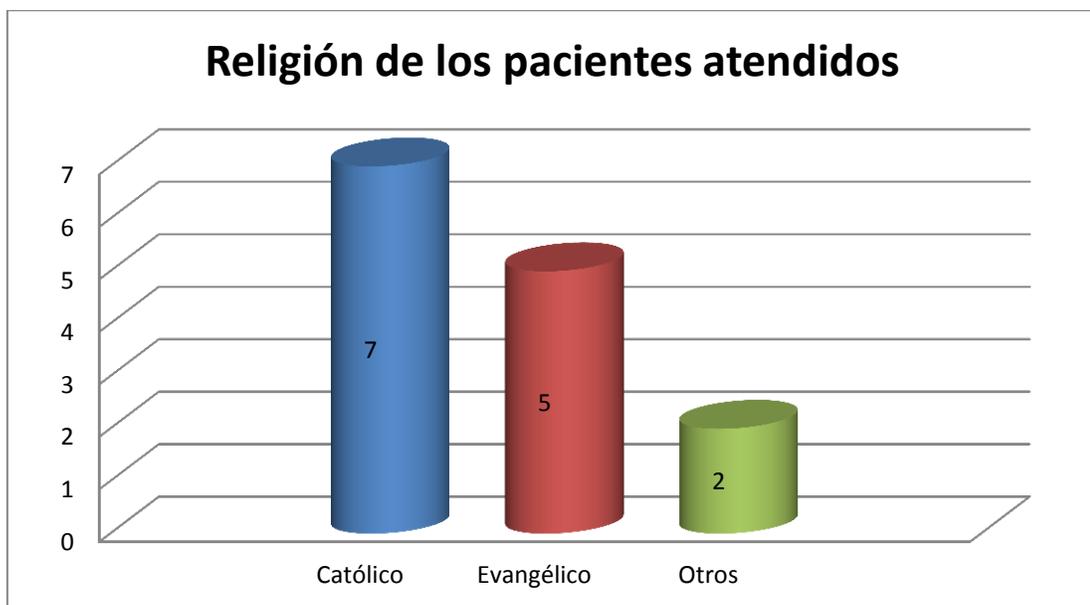
Fuente: propia

Gráfica 3



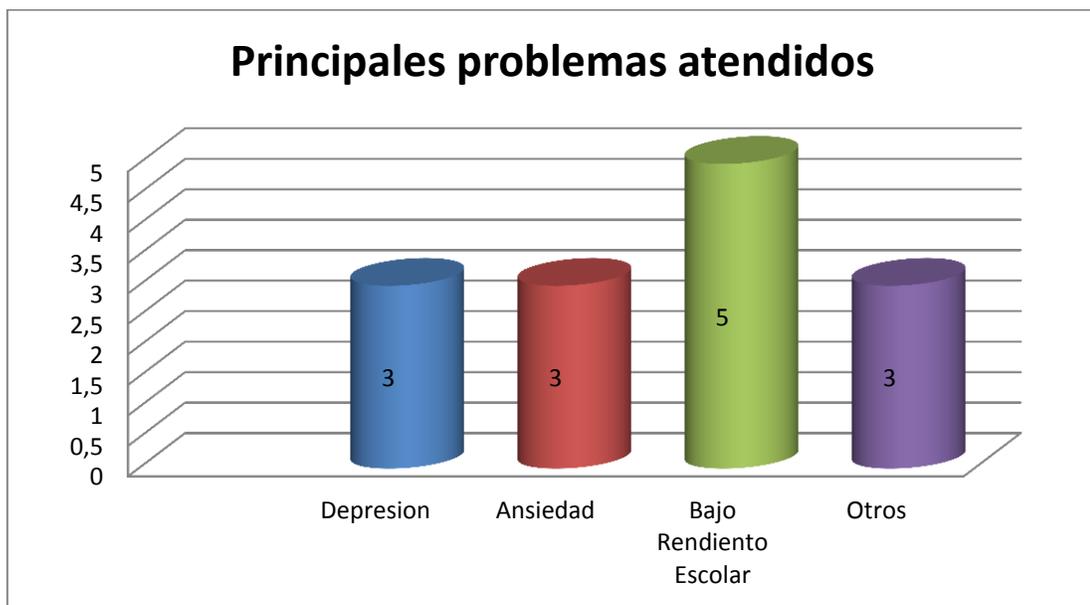
Fuente: propia

Gràfica 4



Fuente: propia

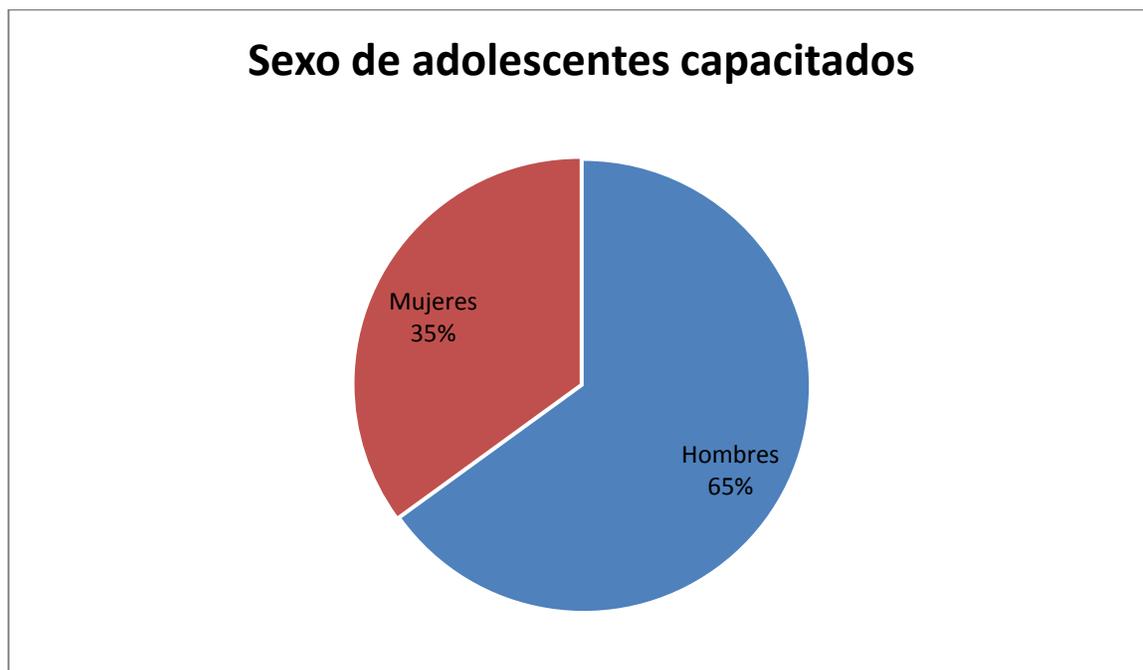
Gràfica 5



Fuente: propia

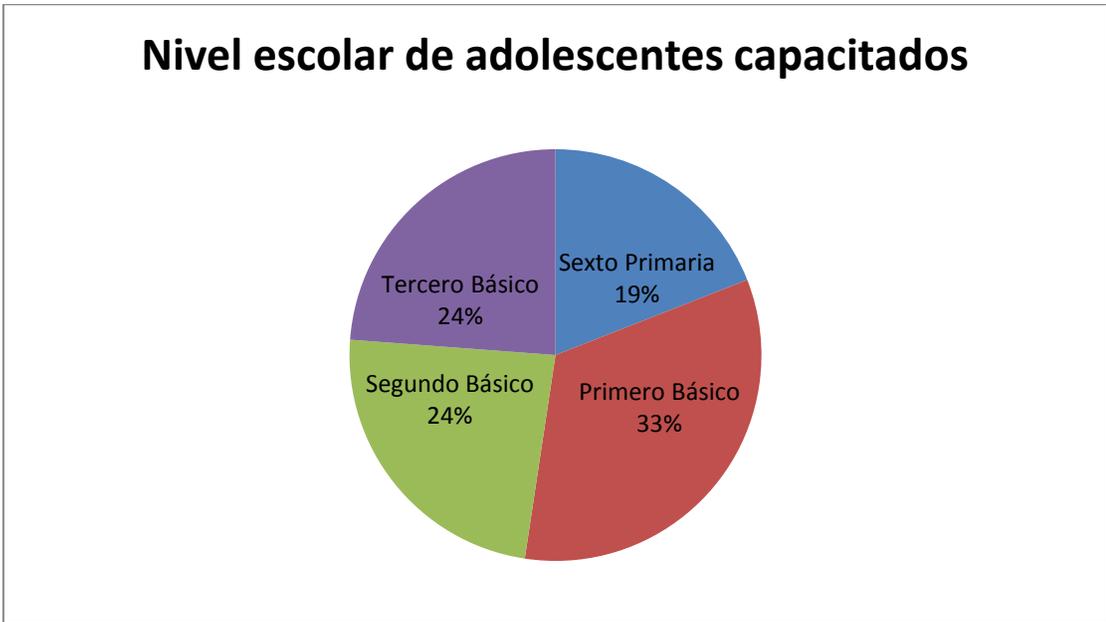
4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica 6



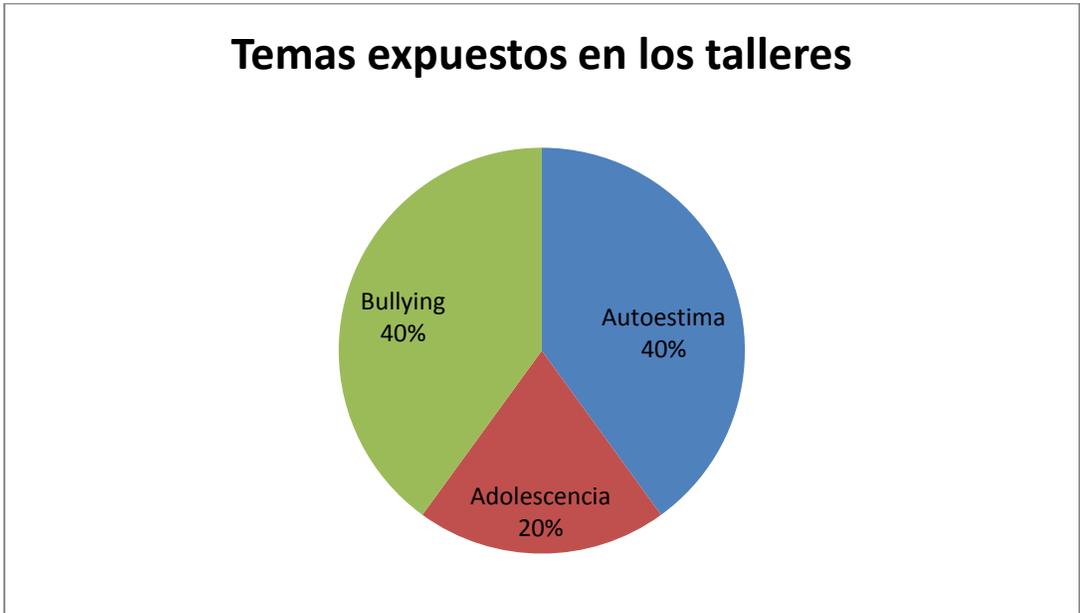
Fuente: propia

Gráfica 7



Fuente: propia

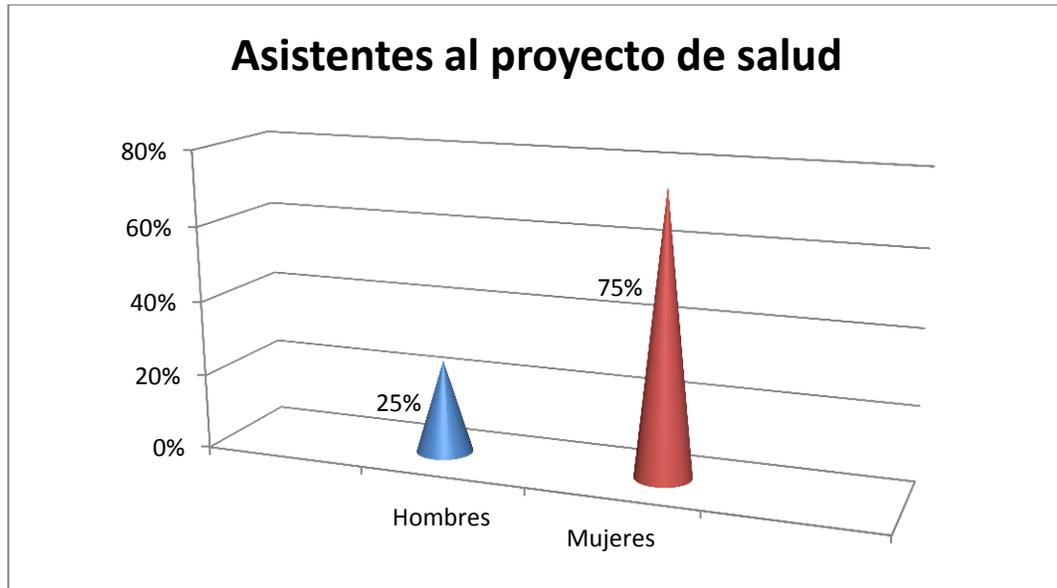
Gráfica 8



Fuente: propia

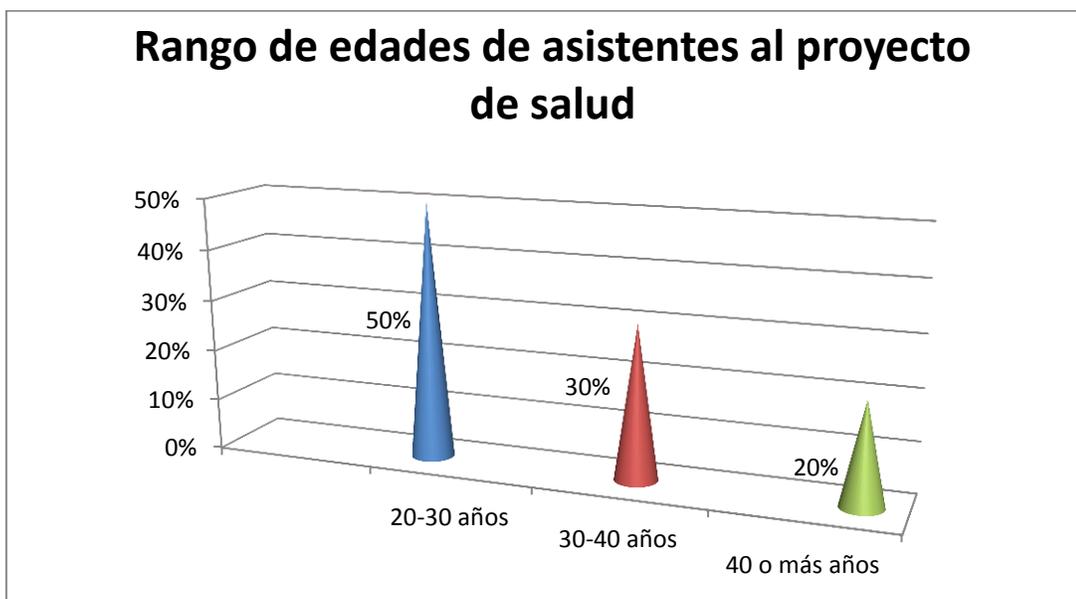
4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 9



Fuente: propia

Gráfica 10



Fuente: propia

4.4.4 Anàlisis de datos

1. La gráfica 1 muestra el número de casos atendidos por mes, siendo junio y julio los meses en los que más casos fueron atendidos, y el mes de marzo y abril hubieron menos casos atendidos.
2. En la gráfica 2 se muestra el sexo de los pacientes atendidos, siendo en su mayoría hombres adolescentes.
3. La gráfica 3 especifica la edad de los pacientes, siendo en su mayoría adolescentes de 14 años, y en su minoría adolescentes de 12 y 16 años.
4. La religión de los pacientes como se muestra en la gráfica 4 en su mayoría son católicos, aunque hay un porcentaje alto de evangélicos.
5. La gráfica 5 muestra los principales problemas atendidos siendo un número alto de problemas de bajo rendimiento escolar.
6. En la gráfica 6 se muestra el sexo de adolescentes capacitados en los diferentes talleres, siendo el 65 por ciento de hombres y el 35 por ciento de mujeres.
7. La gráfica 7 especifica el nivel escolar de los adolescentes capacitados, siendo en su mayoría estudiantes de primero básico.
8. Los temas expuestos en los diferentes talleres, como lo muestra la gráfica 8 fueron temas relacionados a autostima y bullying los que más se impartieron.
9. En la gráfica 9 se observa que los asistentes al proyecto de salud, fueron en su mayoría mujeres, ocupando un 75 por ciento de asistencia.
10. Por último la gráfica 10 da a conocer que los asistentes al proyecto de salud fueron en su mayoría personas comprendidas entre los 20 y 30 años.

Conclusiones

1. Los diversos programas aplicados durante la práctica Profesional Dirigida fueron de gran ayuda para la población que los recibió, ya que es importante que en la adolescencia se les preste la atención necesaria a los jóvenes, pues estos necesitan ser motivados e informados de los problemas sociales.
2. El programa de atención de casos brindó sin duda alguna un gran apoyo a los centros educativos, ya que los adolescentes estaban manifestando diversos problemas escolares, pero que todos tenían una base emocional.
3. El proyecto de salud, fue de beneficio para todas las personas asistentes, ya que propicio espacios para que los asistentes profesionales pudieran fortalecer su salud mental y así realizar un trabajo adecuado en el área de psicología.

Recomendaciones

1. Es muy importante que los adultos estén atentos a los cambios en la actitud y en el comportamiento de los adolescentes.
2. Es necesario seguir con el programa de atención psicológica en el centro educativo donde se realizó la práctica.
3. Es ideal que todos los psicólogos mantengan siempre una salud mental adecuada, para poder ayudar a las personas que lo necesiten.

Referencias

- Barlow, D. y Durand, M. *Psicología anormal*. Thomson Learning. México
- Bruce E. Compas. *Introducción a la psicología clínica*. . Mc Graw Hill. México D.F.
- Monedero, Carmelo. *Psicopatología general*. Biblioteca Nueva Madrid
- Miranda Narea, Gustavo. *Resolución de conflictos*. Editorial: Codecal.
- Palladino, Conie. *Como Desarrollar la Autoestima*. Ph.D.
- Carl Rogers. *Terapia centrada en el cliente*. Ellis, Albert. Fondo de Cultura Económico
- Sullivan , Harry Stack, *La entevista psiquiátrica*. Editorial Psique
- González Nuñez , José de Jesús. *psicoterapia grupal*. Manual Moderno
- Carl Rogers. *Terapia centrada en el cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Bellak y Small. *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax.
- Oblitas Luis A. *Psicoterapias contemporaneas*. Cengage Larning. México: Editores S.A.
- Lazarus, Arnold A. (1998). *Psicología anormal*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ellis, Albert. *Manual de la terapia racional emotiva* .Volumen II Bilbao: Editorial Desclee.
- Asociación Psiquiatra Americana (1996). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastronos Mentales-DSM-IV*. S.A. México: Editorial Masson.

Anexos

Anexo 1

Carta de solicitud de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Escuela de Ciencias Psicológicas

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, Febrero de 2012

A:

Otto René Vielman Estrada
Alcalde Municipal
San Martín Jilotepeque
Chimaltenango

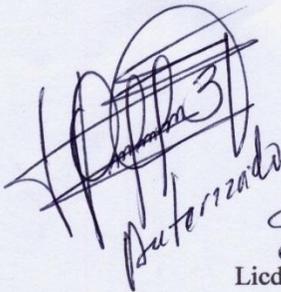
Respetable Señor Alcalde:

Lo saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que el alumno practicante de quinto año de la carrera Licenciatura en Psicología y Consejería Social, **ELMER OTTONIEL HERNÁNDEZ LARA** pueda realizar su Práctica Profesional Dirigida como un requisito de egreso.

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

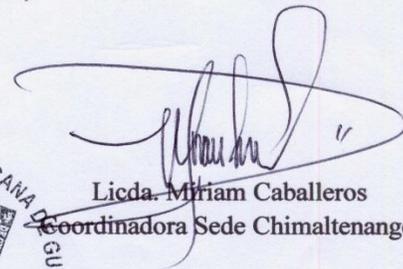
Agradecemos de antemano por brindar un espacio de aprendizaje significativo al alumno, esperando a la vez que el servicio que el proporcione beneficie de alguna manera a su institución.

Atentamente,


Autorizada



Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida


Licda. Miriam Caballeros
Coordinadora Sede Chimaltenango



Anexo 2

Carta de aceptación en el centro de práctica



MUNICIPALIDAD DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE

DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

e-mail: munisanmartin08@gmail.com

TELEFAX: 7844-8053

www.municipalidadesanmartin.com.gt

www.facebook.com/munisanmartinjl

San Martín Jilotepeque, febrero de 2,012

A:
Universidad Panamericana
Facultad de Psicología

Reciban un atento y cordial saludo.

Me dirijo a ustedes, para manifestarles nuestra aceptación a la solicitud presentada ante este despacho donde se solicitaba un espacio para que el joven **ELMER OTTONIEL HERNÁNDEZ LARA** realizara su práctica en esta institución.

Por lo que no tenemos ningún inconveniente para que realice su práctica de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, en la Oficina Municipal de la Juventud de esta municipalidad.

Deferentemente




Otto René Vielman Estrada
Alcalde Municipal
San Martín Jilotepeque



Juntos, Hacia el Futuro!

Anexo 3

Constancias de horas de práctica



MUNICIPALIDAD DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE

DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

e-mail: munisanmartin08@gmail.com

TELEFAX: 7844-8053

www.municipalidadesanmartin.com.gt

www.facebook.com/munisanmartinjil

San Martín Jilotepeque, agosto de 2,012

A:

Licenciada Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Facultad de Psicología

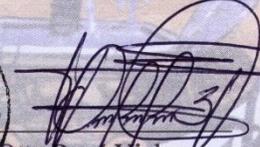
Reciba un afectuoso y cordial saludo augurándole éxitos en cada una de sus actividades cotidianas.

Por este medio me permito informarle que el joven **ELMER OTTONIEL HERNÁNDEZ LARA** realizó su Práctica Profesional Dirigida en la Municipalidad de San Martín Jilotepeque, durante los meses de marzo a julio, haciendo un total de 425 horas.

Durante la realización de dicha práctica manifestó diversas habilidades que fueron de gran beneficio para la juventud sanmartineca.

Deferentemente




Otto René Vielman
Alcalde Municipal
San Martín Jilotepeque



Juntos, Hacia el Futuro!

Anexo 4

Constancia de talleres



MUNICIPALIDAD DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE

DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

e-mail: munisanmartin08@gmail.com

TELEFAX: 7844-8053

www.municipalidadesanmartin.com.gt

www.facebook.com/munisanmartinjl

San Martín Jilotepeque, julio de 2,012

A:

Licenciada Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Facultad de Psicología

Por este medio hago de su conocimiento que el joven **ELMER OTTONIEL HERNÁNDEZ LARA** desarrolló una serie de 25 talleres con adolescentes y jóvenes, impartiendo temas como:

- Autoestima
- Bullying
- Cambios en la adolescencia
- Maltrato
- Otros.

Deferentemente




Otto René Vielman Estrada
Alcalde Municipal
San Martín Jilotepeque



Juntos, Hacia el Futuro!

Anexo 5

Formatos utilizados



MUNICIPALIDAD DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE

DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO
GUATEMALA, C.A. TELEFAX: 7844-8053

WWW.INFORPRESSCA.COM/SANMARTINJIL E-MAIL: MUNISANMARTIN08@GMAIL.COM

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ESTUDIANTES Municipalidad de San Martín Jilotepeque

El programa de atención psicológica a estudiantes es un programa, que ofrece a la comunidad estudiantil apoyo psicológico, brindando servicios que promueven el desarrollo individual y grupal de los miembros del establecimiento. Cuyo objetivo primordial es lograr la prevención, atención y desarrollo personal de los jóvenes, en áreas de fomentar la calidad de vida y la salud mental de los miembros de la comunidad, así como el desarrollo y fortalecimiento de habilidades personales.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la Calidad de vida de los estudiantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar seguridad y fomentar la autonomía personal del estudiante.
- Estimular la propia identidad y autoestima.
- Minimizar el estrés y prevenir las reacciones psicológicas anómalas.
- Mejorar el rendimiento cognitivo.
- Incrementar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar el estado y sentimiento de salud mental.
- Ayudar a afrontar y manejar situaciones difíciles.
- Mejorar la comunicación.
- Prestar asistencia psicológica, lo que implica la evaluación, intervención y estudio de diversas problemáticas psicológicas de los estudiantes.

BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Este programa está orientado a todos los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica "Aníbal Alburez Roca" de las diferentes edades, sexo, religión, etnia y extracto social.

SERVICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- **Prevención:** Campañas de prevención permanentes dentro del centro, por medio de información distribuida y charlas en las instalaciones.
- **Atención psicológica:** Servicio de acompañamiento y orientación psicológica, de manera individual o grupal a quienes lo necesiten.
- **Desarrollo:** Impartición de talleres, cursos, conferencias, así como promociones que promuevan el desarrollo integral de la comunidad estudiantil.

Juntos hacia el futuro!



MUNICIPALIDAD DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE

DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO
GUATEMALA, C.A. TELEFAX: 7844-8053

WWW.INFORPRESSCA.COM/SANMARTINJIL E-MAIL: MUNISANMARTIN08@GMAIL.COM

PROBLEMAS SOCIALES RECURRENTES A TRATAR

- Trastornos de alimentación (anorexia, bulimia y obesidad)
- Abuso de sustancias adictivas (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción)
- Diversidad sexual (preferencias sexuales del mismo género)
- Embarazo no deseado
- Problemas de identidad
- Baja autoestima
- Falta de motivación personal
- Ansiedad
- Depresión
- Duelo inconcluso (pérdida de alguna persona cercana)
- Ludopatía (adicción al juego)
- Abuso sexual
- Bullying (acoso sexual)
- Falta de habilidad de socialización
- Falta de adaptación de alumnos con alguna discapacidad
- Problemas de aprendizaje
- Fobias
- Violencia intrafamiliar

CHARLAS RECURRENTES:

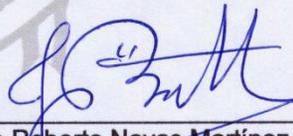
- Autoestima
- Cambios en la adolescencia
- Embarazos en la adolescencia
- Prevención de las ITS
- Prevención del VIH
- Educación sexual

HORARIO DE ATENCIÓN

Miércoles y viernes de 8:00 a 12:00 horas


Elmer Ottoniel Hernández Lara
Psicólogo en formación




Julio Roberto Navas Martínez
Concejal Primero
Encargado Municipal de Educación

Juntos hacia el futuro!

Anexo 6

Fotografías





Anexo 7

Subprogramas

Programa de atención de casos

I. Descripción

Durante la práctica clínica dirigida se atendió a varios adolescentes (hombres y mujeres) comprendidos en las edades de 12 a 16 años, de diferente cultura, quienes presentaban problemas emocionales.

II. Objetivo

Prestar asistencia psicológica, lo que implica la evaluación, intervención y estudio de diversas problemáticas psicológicas en los adolescentes.

III. Cronograma de actividades

Casos atendidos	Casos resueltos	Sexo	Principales problemas
14	8	8 masculino 6 femenino	Problemas emocionales <ul style="list-style-type: none">• Ansiedad• Depresión• Bajo rendimiento escolar

Programa de capacitación

I. Descripción

Durante la práctica clínica dirigida se realizaron varias capacitaciones con los adolescentes, impartiendo talleres de prevención contra los diferentes problemas con los cuales se enfrenta la adolescencia de hoy en día.

II. Objetivo

Prevenir en los adolescentes el surgimiento de problemas emocionales por medio de charlas de sensibilización.

III. Cronograma de actividades

No. de charlas	Lugar	Fecha	Tema
24	INAAR EOUV	Abril Mayo Junio	Autoestima Adolescencia Bullying

Anexo 8

Cronograma de actividades del proyecto de salud

Cronograma de actividades del proyecto de salud

Sábado 06 de octubre

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

Domingo 07 de octubre de 2012

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

Anexo 9

Programas de actividades del proyecto de salud

Programa de taller “programados para triunfar”

Fecha: 06-10-12

Hora: 3:00 a 5:00 pm

Responsables: Glenda, Doris, Ingrid y Aracely

Objetivo

- Compartir y motivar a cada uno de los compañeros en el fortalecimiento de la salud mental previo a cerrar cursos de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1	Bienvenida “cuidado con la lluvia”	10 minutos	Doris Martinez
2	Tema motivacional “programados para triunfar”	10 minutos	Aracely Martinez
3	Dinámica 1 “el creador positivo”	10 minutos	Glenda Solano
4	Dinámica 2 “te tengo confianza”. Para fomentar confianza en el grupo.	10 minutos	Ingrid Sitán
5	Dinámica 3 “la flor”. Los participantes interactúan entre si.	10 minutos	Doris Martinez
6	Dinámica 4 “comunicación activa”. Para interactuar con el grupo.	10 minutos	Glenda Solano
7	Dinámica 5 “como a mí mimo”. El participante debe cuidar algún objeto.	10 minutos	Ingrid Sitán
8	Dinámica 6 “el objeto imaginario”. Para interactuar en el grupo.	10 minutos	Doris Martinez
9	Dinámica 7 “tela de araña”. Para interactuar en grupo.	10 minutos	Glenda Solano
10	Dinámica 8 “el paracaidista confiado”	10 minutos	Ingrid Sitán
11	Conclusión: la actividad se titula “una obra maravillosa”	10 minutos	Aracely Martinez

Nota: cada participante debe llevar ropa cómoda para esta actividad.

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

Programa de “cena especial”

Hora 7:00 - 9:00 pm

Horario	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos	Encargada
7:00 a 7:10	Palabras de bienvenida	Incentivar a cada uno de los presentes a que el trabajo que realizamos lo hagamos de corazón.	Agradecer a cada uno por la ayuda y el apoyo de nuestra actividad.	Angelica Jchuña Sara Mux
7:10 a 7:30	Dinámica “papa caliente”	A quien le quede el globo debe de dar un consejo o un tips para el autocuidado.	Comprender cada una de las dificultades que exista en nuestro contexto para poder desempeñar un buen papel como psicólogos.	Angelica Jchuña Sara Mux
7:30 a 8:15	Cena	Cena	Cena	
8:15 a 8:30	Características y cualidades	Cada uno de los participantes reflexionara sobre sus actividades (positivas y por mejorar)	Cambiar y acepta nuestras actitudes para mejorar mas adelante.	Angelica Jchuña Sara Mux
8:30 a 8:35	Palabras de agradecimiento	Realizar una reflexión sobre el autocuidado.	Lograr conocerse a si mismos para el autocuidado.	Angelica Jchuña Sara Mux

Programa de “fogata”

Responsable: Camila Mendoza

Janine Calleja

Nadia Awadallah

Felipe Yool

Lugar: Hotel & Restaurante Carlos Beach

Fecha: 6 de octubre de 2012

Hora: 8:00 a 10:00 pm

Objetivo:

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

Actividades

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1	Bienvenida	5 min.	Nadia Awadallah
2	Charla motivacional	15 min.	Nadia Awadallah
3	Cantos	5 min.	Janine Calleja
4	Reflexión	15 min.	Janine Calleja
5	Compartir experiencias	20 min.	Camila Mendoza
6	Celebración	15 min.	Felipe Yool

Anexo 10
Fotografías proyecto de salud



