

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



**Causas de la depresión en un grupo de pacientes del Centro de Salud del
Municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango**
(Informe final de práctica profesional dirigida)

Marvin Augusto López Alvarado

Chimaltenango, junio 2012

**Causas de la depresión en un grupo de pacientes del Centro de Salud del
Municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango**
(Informe final de práctica profesional dirigida)

Marvin Augusto López Alvarado (Estudiante)
Licda. Sonia Magaly Pappa (Asesora)

Chimaltenango, junio 2012

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

M. Sc. Alba Aracely de Gonzalez

Vicerrectora Académica y Secretaría General

M.A César Augusto Custodia Cóbar

Vicerrector Administrativo

Autoridades de la Facultad de Ciencias de la Educación

M.A José Ramiro Bolaños Rivera

Decano

Dra. Thelma Consuelo Tánchez

Coordinadora extensión Chimaltenango.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ASUNTO: **Marvin Augusto López Alvarado**

Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Práctica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Enero 2011

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:

49. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
50. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
51. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Marvin Augusto López Alvarado** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.

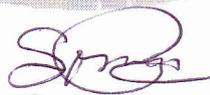


M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano

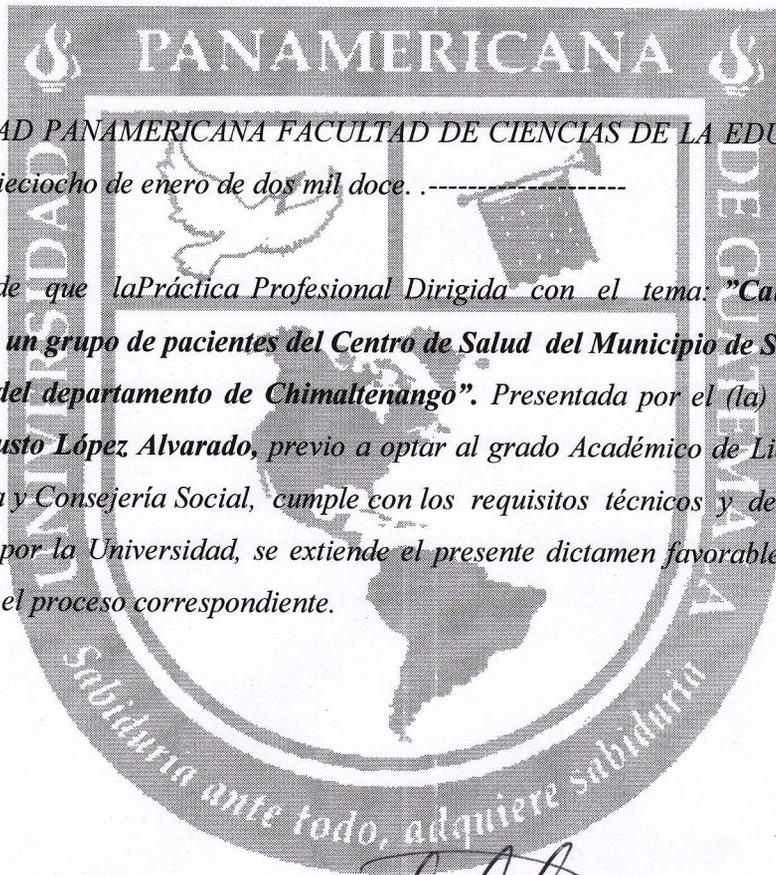
C.c. archivo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,
Guatemala Veintinueve de noviembre de dos mil once. -----

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Causas de la depresión en un grupo de pacientes del Centro de Salud del Municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango”**. Presentada por el (la) estudiante **Marvin Augusto López Alvarado**, 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.

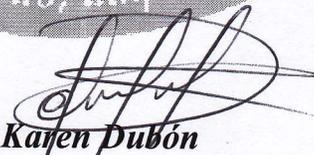


Licda. Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,
Guatemala dieciocho de enero de dos mil doce. -----

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Causas de la depresión en un grupo de pacientes del Centro de Salud del Municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango". Presentada por el (la) estudiante **Marvin Augusto López Alvarado**, 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.


Licda. Karén Dubón
Revisora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, Guatemala a los ocho días del mes de febrero del dos mil doce.-----

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Causas de la depresión en un grupo de pacientes del Centro de Salud del Municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango**" presentado por **Marvin Augusto López Alvarado** 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 Práctica Profesional Dirigida.




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

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

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

Dedicatoria

A Dios: Quien permitió que la presente fase de estudios dentro de la carrera de Psicología y Consejería Social, se llevara a cabo de una forma satisfactoria. A Él sea el honor y la gloria.

A mi esposa: Sonia. Por su comprensión y motivación en todo momento. Le doy gracias a Dios por tenerla a mi lado.

A mis dos hijas: Adriana y Liliam. Que son mi más grande motivación para seguir adelante.

A mi padre: Cesar Augusto. (QEPD) Quien me brindó su apoyo incondicional y siempre me motivó para lograr triunfos académicos.

A mi madre: Liliam Judith. Quien al lado de mi padre, me brindó su apoyo, consejos y ayuda para superarme académicamente.

A mis hermanos: Por formar parte de mi vida y darme un ejemplo de superación.

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Marco de referencia	3
1.1 Descripción de la institución	3
1.2 Misión	3
1.3 Visión	4
1.4 Organigrama	4
1.5 Objetivos	5
1.6 Población que atiende	5
1.7 Planteamiento del problema	5
Capítulo 2. Referente teórico	6
2.1 La depresión	6
2.2 Psicopatología	34
2.2.1 Trastornos de ansiedad	52
2.2.2 Trastornos de la personalidad	56
2.2.3 Trastornos de la conducta alimentaria	61
2.3 Psicodiagnóstico	63
2.4 Psicoterapia	73
2.4.1 Psicoterapias del modelo psicodinámico	76
2.4.2 Psicoterapias del modelo conductista	85
2.4.3 Psicoterapias del modelo humanista	96
2.4.4 Psicoterapias del modelo sistémico	102
2.4.5 Psicoterapias alternativas	106
2.5 Conclusiones	110
Capítulo 3. Referente metodológico	111
3.1 Programa de práctica	111
3.2 Cronograma de actividades	114
3.3 Planificación de actividades en el centro de práctica	117

3.4 Sub programas	120
Capítulo 4. Presentación de resultados	128
4.1 Programa de atención de casos	128
4.2 Programa de capacitación	154
4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	171
4.4 Gráficas y análisis de resultados	177
4.4.1 Programa de atención de casos	178
4.4.2 Programa de capacitación	180
4.4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	181
Conclusiones	186
Recomendaciones	187
Referencias	188
Anexos	189
Anexo 1. Constancias de horas de práctica	
Anexo 2. Cartas de constancia	
Anexo 3. Fotografías	

Resumen

Para poder optar al título de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, en la Universidad Panamericana de Guatemala, es necesario, en el 5to. año de estudios, realizar la Práctica Profesional Dirigida. Para lo cual, el estudiante, la llevó a cabo en el Centro de Salud del Municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango.

En el primer capítulo, se encuentra el marco de referencia, que consta de toda la información respecto al lugar de práctica, entre ellos: visión, misión, población que atiende, su estructura organizacional se encuentra plasmada en un organigrama. También se encuentra el planteamiento a trabajar durante la práctica, el cual se deriva de las mayores necesidades observadas en el centro, en este caso se denomina “Causas de la depresión en un grupo de pacientes del Centro de Salud del Municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango.

En el segundo capítulo, se encuentra la teoría investigada respecto al planteamiento mencionado en el párrafo anterior y para otros trastornos los cuales fue necesario documentarse para prestar un mejor servicio en la atención de casos durante la práctica.

El tercer capítulo, está integrado por la metodología que se utilizó para realizar la práctica. En él se encuentran planificaciones, cronogramas, agendas, capacitaciones y programas. Este marco se considera la base fundamental para poder desarrollar de una forma organizada y planificada el resto de actividades de la práctica.

Por último, el capítulo cuatro, contiene la presentación de resultados obtenidos durante la práctica realizada. En él se encuentran los logros obtenidos, las limitaciones encontradas, la descripción de actividades realizadas en el centro de práctica, como en la ejecución de un programa de capacitación y la elaboración de un proyecto de salud mental.

Introducción

La depresión está clasificada por el manual de diagnóstico DSM IV TR, como un trastorno del estado de ánimo. Tiene la característica principal que el paciente presenta una tristeza profunda y una pérdida del sentido de vida.

Durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida, se estudiaron las causas de la depresión en un grupo de pacientes del Centro de Salud del municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango.

Las causas más comunes por las cuales sufren el trastorno de depresión los pacientes atendidos son: violencia intrafamiliar, problemas de pareja, duelo no resuelto, separación (por ejemplo, cuando los hijos se van del hogar por causas laborales o matrimonio, lo que se conoce como síndrome del nido vacío), enfermedades crónicas como diabetes, entre otros.

Según estudios realizados con anterioridad, las personas que padecen una enfermedad crónica como la diabetes, son más propensas a padecer depresión en comparación con una persona que no tiene diabetes. También el sexo femenino, tiene doble riesgo de padecer depresión en comparación con el sexo masculino.

Las diferentes técnicas que ofrecen los modelos psicoterapéuticos, en algunos casos, fueron de gran ayuda durante el tratamiento de los pacientes que presentan el trastorno de depresión. Un ejemplo es el modelo cognitivo conductual, que en su técnica de cambio de pensamientos negativos o dañinos para el paciente y su sustitución por pensamientos adecuados, estimulan la curación del paciente. Otro ejemplo es “el sentido de vida” que propone la logoterapia, por medio del cual el paciente puede descubrir motivos para seguir viviendo y superar los sentimientos de vacío y de inutilidad que les provoca la depresión.

Capítulo 1

Marco de referencia

En el marco referencial de éste informe, se describe la estructura física, organizacional e ideológica del centro de práctica. Se mencionan la misión, visión, objetivos, se hace un organigrama de las autoridades y distribución de puestos de la institución, también se hace referencia al tipo de población que atiende y presta servicios.

Los servicios que presta el centro de práctica entre otros son: asistencia médica por consulta externa, emergencias, trabajo social, exámenes de laboratorio, programas de prevención de enfermedades y orientación familiar.

La población que se atiende en el centro de práctica, es todo tipo de personas, desde niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos. Residentes del casco urbano y también del área rural.

1.1 Descripción de la institución

El centro de práctica, se llama Centro de Salud de San Martín Jilotepeque, es una institución gubernamental que pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Está ubicado en el Barrio San Gaspar del municipio en mención, a una cuadra de la Plaza Central.

Las instalaciones son de construcción formal, de block, circuladas por el frente con una maya metálica y un portón del mismo material. Ocupa un área aproximada de 40 x 40 mts.

1.2 Misión

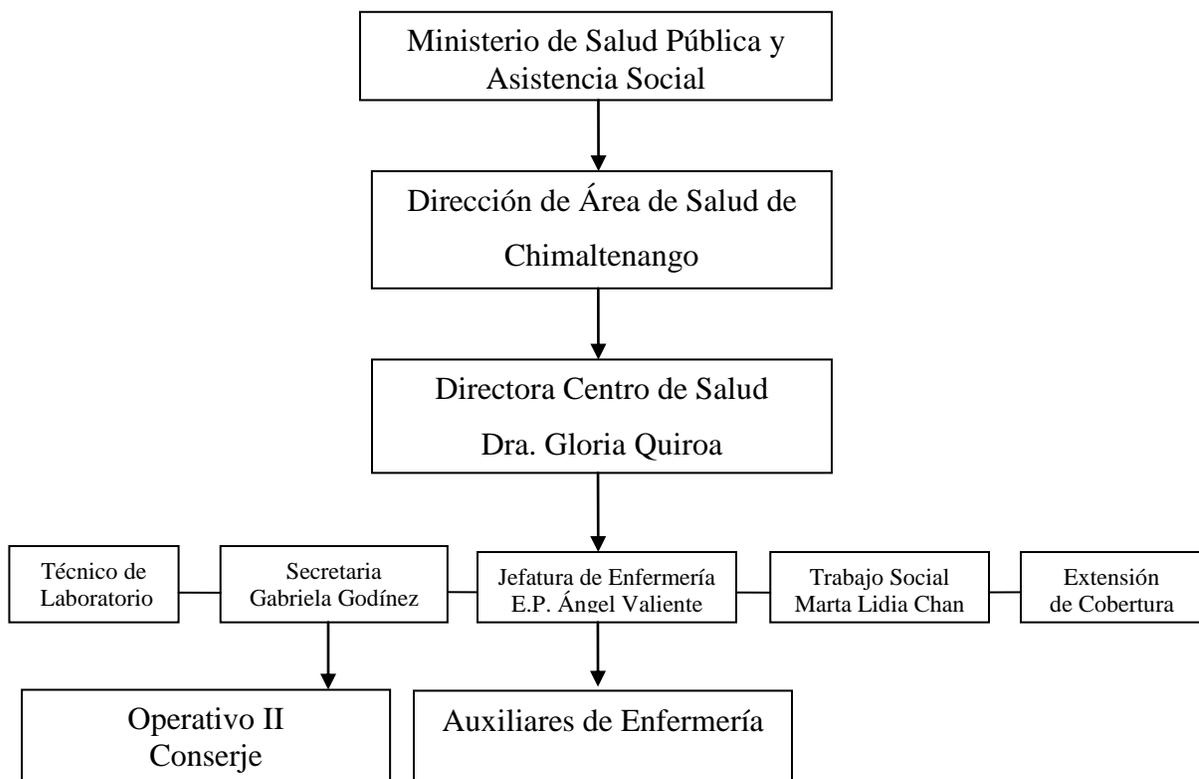
El área de salud, es la unidad técnica y administrativa responsable de la rectoría y ejecución de las actividades específicas de cada prioridad de salud, cuya finalidad es de extender su cobertura a los grupos poblacionales más postergados y de optimizar la asignación presupuestaria para

cumplir con los criterios de solidaridad, subsidiaridad, equidad y calidad para una mejor salud de los habitantes.

1.3 Visión

El Área de Salud de Chimaltenango, pretende a través de un proceso social participativo, asegurar la salud de la población, en donde cada uno de sus miembros sea capaz de propiciar su desarrollo integral.

1.4 Organigrama del Centro de Salud de San Martín Jilotepeque



1.5 Objetivos

Ser un Centro de Salud eficiente, que proporcione una atención adecuada a la población no importando su raza o posición social, a través de una atención personalizada y campañas de prevención de enfermedades, así como orientación en el área reproductiva y social.

1.6 Población que atiende

Niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos del área urbana y rural de San Martín Jilotepeque.

1.6.1 Descripción de la población

El centro de práctica atiende tanto a población del área urbana como a la población rural del municipio de San Martín Jilotepeque, entre los niveles medio y bajo socioeconómicamente hablando, y entre ellos se encuentran niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos. Quienes acuden por alguna emergencia o por consulta externa.

1.7 Planteamiento del problema

El motivo de consulta más común entre muchos pacientes es la depresión. A veces es derivada de maltrato intrafamiliar posiblemente debido a la cultura propia del municipio de San Martín Jilotepeque, en donde existe el machismo por parte del hombre y la alienación por parte de la mujer. Debido a esto se hace necesaria la atención psicológica en estos casos.

Capítulo 2

Referente teórico

El presente marco, muestra los temas investigados durante la Práctica Profesional Dirigida. Dichos temas se investigan, en base a los diferentes problemas encontrados en el ejercicio de la práctica.

Se presenta un estudio de los problemas principales encontrados en las personas atendidas en el centro de práctica; entre ellos la Depresión, de la cual padecen muchas de las personas habitantes de la región, debido a diversas situaciones.

Así también, se presenta temáticas analizadas e investigadas con el objetivo de obtener una mejor preparación en la carrera de Psicología y Consejería Social.

2.1 La depresión

Todo el mundo atraviesa períodos de tristeza, de soledad o de infelicidad. Los acontecimientos cotidianos, y nuestras reacciones ante ellos, afectan a veces a nuestra paz interior. Pero cuando estos sentimientos duran semanas o incluso meses, impidiendo que volvamos a adoptar una visión sana de la realidad, es posible que nos hallemos ante una depresión. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede librarse a voluntad. El depresivo está enfermo de su voluntad, y desafortunadamente los familiares y amigos de éste, para estimularlo le piden que tenga voluntad, lo que tortura al paciente depresivo, pues la enfermedad se caracteriza por ausencia de la misma. No es que no quieran, es que no pueden. Se les recomienda que salgan de vacaciones, sin saber que el depresivo llevará su depresión en la maleta.

Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado. Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. Ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor, algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. Ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio.

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

Entre los principales signos y síntomas de la depresión se encuentran: La tristeza patológica. Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora; tanto, que el paciente se siente mal, tal como si hubiera

perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Desgano y anhedonia. El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer. Tiende a descuidarse física y psicológicamente. Pierde el sentido de la vida y nada le interesa, ni siquiera él mismo.

Ansiedad. Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad es el síntoma principal en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

Insomnio. Al paciente le cuesta conciliar el sueño y además, se despierta temprano y de mal humor. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento. Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas. Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento. El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso. La mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Pérdida del placer. En lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer la satisfacción en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Culpa excesiva. Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

Pensamiento suicida. Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía. Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

Los pacientes conocen a alguien que tiene depresión y piensan que tienen los mismos síntomas. Sin embargo, los síntomas de depresión varían mucho de una persona a otra. Varían tanto que dos personas deprimidas pueden tener muy poco en común, mas allá del estado de ánimo deprimido.

Hay una buena razón para sentirse así, como por ejemplo luego de la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo, o una pelea con un amigo. Estos síntomas son lógicos bajo esas circunstancias. Sin embargo, si los síntomas están interfiriendo con su vida diaria o si la persona siente que no puede deshacerse de ellos, entonces necesita ayuda.

Aunque es común que la depresión comience luego de un acontecimiento estresante, a veces ocurre sin causa aparente. Por eso, se debe distinguir entre los siguientes tipos de depresión: trastorno depresivo mayor. La depresión severa (trastorno depresivo mayor) se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y

disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

La distimia. Un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona, tiñendo de gris toda la vida del paciente depresivo.

Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida, esto es lo que se conoce como depresión doble (trastorno depresivo mayor más distimia).

Distimia es un término utilizado en psiquiatría para describir una depresión en curso que no suele ser tan severa como un trastorno de depresión mayor, pero que es crónica y puede durar varios años y para algunas personas que han estado con éste trastorno desde que se acuerdan.

Los síntomas pueden ser similares a los del trastorno de depresión mayor, pero más leves; es decir, menores en número y gravedad. El diagnóstico suele hacerse cuando los síntomas han durado por lo menos dos años.

Las personas con distimia están en capacidad de trabajar y por lo general de conducir sus vidas, pero suelen ser irritables y sentirse crónicamente descontentos con ellos mismos, así como tener dificultad para disfrutar las cosas y pensar que la vida no tiene mucho sentido.

Trastornos bipolares. El trastorno bipolar o enfermedad maniaco-depresiva es una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo. Quienes la sufren pasan alternativamente de la euforia o "manía" a la depresión, llegando a necesitar, en ocasiones, la hospitalización. Comienza usualmente en la vida adulta; aunque es menos común, puede ocurrir en la adolescencia y raras veces en la niñez.

Esta enfermedad puede afectar a cualquiera; sin embargo, si uno o ambos padres tienen un desorden bipolar, hay mayor probabilidad de que los hijos desarrollen el desorden. La historia

familiar de abuso de drogas o de alcohol puede también estar asociada con el desorden bipolar en los adolescentes. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía.

La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico. El paciente pierde temporalmente la razón.

Los adolescentes con un desorden bipolar pueden sufrir cambios de humor continuos que fluctúan entre extremadamente altos (maníacos) y bajos (deprimidos). Los altos pueden alternar con los bajos, o la persona puede sentir los dos extremos al mismo tiempo (mixtos).

Los síntomas maniacos son: cambios de humor severos en comparación a otros jóvenes de la misma edad y ambiente o sentirse demasiado contento, o reírse mucho, o estar demasiado irritable, enfadado, agitado o agresivo. Altas poco realistas en la autoestima, por ejemplo, el adolescente que se siente todopoderoso o como un súper héroe con poderes especiales. Aumento desmedido de energía y la habilidad de poder seguir durante días sin dormir y sin sentirse cansado. Hablar excesivamente. El adolescente no deja de hablar, habla muy rápido, cambia de tema constantemente y no permite que lo interrumpan. Distracción. La atención del adolescente pasa de una cosa a otra constantemente. Comportamiento arriesgado repetitivo. Tal como el abuso del alcohol y las drogas, el guiar temerario y descuidado o la promiscuidad sexual.

Los síntomas depresivos son: Irritabilidad, tristeza persistente, llanto frecuente. Pensamientos acerca de la muerte o el suicidio. Disminución en la capacidad para disfrutar de sus actividades preferidas. Quejas frecuentes de malestares físicos, tales como el dolor de cabeza y de estómago. Nivel bajo de energía, fatiga, mala concentración y se queja de sentirse aburrido. Cambio notable en los patrones de comer o de dormir, tales como comer o dormir en exceso.

Existen tres tipos de esta enfermedad. En el trastorno de tipo I (el clásico) se produce una fase de manía tan acusada que el paciente requiere generalmente hospitalización ya que las depresiones también son intensas. El paciente sufre alucinaciones e incluso delirios cuando se encuentra en fase de manía, de tal manera que llega a creerse, por ejemplo, superdotado. Su conducta es totalmente desordenada.

En el tipo II aparecen depresiones intensas y fases de euforia moderadas que no requieren el ingreso hospitalario y se denominan hipomanía.

En el tipo III de caracterización de trastorno bipolar, se denomina ciclotimia y se define mediante la sucesión de hipomanías y fases depresivas, leves o moderadas que hacen que quien las sufre parezca una persona inestable e imprevisible. No parecen tan graves como para acudir al médico a pesar de que tienen tratamiento.

Los primeros síntomas del trastorno bipolar aparecen en la adolescencia. Desde este momento hasta que se implanta el primer tratamiento suelen transcurrir unos diez años. Aún siendo una enfermedad crónica tiene terapia mediante antipsicóticos que pueden evitar la hospitalización, así como la tentativa de suicidio. Una persona afectada por esta enfermedad que no reciba tratamiento, puede sufrir una media de cuatro episodios de manía seguida de depresión en un período de diez años.

Los adolescentes con un desorden bipolar pueden ser tratados efectivamente. El Tratamiento para el desorden bipolar incluye por lo general la educación e información al paciente y a su familia acerca de la enfermedad, el uso de medicamentos estabilizadores del humor tales como el litio, el ácido valproico y la psicoterapia. Los medicamentos estabilizadores del humor a menudo

reducen el número y la severidad de los episodios maníacos y ayudan también a prevenir la depresión. La psicoterapia ayuda al adolescente a comprenderse a sí mismo, a adaptarse al estrés, a rehacer su autoestima y a mejorar sus relaciones.

La depresión generalmente es de curso largo con tendencia a las recaídas. El primer episodio habitualmente es precedido por factores estresantes vitales, pero esto no ocurre en los episodios siguientes. Es muy importante que se pida ayuda a tiempo, la depresión es una enfermedad que va en aumento y con un detrimento de la persona muy grande, es invalidante, desde lo personal hacia lo social, se aíslan y no aceptan fiestas, reuniones, no aceptan ser queridos, porque no se quieren, esto lleva como consecuencia a una gran baja de la autoestima.

Más del 50% de los pacientes depresivos presentan síntomas antes de aparecer un primer episodio de trastorno depresivo mayor. Generalmente estos síntomas pasan inadvertidos. Un episodio de trastorno depresivo mayor no tratado puede durar de seis meses a un año. Con tratamiento, el episodio dura en promedio tres meses. Con el avance de la enfermedad, la tendencia es que se produzcan más episodios y con mayor frecuencia. Típicamente la situación se estabiliza con una frecuencia de cinco a seis episodios cada 20 años. Sin embargo, existen situaciones que apuntan a un curso benigno de los trastornos depresivos. Estos son:

- Historia de amistades sólidas durante la adolescencia.
- Funcionamiento familiar estable.
- Funcionamiento social sólido durante los cinco años anteriores al primer episodio.
- Presencia de una red social sólida, para personas de edad avanzada.
- Ausencia de otras enfermedades psiquiátricas.

Son indicadores de mal pronóstico el abuso del alcohol u otras sustancias y la presencia de síntomas de trastornos específicos de ansiedad.

Vale notar que la depresión puede, por lo tanto, si no ser prevenida de forma total por lo menos puede ser amenizada, a través del interés de personas de familia y amigos, que buscan apoyar, orientar y dedicarse a la persona que sufre un trastorno. Mediante la detección precoz de síntomas y, sobretodo, a través de la búsqueda de hogares, esquemas sociales y amistades que proporcionen vínculos fuertes y estables. En un mundo que favorece el aumento de las depresiones, existe siempre la esperanza de una humanidad que resista las tendencias negativas y se dedique a crear un mundo más acogedor y, por lo tanto, más saludables, protegiendo a los más expuestos a los trastornos depresivos.

La depresión podría ser una respuesta al stress ocasionado por enfermedades en pacientes predispuestos, o no, a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a patologías puede contribuir a desencadenar la depresión, además, las pérdidas objetales, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas, precipitando una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad. Evidentemente, la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y la acompaña y, además, como se observa en el cuadro, ocupa casi cualquier posición posible en relación con ella.

Dado que el médico centra su atención en la entidad orgánica, puede pasar por alto la detección de una depresión. Sin embargo, la depresión no sólo requiere tratamiento por su razón de ser, sino porque afecta desfavorablemente el curso y destino de la enfermedad somática. La depresión puede producir una exageración de los síntomas, aun los de un trastorno orgánico menor. Por ejemplo, los pacientes con trastornos gastrointestinales, con los cuales se asocia con frecuencia la depresión pueden sentir mayor dolor o náusea de lo que podría esperarse por la severidad de la patología. Un paciente que se encuentra deprimido también puede no responder al tratamiento, demorando la recuperación y la rehabilitación. Además los síntomas somáticos de depresión, como constipación, palpitations, crisis de vértigo, malestares y náusea, pueden enmascarar y confundir el cuadro clínico. La incidencia de depresión en pacientes clínicos y quirúrgicos es elevada, cualquiera que sea la entidad nosológica y su gravedad. Si bien en general los síntomas son somáticos o se expresan a través de los síntomas orgánicos de la enfermedad primaria,

también están presentes síntomas psíquicos y emocionales: tristeza, llanto, evasión, pérdida del interés, enlentecimiento de las respuestas, temores infundados, y auto reproche.

Se sabe que algunas medicaciones y enfermedades orgánicas pueden imitar o, directamente, generar una depresión. Pero incluso en presencia de tales patologías y fármacos, el médico no puede suspirar “diagnósticamente” aliviado; el carcinoma de páncreas puede simular una depresión, pero detrás de la enfermedad puede haber una depresión “genuina” o puede surgir a consecuencia de ella. Se confunden la interdigitación de la enfermedad orgánica y la depresión, y también confunde la enfermedad, al paciente y al médico. La claridad e integridad del diagnóstico depende de un cuidadoso interrogatorio y examen clínico y de un alto índice de sospecha.

Los síntomas somáticos de la depresión no son “fantasías”, sino que se siente. La depresión es tanto un trastorno fisiológico como un trastorno psíquico. La mejor garantía para establecer un diagnóstico de depresión cuando los síntomas son fundamentalmente somáticos es el tener una mente intuitiva.

La depresión podría ser una respuesta al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes predispuestos, o no a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a patologías puede contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas objetales, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas, precipitando una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad. Es evidente que la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y la acompaña y, además ocupa cualquier posición posible en relación con ella.

Entre el 10 y 15 por ciento de las depresiones son provocadas por un problema médico (enfermedad de la glándula tiroides, el cáncer, o enfermedades neurológicas, anemia) o por medicamentos. Una vez que se da tratamiento contra la enfermedad, o se ajusta la dosis y el medicamento adecuados la depresión desaparecerá.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés. En todos los casos es posible que la depresión instalada agrave el cuadro que la originó. En oportunidades disminuyendo las defensas del organismo, actuando directamente sobre el sistema inmunitario.

Enfermedades endocrinas y trastornos metabólicos: Hipotiroidismo, hipoglucemia, hipertiroidismo, diabetes, enfermedad de Addison, acromegalia, enfermedad de Cushing, insuficiencia suprarrenal trastornos reumatoideos, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, polimialgia reumática.

Trastornos del sistema nervioso central: enfermedad de parkinson, hemorragia subaracnoidea, demencia senil, tumores cerebrales, aterosclerosis cerebral. Entre otras.

Puede no presentar anormalidades en los exámenes de laboratorio de rutina. La depresión es doblemente frecuente en pacientes con trastornos y enfermedades gastro intestinales que en pacientes con otras enfermedades orgánicas.

Los signos y síntomas del hipotiroidismo son casi idénticos a los de la depresión. Todos los pacientes que presentan sintomatología sospechosa deben recibir una prueba funcional de tiroides y, si es posible, se les debe medir el nivel de hormona estimulante de tiroides (TSH), dado que a

veces el hipotiroidismo se delimita por la presencia de un nivel de función tiroidea por debajo de lo normal y niveles de TSH elevados concomitantemente. Cuando el paciente recibe la necesaria terapia sustitutiva, generalmente desaparecen los síntomas depresivos. Si los síntomas persisten debe tenerse en cuenta la posible existencia de una depresión autónoma.

Los cuadros depresivos primarios asocian a síntomas psicológicos como la tristeza, disforia, falta de interés o capacidad de placer y disfrute, sentimientos de inutilidad o culpa, estorbo, pensamientos de muerte que pueden llegar a ser de suicidio, otros síntomas somáticos como la pérdida de peso sin hacer régimen, aumento del mismo por hiperfagia, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía o disminución de la capacidad de concentración. Muchos de los síntomas de este segundo grupo son compartidos por otros síndromes y enfermedades médicas.

Por otro lado, la dificultad para expresar estados afectivos hace que un grupo de pacientes deprimidos expresen con mayor frecuencia e intensidad sintomatología somática que afectiva, y, sin embargo, padecen cuadros depresivos primarios, denominados tradicionalmente depresiones enmascaradas.

Será una historia clínica detallada la que permitirá detectar antecedentes médicos del paciente, así como la prescripción de fármacos potencialmente depresógenos. Datos demográficos como la edad de inicio del trastorno, que si es tardía, sugiere la necesidad de explorar patología médica o los antecedentes personales, por si no se tratara de un primer episodio depresivo. Los trastornos del humor son los que más se heredan en psiquiatría, así como son también hereditarias otras enfermedades médicas, por lo que resultará de interés profundizar en los antecedentes familiares. La ausencia de antecedentes personales y/o familiares de depresión, orienta a su origen médico o yatrogénico.

Es importante prestar atención a los síntomas cognitivos, incluso posibles fluctuaciones de los mismos. Los pacientes depresivos pueden tener alteradas la capacidad de evocación o la atención, pero si se presentan confusos o con deterioro cognitivo será preciso descartar patologías médicas.

El paciente depresivo raramente se muestra desorientado en la exploración mental. Sus alteraciones de memoria, cuando las hay, son más subjetivas que objetivas, polarizando el recuerdo en lo negativo. El inicio de estos problemas será brusco.

Es necesario precisar los síntomas somáticos, por otro lado muy frecuentes en las depresiones primarias: por ejemplo, aunque durante los cuadros depresivos es frecuente la hiporexia y la pérdida de peso, en aquel paciente que ha perdido veinte kilos en un mes habrá que sospechar patología médica subyacente.

En cuanto a la exploración física: deberá ser completa, incluso en pacientes con un diagnóstico anterior de depresión, siempre que aparezcan quejas físicas. En todo caso se deberá incidir en aquellas exploraciones sugeridas por la impresión clínica, y de manera importante en la exploración neurológica.

Resulta a demás muy útil recabar información de los familiares o personas que convivan con el paciente, ya que los pacientes deprimidos no suelen dar información objetiva de su funcionamiento basal. De la misma manera, concretar si existe consumo de tóxicos por parte de los pacientes. Los pacientes deprimidos suelen consumir más alcohol, tóxico muy depresógeno, que la población normal.

Las investigaciones recientes han mostrado que las personas con diabetes tienen el doble de tasa de depresión que las personas sin diabetes. De hecho, tanto como una de cada tres personas con diabetes también tienen síntomas de depresión. La depresión está asociada a un mal control de la diabetes debido a que cuando esta se padece, no se lleva adecuadamente el plan nutricional y hay poco cumplimiento en la toma de los medicamentos.

El estrés emocional está asociado con la elevación del azúcar en la sangre y mayores riesgos de complicaciones para la diabetes. En estos pacientes se ve que la mejoría de la depresión se traduce en mejor control de la diabetes y mejor calidad de vida. También se observa que las personas con diabetes tienen dos veces más probabilidades de tener depresión comparadas con la

población general. De los participantes en un estudio se encontró que el 11 % tenía depresión mayor y el 31 % tenía síntomas de depresión. Las mujeres con diabetes tenían más depresión que los hombres con diabetes, un patrón que refleja la depresión femenina en la población general. Esto quiere decir que cerca de una de cada tres mujeres tenía depresión. Este estudio, en réplica a otras investigaciones, no deja duda de que la depresión está asociada a la diabetes. Lo que no queda claro es de qué manera la interacción compleja de los factores genéticos, físicos y psicológicos afectan a esta asociación. La depresión puede ocurrir debido al impacto emocional del avance de la diabetes o las anormalidades de los neuro químicos o función de los neurotransmisores.

En las personas con diabetes preexistentes, la depresión es un factor de riesgo independiente para sufrir una enfermedad coronaria cardiaca. Se necesita más investigaciones para identificar los mecanismos fisiológicos y conductuales que cuentan para estos hallazgos. El mensaje es que la persona con diabetes tiene mayor riesgo de padecer depresión y que para protegerse a sí mismo y a sus seres queridos, es necesario que conozca este riesgo y acuda a su médico.

El diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (con diabetes) resulta difícil ya que las manifestaciones físicas como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glucemia se han normalizado, suele ser decisiva.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la pre menopausia y la menopausia.

Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos. Los

investigadores han encontrado que las mujeres de alguna manera están protegidas debido a que sus hormonas, como la progesterona, surten el mismo efecto experimental que las drogas antidepresivas un estudio reciente demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin síndrome premenstrual severo, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

Diferentes estudios señalan que hasta un 70 por ciento de las mujeres embarazadas presentan síntomas depresivos.

La depresión tiene causas como un embarazo no deseado, problemas de pareja, consumo de tóxicos como alcohol o cigarrillo. Se manifiesta con una profunda tristeza, problemas de concentración, fatiga, pérdida de placer y en general no se siente feliz con su estado. Es importante consultar para saber si se trata realmente de un episodio depresivo o simplemente de cambios emocionales ligados al estado de embarazo los cuales son normales durante y después del mismo. Diferentes trabajos demuestran que no hay una incidencia mayor de aborto en mujeres tratadas con antidepresivos que en otros grupos que no los recibieron.

Muchas mujeres, aproximadamente una de cada dos, se sienten un poco llorosas, desanimadas e inseguras en el tercer o cuarto día tras el parto. Es el conocido "*maternity blues*" o depresión del tercer día que dura de unas horas a un par de días y que pronto desaparece. Desde luego, muchas mujeres se sienten cansadas y un poco desorganizadas cuando regresan a casa del hospital, pero generalmente controlan perfectamente la situación cuando pasa más o menos una semana. Sin embargo, para las madres con una depresión postparto las cosas empeoran día tras día.

La depresión postparto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto ya que afecta a una de cada diez parturientas. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e

incluso años. La depresión postparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo.

A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido: " Deseaba tanto tener este hijo y ahora que lo tengo me siento completamente desdichada", "¿Qué me está pasando?", "El parto fue magnífico, mucho mejor de lo que esperaba, y todo el mundo se portó maravillosamente conmigo, especialmente mi marido. Yo debería dar saltos de alegría", "Tenía miedo que el bebé tuviera algún defecto al nacer, pero es perfecto", " Entonces, ¿Porqué no lo estoy disfrutando?, Quizás no valgo para ser madre".

Estas mujeres no son unas desagradecidas o unas malas madres sino que están experimentando una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión postparto, un trastorno que todavía sufren en silencio un gran número de mujeres. Es importante que si la paciente ha tenido antecedentes de episodios depresivos o cualquier trastorno mental lo haga saber al médico. Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de post parto.

Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño. Los estudios muestran que más del 30 por ciento de las madres primerizas experimentan depresión clínica y/o ansiedad luego del parto. Algunas piensan que es un estado de locura que lo ven exacerbado por el medio. Otras creen que es una condición que sólo afecta a las mujeres que no quieren tener hijos o que no son buenas madres o que son débiles. Todavía hay otras que piensan que es algo que solamente le pasa al resto de las mujeres y que a ellas no les va a pasar. Ahora sabemos que estas creencias no son ciertas. La depresión post parto puede afectar a mujeres que están felizmente casadas o que están en permanente conflicto con sus parejas. Puede afectar a

mujeres que tienen muchas ganas de quedar embarazadas y a aquellas que quedaron embarazadas de un hijo no deseado. Puede tratarse de mujeres que vienen de familias estables, que las contienen, sin antecedentes de problemas mentales o mujeres con familias disfuncionales que tuvieron episodios de depresión. Le puede pasar a cualquier mujer, inmediatamente luego del nacimiento del bebé o muchos meses después.

Desafortunadamente, la depresión post parto no ha sido comprendida y por ende mal diagnosticada por mucho tiempo, tanto por las madres como por la comunidad médica. Hay muchas razones para esto:

Los médicos están acostumbrados a que haya cambios emocionales durante el período posparto, por lo tanto hay una tendencia a considerar normal el comportamiento materno y probablemente no tomar a las actitudes de la mujer muy seriamente. Vivimos en una sociedad que no tolera los sentimientos maternos de miedo, ambivalencia y bronca. A veces la expresión de esos sentimientos se interpreta como inapropiados y fuera de control. Las mujeres tratan de superar sus expectativas de madres y cuando no lo logran, se sienten incómodas, culpables y angustiadas. No piden ayuda porque no quieren ser consideradas “malas madres.” Los síntomas de depresión y ansiedad luego del nacimiento caen sobre la comunidad médica ya que las mujeres consultan con psiquiatras, obstetras, pediatras y médicos generales.

La ansiedad es un síntoma de la depresión post parto y suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas.

La tarea de la nueva madre deprimida que todavía no se ha "enamorado" de su hijo es realmente dura. No obstante, el amor surge al final, cuando el niño es mayor y más interesante.

Sin embargo, la depresión postparto puede desarrollarse aún cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos, la madre teme desesperadamente perder a su precioso bebé por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente. Un simple catarro puede causar una gran preocupación. La madre puede obsesionarse con el peso del bebé y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a pensar: ¿habrá dejado de respirar? Es frecuente que la paciente desee ser constantemente tranquilizada por su pareja, su familia, su médico o cualquier otra persona.

La ansiedad también puede hacer a la madre preocuparse por su propia salud. Puede sentir pánico cuando su pulso se acelera o si tiene alguna palpitación, llegando incluso a pensar que tiene algo malo en el corazón o que está al borde de un accidente cerebrovascular. En ocasiones se siente tan debilitada que piensa que tiene alguna enfermedad terrible y que nunca volverá a tener energía de nuevo. Estas sensaciones extrañas e inusuales le harán plantearse la pregunta ¿Me estoy volviendo loca? (La respuesta es no).

El temor de quedarse sola con todas estas preocupaciones puede dar lugar a que incluso la mujer más capaz se sienta tan indefensa que no desee que su marido vaya al trabajo. Es importante para los médicos entender que el embarazo, el trabajo del parto y la perspectiva para la madre de la responsabilidad amenazante de criar, atender, educar y hacer una persona de provecho de su nuevo bebé, indudablemente le crea un gran "estrés", aún a las más confiadas de las nuevas madres. Factores adicionales que operarían en la mamá podrían ser su grado de madurez, su capacidad para manejar estrés, y su herencia emocional. Es lógico que se vea más en primerizas, donde las dudas e inseguridades son mayores y no ha habido experiencias previas que ayuden a fortalecer a la persona, dándole instrumentos adecuados para poder manejar las ansiedades que surjan. Sin embargo este proceso tan complejo, lo vemos también en las multíparas. La mayoría de las mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso uno o dos años. Sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado. La depresión postparto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja. De forma que lo mejor es detectar lo antes posible este trastorno para tratarlo precozmente.

Hace algún tiempo, se pensaba que las mujeres eran particularmente susceptibles a la depresión cuando los hijos se iban de la casa y ellas enfrentaban el "síndrome del nido vacío", sintiendo una pérdida profunda de propósito e identidad. Sin embargo, los estudios científicos no demuestran un aumento de depresión en las mujeres en esta etapa de la vida.

Al igual que en los grupos más jóvenes, más mujeres que hombres padecen de depresión en la vejez. Similarmente, en todas las edades, el no estar casado (incluyendo la viudez) es un factor de riesgo para la depresión. Lo más importante es que la depresión no se debe considerar como una consecuencia normal de los problemas físicos, sociales y económicos que se enfrentan en la tercera edad. De hecho, hay estudios que muestran que la mayoría de las personas adultas se sienten satisfechas con su vida.

Cientos de miles de personas quedan viudas cada año. En su mayoría estas personas son mujeres de mayor edad, y presentan un cuadro de síntomas depresivos bien variado. La mayoría no necesita tratamiento, pero aquellas con tristeza moderada o severa parecen mejorarse al asistir a grupos de apoyo o recibir otros tratamientos psicosociales. Sin embargo, una tercera parte de las personas viudas, sean hombres o mujeres, tienen un episodio de depresión grave en el primer mes luego de la muerte del cónyuge, y la mitad de éstas permanecen clínicamente deprimidas por un año.

Estos trastornos depresivos responden al tratamiento con antidepresivos, pero todavía se está investigando cuándo es el mejor momento para comenzar la terapia y cómo se deben combinar los medicamentos con tratamientos psicosociales.

La menopausia, en general, no representa un aumento en el riesgo de la depresión. De hecho, hay estudios que han demostrado que la depresión durante la menopausia, aunque anteriormente se consideró como un trastorno específico, no es diferente a la de otras edades. Las mujeres más propensas a sufrir de depresión durante esta etapa son aquellas con un historial de episodios depresivos previos.

Algunas mujeres sufren de depresión por el cambio de estaciones en el año. Otoño-invierno seguida de remisión en primavera y verano. Se trata en un 85% de mujeres en la tercera década de la vida con depresiones que duran unos cinco meses. En un alto porcentaje de los casos existen antecedentes de un cuadro de manía durante los meses de primavera y verano, constituyendo así lo que se denomina enfermedad afectiva bipolar.

En las últimas décadas la enfermedad depresiva ha aumentado proporcionalmente más en los hombres que en las mujeres. En la población femenina convergen más factores de riesgo, como los hormonales en el ciclo menstrual, en el posparto y la peri menopausia, y los de personalidad, porque las mujeres tienden más a la autocrítica y a la baja autoestima. Sin embargo, los grandes cambios sociales de la últimas décadas han beneficiado a las mujeres y en cambio, no han sido bien asimilados por algunos hombres, todos los acontecimientos en torno a la liberación de la mujer han creado en cierto tipo de hombres la sensación de que se les ha movido la silla, de que han empezado a perder terreno y poder. Algunos lo han encajado muy bien y les parece totalmente justo, pero otros no lo aceptan. Y así surge en gran medida la relación entre la depresión y los malos tratos en el hogar.

En el 80% de los casos la depresión tiene un inicio progresivo y gradual, a veces tan silente e inespecífico que puede pasar inadvertida hasta para el propio paciente. A menudo el síndrome del retardo del sueño, por el que la persona se acuesta habitualmente a horas muy avanzadas, y trastornos de conducta, como la promiscuidad sexual o los comportamientos de violencia, están enmascarando un cuadro depresivo. Esto se observa sobre todo en adolescentes y jóvenes. Los síntomas de la depresión, según Alonso-Fernández, trascienden el ámbito de las alteraciones del humor.

Numerosos pacientes no presentan tristeza ni desesperanza o apego a las ideas suicidas. Sin embargo, sí pueden tener síntomas de apatía, falta de energía, disfunciones sexuales; síntomas de discomunicación, como retraimiento social, mal humor, descuido en el arreglo personal y síntomas de ritmopatías, como alteraciones del sueño y gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día o notables diferencias entre la mañana y la tarde.

Algunos datos epidemiológicos revelan que sólo un 25% de los pacientes acierta a atribuir a la depresión su sufrimiento. Otro 25% mantiene que su enfermedad es un trastorno orgánico o funcional (atribuible a síntomas somáticos, como dolores de cabeza, alteraciones digestivas, inhibición del deseo sexual). Un 10% está convencido de que padece un trastorno psíquico puro, de tipo neurótico o ansioso. Y el 40% restante no se considera enfermo y achaca sus síntomas a las incidencias de la vida (problemas, preocupaciones) o a la propia forma de ser.

El hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer. El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión.

En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda.

El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Algunas compañías ofrecen programas de salud mental para sus empleados. Estos pueden ser de gran ayuda para el hombre. Es

importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera.

Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa por que el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

En los ancianos es particularmente fácil confundir una depresión ansiosa con una neurosis de angustia. La angustia que aparece por primera vez en un paciente mayor debe poner al médico sobre aviso respecto a la posible existencia de una depresión.

El diagnóstico de depresión en el paciente anciano requiere la comprensión de cómo la depresión geriátrica difiere de la depresión de una población más joven, y de un diagnóstico diferencial preciso.

La reducción de los ingresos y de la capacidad física y la pérdida del apoyo familiar y de amigos, con frecuencia exigen cambios en el estilo de vida del anciano y, al mismo tiempo, reducen su capacidad, psicológica y fisiológicamente, para adaptarse a estos cambios. Estas circunstancias conducen con frecuencia a una pérdida de la autoestima y a sentimientos de inferioridad cada vez mayores. Presentan incapacidad física y, a menudo, problemas crónicos que producen un amplio rango de limitaciones y afectan la autoimagen. Hay una pérdida del sentido de la productividad que se produce a menudo con la jubilación o con la pérdida de las responsabilidades del hogar y, para muchos, además, hay pérdida de amigos, de familia, de la esposa, que en algún momento

proporcionaron la vía principal para canalizar sentimientos de importancia. La pérdida de la autoestima se va profundizando rápidamente, pero, a menudo, sin el comienzo más específico que se observa generalmente en la población más joven. El autoreproche y la culpa no forman parte de la depresión de manera tan constante como en los grupos más jóvenes, pero aumentan las dolencias somáticas.

La mayor parte de los ancianos se presentan con problemas de índole orgánica, trastornos de la memoria y concentración y falta de impulso vital, distraendo la atención del médico sobre la depresión y dirigiéndola hacia síndromes cerebrales orgánicos y afecciones somáticas. Aún cuando se sospeche la presencia de una depresión se requieren estudios de laboratorio adecuados y un examen físico minuciosos porque, especialmente en los ancianos, la depresión puede ser una manifestación de otras entidades de origen orgánico. Dentro del grupo de las afecciones que pueden producir o presentarse como una depresión se incluye el hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de Parkinson idiopática, lesiones, neoplasias, desnutrición y fármacos. Aunque es necesario diagnosticar y tratar tales afecciones, la presencia de una patología orgánica concomitante o precipitante no debe detener el diagnóstico y tratamiento de la depresión. A menudo la desaparición de la depresión aclara el cuadro de la enfermedad orgánica, permitiendo tratarla con mayor facilidad o, de hecho, convivir mejor con ella.

El diagnóstico diferencial más difícil que debe hacerse en los ancianos es entre la depresión y la demencia senil.

Muy a menudo, cuando no se diagnostica o no se trata la depresión en los ancianos, se arriba a un diagnóstico equivocado de demencia senil.

El tratamiento ha de ser abordado por profesionales de la salud, psiquiatras o psicólogos, y los métodos son diversos, según los casos. Si estamos ante un episodio agudo de depresión o ante un período de progresivo deterioro, estará indicada la hospitalización.

En depresiones graves puede estar indicado el uso de terapia convulsiva, cuando no responde a otras intervenciones terapéuticas. El tratamiento médico con medicación es siempre adecuado, pues alivia un sufrimiento innecesario. En todos los casos, la psicoterapia de apoyo es necesaria, en ella se ayuda al enfermo, en un principio a desahogarse, y posteriormente a identificar y asimilar los eventos de su vivencia, que pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de su estado, para mediante el entendimiento, la comprensión, la simulación, el aprendizaje y el cambio de determinados aspectos de la vida, prevenir futuros episodios.

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales puede producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos

depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión.

Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión.

El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas.

Además de tratar al paciente de una depresión, utilizando la psicoterapia u otra técnica, en algunos casos es aconsejable utilizar algunos fármacos que reducen y eliminan la depresión del paciente. Estos fármacos pueden ser tricíclicos o tetracíclicos, o bien el litio entre otros.

Estos fármacos tardan aproximadamente dos o tres semanas para empezar a mostrar sus efectos en el paciente. Pero después de ver alguna mejoría, no es aconsejable suspender el tratamiento. Sino debe de terminarse el tratamiento por varios meses y después disminuir la dosis hasta eliminar el fármaco y completar los seis meses de tratamiento.

En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son leves y temporales (conocidos a veces como efectos adversos). Por lo general son molestos, pero no graves. Sin embargo si se presenta una reacción o efecto secundario que es inusual o que interfiere con el funcionamiento normal, el médico debe ser notificado de inmediato. Estos son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejarlos:

Boca seca: es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes diariamente. Constipación: la dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales. Dificultad al orinar: vaciar la vejiga puede ser dificultoso y el chorro de orina

puede no ser tan fuerte como de costumbre; debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor. Problemas sexuales: el funcionamiento sexual puede alterarse; si se vuelve preocupante, debe conversarse con el médico. Visión borrosa: esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos. Mareos: conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.

Somnolencia o modorra diurna: esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni operar máquinas o vehículos. Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

Los antidepresivos más nuevos tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- Dolor de cabeza: generalmente se pasa.
- Náusea: también es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es solo por un rato.
- Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche): estos pueden ocurrir durante las primeras semanas; usualmente se resuelven con el tiempo o tomando una dosis más pequeña. Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso): si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente, el médico debe ser notificado.

Problemas sexuales: el médico debería ser consultado si el problema es persistente o preocupante.

No son tranquilizantes ni estimulantes. No son adictivos, no crean dependencia. Necesitan dos semanas o más para empezar a hacer efecto. No hacen necesario el suspender la lactancia materna ya que entre los muchos antidepresivos disponibles existen algunos que no pasan a la leche materna y por tanto no afectarán a su hijo en absoluto. Necesitan ser mantenidos durante al menos 6 meses tras la depresión para reducir el riesgo de recaída.

En todos los casos, la psicoterapia de apoyo es necesaria, en ella se ayuda al enfermo, en un principio a desahogarse, y posteriormente a identificar y asimilar los eventos de su vivencia, que pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de su estado, para mediante el entendimiento, la comprensión, la simulación, el aprendizaje y el cambio de determinados aspectos de la vida, prevenir futuros episodios. Hasta el momento, los mejores resultados parecen corresponder a la terapia cognitiva-conductual y a la psicoterapia interpersonal. En los casos más graves, la combinación de psicoterapia y farmacoterapia puede arrojar mejores resultados que la psicoterapia sola. Cada vez se considera con más asiduidad a la depresión como una enfermedad con alta probabilidad de recurrencia, resaltan los autores.

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias de conversación ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con tareas para hacer en casa entre una sesión y otra.

Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia de comportamiento procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Estudios de investigación han comprobado que las psicoterapias a corto plazo son útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la cognitiva-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o de *insight*, que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos (o ECT bajo condiciones especiales), junto con, o antes de, una psicoterapia.

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

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

Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente. Está centrada en los síntomas y su resolución.

El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. El lugar de promover un, se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas

específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia. Rechaza el principio de sustitución de síntomas.

La falsa idea de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma como una solución económica, la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, es cuestionada por esta metodología. La meta de la Terapia cognitivo conductual es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento. Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento.

Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. Desmitifica la terapia. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente.

2.2 Psicopatología

La psicopatología es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Es el término que se designa a aquella área de salud que describe y sistematiza los cambios que se

producen en el comportamiento de los seres humanos y que no pueden ser explicados a través de la maduración o del desarrollo del individuo y que se los conoce como trastornos psicológicos. Es un área de estudio dentro de la psicología que se centra en estudiar aquellos estados no sanos de la mente de los individuos.

De esto se desprende que cualquier conducta que ocasione malestar, algún impedimento o la discapacidad como consecuencia del deterioro de las funciones cerebrales cognitivas es adecuado de ser denominado como psicopatología.

Por esto es que en la psicopatología; el aprendizaje y el análisis de la conducta o cualquier otro proceso vinculado al proceso cognitivo permitirá explicar y entender aquellos estados no sanos de la mente, así como también los mejores tratamientos para mitigar las consecuencias de estos mencionados estados.

Un trastorno mental es un síndrome o un patrón vinculado a un malestar o una discapacidad. En este sentido, cabe destacar que un a enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, que se traduce en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la comprensión de la realidad y de la adaptación a las condiciones de vida. Estudiar el pasado de la psicopatología, nos ayuda a entender el desarrollo que ésta ciencia ha tenido a través de la historia. Mucho de lo que parece moderno, es consecuencia del pasado. Por lo que negarlo no es adecuado. Una revisión de lo que ocurría en la antigüedad, nos ayuda a entender mejor los avances modernos.

El ser humano siempre se ha interesado por su bienestar físico, sus relaciones sociales y el lugar que ocupa en el universo. Por lo tanto ha planteado sus teorías al respecto. Muchas de estas teorías se generalizan en la mente del hombre en todo el mundo. Existen teorías sobre la psicopatología que se repiten una y otra vez en la historia.

Por ejemplo, en la actualidad se cree en la teoría que explica las enfermedades mentales como algo sobrenatural y mágico, como cosa de los espíritus y los demonios. La creencia en ésta teoría,

lleva al uso del exorcismo; que es expulsar al demonio o espíritu que causa el mal dentro del hombre por medio de la oración y la magia.

Muchas personas, a pesar de creer en un curandero o chamán, al mismo tiempo buscan los servicios médicos de un profesional. El chamán o curandero, es un mago que se cree tiene contacto con lo sobrenatural, y que a través de él, los espíritus se comunican con los humanos. Es decir que por medio del chaman, la persona puede saber que espíritu es el que le está provocando el mal y también poderlo expulsar de su cuerpo. El efecto de la conducta del chamán tanto para curar los trastornos como para provocarlos ilustra las interrelaciones de las creencias de la gente y las reacciones emocionales con su salud física.

En la antigüedad las personas creían que para expulsar el mal de otra persona, debía hacerse un orificio en la parte frontal del cráneo. Técnica conocida como “trepanación”. Ésta práctica se realizaba con un instrumento filudo, podría ser una piedra u otro objeto; el orificio era aproximadamente de dos centímetros de diámetro.

Se han encontrado evidencias, que la trepanación se realizaba desde los años 3,000 y 2,000 a. C. en los países de África y el este del Mediterráneo.

El propósito de la trepanación, era permitir que los espíritus malignos escaparan por el orificio y así lograr la curación de la persona que padecía algún trastorno mental. La persona no necesariamente moría con ésta técnica.

Se le atribuye a los griegos los cimientos del conocimiento y entendimiento humano del mundo moderno. La principal deferencia entre los griegos de la antigüedad y el mundo moderno, es el acceso al conocimiento acumulado durante los últimos 2,000 años y el método científico.

En los años 800 a. C. los griegos, consideraban la conducta desequilibrada y los trastornos psicóticos, como una forma de castigo para las ofensas en contra de los diferentes dioses. A aquellos a quienes los dioses destruirán, los volverán locos primero. Al igual que el poder de una persona, se creía que los estados de locura se concebían por medio de los dioses. La terapia se

llevaba a cabo en un conjunto de templos dedicados a Esculapio, el dios de la medicina. Los templos tenían en su estructura un laberinto, Los enfermos mentales entraban en él y permanecían dentro hasta que llegaban al centro. Cuando éstos dormían, se creía que Esculapio se hacía cargo de sus sueños y de esta forma los sanaba.

En los siglos posteriores, la idea de que la vida de una persona estaba en manos de los dioses desapareció de manera gradual, al menos en los ciudadanos educados de Grecia. En esa época, los griegos explicaron la conducta anormal y los trastornos mentales como fenómenos naturales para los cuales, aplicar un tratamiento razonable, era posible.

Los hebreos, los egipcios, los mesopotámicos, creían que la mente tenía alojamiento en el corazón de la persona. Cuando embalsamaban a los faraones, el corazón se veneraba, mas no así el cerebro, el cual era extraído y desechado. Pero para los griegos, la mente se encontraba alojada en el cerebro. El médico griego Hipócrates, que existió en los años 460 al 377 a. C. para explicar porqué la gente se comporta como lo hace, tomaba en cuenta el cerebro. Describió al cerebro como el intérprete de la conciencia y también como el órgano más importante del cuerpo humano.

Hipócrates describió los ataques epilépticos y también concluyó que los provocaba un cerebro enfermo. Escribió sobre la depresión, los estados de delirio, la psicosis, los temores irracionales, o sea las fobias, y la histeria. Él y sus seguidores tuvieron la habilidad para reconocer y tratar las enfermedades mentales. Tenían técnicas terapéuticas que a menudo eran el descanso, baño y dieta.

Sócrates, Platón y Aristóteles, contribuyeron a la psicopatología de la siguiente forma: Sócrates se interesó por la auto exploración y consideró el razonamiento como la piedra angular de la buena vida y la felicidad personal. Platón, desarrolló el punto de vista orgánico. Consideró la conducta como un producto de la totalidad de los procesos psicológicos. Platón creía que la conducta desequilibrada surgía de los conflictos entre la emoción y la razón. Hizo énfasis en el poder de las ideas, llegando a decir que la mente es la única realidad de la existencia humana.

Para Platón las personas que pierden la razón, deben estar separadas de la sociedad. Con el tiempo, la responsabilidad de quitar a los enfermos mentales de la sociedad, fue del gobierno y no de la familia. Aristóteles escribió sobre la naturaleza del razonamiento y la conciencia buscando analizar las emociones humanas. Describió y especuló acerca de varios estados emocionales y motivacionales, que incluyen enojo, temor, envidia, valor, odio y lástima. Aristóteles daba el valor más alto a la razón y la dedicación. También pensaba que las distintas fuerzas en el cuerpo necesitan estar en equilibrio para que prevalezca la razón.

Galeno era el médico romano más notable, consolidó y amplió las teorías griegas de la mente y el cuerpo. Reformó la teoría antigua sobre el papel de cuatro humores en el carácter y el temperamento personal. Los cuatro humores, son fluidos del cuerpo; sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Se creía que cada uno de éstos se relacionaba con determinada cualidad del temperamento y se pensaba que los desequilibrios entre los humores provocaban distintos trastornos. Las teorías de Galeno, fueron populares durante toda la época medieval. Los aportes de los antiguos filósofos, facilitaron los cimientos para la ciencia moderna.

Los sucesos importantes dentro de la Edad Media, tales como la caída de imperios, la peste negra y otros, provocaron en las personas muchos brotes de histeria colectiva. Algunas de estas personas se comportaban como manadas de lobos y otros bailaban en las calles, haciendo movimientos parecidos a los de las arañas.

En ésta época, la Iglesia estableció una institución especial para el cuidado de los niños psicóticos y con retraso mental en Bélgica. Cuando mejoraban, los recogían familias de la localidad. También durante este período, se creía que la música y la danza curaban la demencia porque restauraban el equilibrio químico en el organismo.

San Agustín escribió sobre los sentimientos, la aflicción mental y el conflicto humano, quizá fue el precursor de los psicoanalistas actuales. Lo parecido se no se encuentra en lo que trató, sino en como lo abordó. Empleó la introspección, o análisis de sus propios pensamientos, sentimientos y motivaciones, para estudiar los procesos mentales como el conflicto entre el placer y la

disciplina. Trabajó por lograr un autoanálisis completo, aunque doloroso, y en sus confesiones reveló sus pensamientos, tentaciones y temores.

Cuando demostró que la introspección y la exploración de la vida emocional de un individuo pueden ser valiosas de conocimiento a la psicopatología, San Agustín hizo una importante contribución a la psicopatología moderna. Los aportes de San Agustín, no tuvieron apoyo durante los últimos años de la Edad Media.

Posteriormente cobró influencia la Iglesia, tomando participación en las decisiones de los gobiernos, y fue el dogma religioso, y no la ley civil, lo que se convirtió en la autoridad suprema. La Iglesia llegó a controlar la práctica de la medicina, definiendo sus objetivos y prescribiendo tratamientos para las distintas condiciones.

Durante éste tiempo tomó importancia la demonología y la superstición. La Iglesia atribuía las causas de la conducta a éstas influencias espirituales. Las autoridades de la Iglesia sintieron la necesidad de crear un documento definitivo sobre la encarcelamiento de brujos y hechiceros, a quienes consideraban como los principales agentes del demonio. Esa necesidad se cubrió en 1484 con la publicación del "*Malleus Maleficarum*" por los padres Henry Kramer y James Sprenger, obra que tuvo gran influencia y se convirtió en un libro de referencia para los investigadores de los fenómenos diabólicos.

A finales de éste período, la mayoría de personas creía en la magia y la brujería como causantes de las enfermedades mentales. Muchas personas creían con firmeza en el exorcismo, la expulsión de los espíritus malignos del cuerpo de la persona afligida. Sin embargo, es difícil sacar conclusiones firmes sobre el estado mental de los brujos a quienes se juzgaron durante la Edad Media. Ya que la evidencia disponible es escasa y confusa. Se ha demostrado que muchos de los brujos que se sometieron a juicio en Nueva Inglaterra durante los siglos XVI y XVII eran parias de la sociedad perseguidos y no personas que sufrían algún trastorno mental.

Paracelso, (1493 - 1541) se opuso a las creencias sobre la posesión demoniaca de un enfermo mental. Planteó que las desadaptaciones se debían a fenómenos naturales; por su creencia en la astología, pensaba que esos fenómenos se encontraban entre las estrellas y los planetas, no dentro del individuo. Juan Huarte (1530 – 1589) escribió uno de los primeros tratados sobre psicología, “*Probe of the Mind*”. En éste manuscrito hizo una distinción sobre teología y psicología y apoyó con firmeza una explicación racional del desarrollo psicológico de los niños.

En base a los postulados de Paracelso y Huarte, los gobiernos hicieron esfuerzos serios por cuidar de los individuos con problemas mentales. En Inglaterra, la Corona tenía el derecho y el deber de proteger a los enfermos mentales, que se dividían en dos categorías: tontos naturales, o sea personas con retraso mental; y personas *non “compos mentis”*, o personas no en su sano juicio.

En éste período se incrementó el humanismo, la curiosidad por la naturaleza y el interés por el saber. Sin embargo, continuó la persecución de las personas que no agradaban a la sociedad. Se tenía y mantenía un concepto poco compasivo por las personas con demencia. Muchos médicos estudiaron las manchas en la piel, porque se creía que eran lugares o puntos de contacto con Satanás. Persistía aún la idea que se personificaba el chamanismo, a través de la terapia popular de extraer las piedras de la cabeza.

Posteriormente y poco a poco, se concibió la idea de que la conducta irracional se podía explicar de manera racional. Johann Weyer (1515 – 1576) fue un médico del siglo XVI y uno de los principales contribuyentes en este desarrollo. Enfatizó el conflicto psicológico y las relaciones interpersonales desequilibradas como las causas de los trastornos mentales. Tuvo el valor de insistir en que los brujos eran individuos con desequilibrios mentales y no criaturas de Satanás. Defendió con firmeza la necesidad de tratar a esas personas mediante la medicina y no por medio de la teología.

Weber describió una amplia gama de conductas anormales, incluyendo los trastornos que actualmente se conocen como paranoia, epilepsia, psicosis, depresión y pesadillas recurrentes. Pasó mucho tiempo observando y platicando con sus pacientes, porque creía que no podía dar

tratamiento a la psicopatología sin tener un conocimiento de primera mano. Con éste descubrimiento, llegó a la conclusión de que las experiencias internas (como los conflictos psicológicos) y las relaciones desequilibradas con los demás, eran causas importantes de las enfermedades mentales. En base a lo escrito por Weber, se diferenció la teología de la psicología anormal.

El siglo XVII se conoce como la Edad de la Razón, y el siglo XVIII como la Edad de la Ilustración. En éstos dos siglos, la razón y el método científico reemplazaron a la fe y el dogma como formas para comprender el mundo natural. Durante éste período, destacaron los avances científicos en astronomía, biología y química. Los científicos y filósofos enfatizaron la necesidad de apoyarlas afirmaciones con observaciones de los fenómenos naturales.

En ésta época, muchos de los filósofos y científicos se dedicaron a la observación y atención en las experiencias subjetivas de los seres humanos. Baruch Spinoza (1632 – 1677) anticipó los planteamientos modernos de la psicología y la fisiología con el argumento de que la mente y el cuerpo son inseparables. Gran parte de los escritos actuales sobre psicología son basados en los escritos de Spinoza. Los escritos de Spinoza hablan de la causalidad psicológica y el papel de las emociones. Las ideas y deseos en la vida del hombre. También mencionó los mecanismos inconscientes que tienen influencia en la conducta humana. Su principal aporte a la psicopatología fue su argumento de que los procesos psicológicos, a pesar que no se pueden observar de manera directa, tienen una importancia igual a la de los procesos materiales del mundo natural.

Durante los siglos XVII y XVIII, tanto los que analizaban la experiencia subjetiva y quienes trataban de identificar los efectos físicos, finalmente rechazaron la idea de que los demonios y las causas sobrenaturales provocaban la psicopatología. Por lo tanto, a finales del siglo XVIII, la superstición había sido reemplazada casi por completo por un compromiso con la racionalidad, la observación científica y el trato humano de los enfermos mentales.

Cuando un rey inglés, Jorge III enfermó y tuvo un ataque psicótico, en Inglaterra tomó fuerza el movimiento hacia el trato humano. Esto condujo a una crisis social, al reflexionar que ni siquiera las personas con poder e ilustres estaban lejos de padecer un trastorno mental.

En 1774, Gran Bretaña legisló en su primer acto parlamentario la autorización de los manicomios y reguló la admisión de pacientes en dichos centros, los cuales ya existían desde varios años antes.

Durante los primeros años del siglo XIX, surgió otro nuevo planteamiento con respecto a la psicopatología. Franz Joseph Gall (1758 – 1828) era médico, y estudió el cerebro de diferentes tipos de personas (jóvenes, ancianos y trastornados) recopiló evidencias que sugerían que el tamaño del cerebro y el desarrollo mental estaban relacionados. Derivado de ésta evidencia, formuló la teoría de la Frenología, de acuerdo con la cual las distintas facultades psicológicas se localizaban en áreas específicas del cerebro.

En el siglo XVIII trajo muchos aportes respecto al mejor trato de las personas con trastornos mentales. Esta nueva compasión hacia estas personas, se convirtió en la base para el movimiento de la reforma del siglo XIX. Philippe Pinel (1745 – 1826) destacó por ser el líder en la reforma de los hospitales mentales franceses, expresó gran simpatía por la condición de los dementes. Él creía con firmeza que lo que necesitaban, era cuidado humano y tratamiento. En ese tiempo la forma de Pinel era difícil de aceptar por la sociedad. Tuvo que luchar contra el punto de vista de que las instituciones para los dementes eran más necesarias para proteger a la sociedad, que para mejorar las condiciones de los enfermos y de esa manera ayudarlos.

Jean Baptiste Pussin, un ex paciente de Pinel, después de padecer de un trastorno mental, fue dado de alta y consiguió un trabajo en el Hospice de Bicetre, uno de los asilos más importantes que albergaba pacientes varones. En ese hospital, consiguió ocupar el cargo de superintendente. En donde más tarde Pussin le quitó las cadenas a los pacientes con trastornos mentales. Prohibió la crueldad hacia los pacientes y despidió a los asistentes que los trataban mal.

En 1815, 25 de mayo, la Cámara de los Comunes Británica ordenó una investigación parlamentaria en los manicomios de Inglaterra. En uno de éstos, Hospital of St. Mary of Bethlehem en Londres, era característico por el ruido que los pacientes emitían. Y debido a esto, las personas asistían a observar la conducta de los enfermos mentales como diversión, hasta se vendían boletos para entrar al manicomio.

William Hone, fue uno de los líderes del comité de reforma de los ciudadanos. William junto a George hicieron recorridos por los manicomios y el primero tomaba nota de lo que observaban y el segundo hacía dibujos para representarlo. Estas notas y dibujos fueron las bases que dieron inicio de la reforma.

En la mitad del siglo XIX, había una mayor aceptación a las ideas humanitarias, se tomó en cuenta la necesidad de realizar una reforma en las instituciones sociales. Se iniciaron movimientos enérgicos para establecer asilos protectores y benignos para los enfermos mentales. Pinel clasificó diferentes trastornos mentales, con el fin de crear tratamientos específicos para ellos.

Posteriormente se crearon enormes asilos, debido a que se pensaba que aislar a los enfermos mentales de la familia, amigos y la comunidad, era la única forma de curarlos. También se creía en un tratamiento moral expuesto por Pinel, que consistía en un plan de tratamiento para la depresión. Buscaba controlar y rehabilitar al paciente mediante un horario fijo que apoyara sus hábitos regulares; un trato bondadoso con restricciones mínimas; una visita diaria por parte del superintendente del hospital, quien asumía el papel de persuasor y líder de inspiración; ambiente tranquilo y agradable; instalaciones que se paren a los pacientes con los distintos grados de trastorno; dieta apropiada; algunos medicamentos y actividades físicas y mentales organizadas.

El movimiento de la reforma tuvo una característica importante, fue la creación de instituciones para el tratamiento de niños con problemas psicológicos.

En el siglo XIX en América, los enfermos mentales eran tratados igual que los criminales, pues los recluían en las cárceles y hasta morían por descuido y por enfermedades orgánicas. Todo esto porque no se les prestaba atención y se les consideraba una molestia para la sociedad colonial. Los llevaban por grupos en hora de la noche y los eliminaban en las plazas públicas.

Benjamín Rush (1745 – 1813) es el fundador de la Psiquiatría en América. Creía que la locura se debía a un engrosamiento de los vasos sanguíneos del cerebro. A pesar de que los métodos para el tratamiento que utilizó (sangrías, purgas y curaciones con agua) en la actualidad parecen más un castigo que una terapia, llevó a cabo su labor en un hospital y no en una cárcel.

En la actualidad, muchas instituciones prestan un servicio de alto nivel en el trato a los pacientes con trastornos mentales. Aunque no se puede negar, que en algunos países aún se ven enfermos mentales deambulando por las calles sin que nadie se haga cargo de ellos, por la falta de instituciones que se dediquen a dicha labor. Esto recuerda el pasado triste en que se maltrataba a los enfermos mentales.

En psicopatología, se distingue entre normalidad y anormalidad. Normalidad viene de norma. El sentido original de la palabra latina norma es escuadra. En latín ángulo recto se dice *angulus normalis*. Este sentido geométrico de la palabra norma se conserva en otros términos vinculados a ella, como regla, por ejemplo: el significado común a todas estas palabras es el de medida adecuada y a su vez determinante. Si nos remontamos a su equivalente en griego, gnomon, nos encontramos con que los helenos también empleaban esta palabra para decir medida, escala o regla graduada, pero que su sentido original era reloj de sol o más precisamente, puntero de reloj de sol.

Para Tellenbach (1979) este significado primordial de la palabra norma encierra la cualidad más substantiva de la norma y la normalidad, pues representa el encuentro del hombre y la naturaleza en torno a una medida. El hombre fabrica un disco y un puntero con el objeto de medir la rotación cósmica, vale decir, la norma de la naturaleza en su movimiento perfecto, pero ella debe

ser leída por el hombre, pero no por cualquiera, sino por un conocedor, alguien que sabe leer el tiempo y es capaz de medir y apreciar su perfecta regularidad.

Con otras palabras, el hombre adquiere su conocimiento sobre lo que es normal y normativo a través de su trato con el mundo de la naturaleza, pero ocurre que él también es naturaleza y tiene que ser capaz de encontrar en sí mismo las medidas o normas a priori. Ha sido la tarea de la filosofía a lo largo de los siglos el develar estas estructuras a priori de nuestra naturaleza, de nuestra existencia.

Como ejemplos de estas concepciones del hombre que han servido de criterios normativos con respecto a los cuales se han podido determinar las distintas formas y grados de desviación que llamamos “enfermedades”, podemos mencionar la ética aristotélica, la idea de organismo surgida en la Medicina a partir del siglo XVII, la antropología kantiana, la visión científico-natural del cuerpo que se forja a lo largo del siglo XIX y más recientemente esta nueva, profunda y revolucionaria descripción del ser del hombre en la obra de Heidegger (1963).

Los primeros trabajos de Ludwig Binswanger (1957) sobre la esquizofrenia representan un ejemplo de cómo definir una enfermedad mental con respecto a la norma propuesta por Heidegger.

Hay conceptos que se emplean con frecuencia como sinónimos de anormalidad o de enfermedad, y que sin embargo, encierran diferencias fundamentales. Es el caso, por ejemplo, de la anomalía, cuyo sentido etimológico es muy distinto, pues significa desigualdad, aspereza. O malos designa en griego aquello que es unido, igual, liso y por lo tanto, anómalos es lo desigual, rugoso, irregular. Tenemos entonces que en estricto rigor “anomalía” es un término descriptivo que designa un hecho, mientras “anormalidad” implica, como veíamos, la referencia a un valor. Para Canguilhem (1983) la anomalía es un hecho biológico que tiene que ser tratado como tal, es decir, que la ciencia natural tiene que explicarlo y no apreciarlo.

El reconocimiento, por su parte, de la importancia del terreno individual en la patogénesis, vino a cuestionar seriamente esta idea de la enfermedad. La concepción contraria la tuvieron los griegos: una concepción no ontológica, sino dinámica, no localizacionista, sino globalizante.

Para ellos la naturaleza, la *physis*, era armonía y equilibrio y el enfermar era la pérdida de esa armonía. La enfermedad no estaba radicada en ninguna parte específica, sino que era la totalidad del ser la que había perdido su orden interno, su norma. Pero la enfermedad no era sólo pérdida del equilibrio; también podía resultar del esfuerzo de un organismo por mejorarse en el sentido más profundo, en el de lograr un nuevo nivel de salud para alcanzar la *sophrosyne* (Dörr-Zegers, 1996), ese estado de sensatez y sabiduría al que aspiraba todo griego.

A lo largo de la historia las representaciones que los médicos han tenido sobre la enfermedad han oscilado entre estas dos visiones contrapuestas: la enfermedad como algo que falta o que se agrega a un organismo (concepción ontológica) y la enfermedad como pérdida de la armonía del todo (concepción dinámica o funcional).

Ahora, ¿cuál es la relación entre la anormalidad y la normalidad, entre la enfermedad y la salud? Según el principio de Broussais (1822) -que va a servir luego de base a las incursiones del filósofo Auguste Comte en el campo de la fisiología (1908, 1912), existe una suerte de identidad entre los fenómenos patológicos y los fisiológicos, de modo que las enfermedades consistirían en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima o por debajo del grado que constituye el estado normal. Comte explica este principio con las siguientes palabras: Hasta entonces el estado patológico era relacionado con leyes completamente diferentes de las que gobiernan el estado normal. Broussais estableció que los fenómenos de la enfermedad coinciden esencialmente con los de la salud, de los que siempre difieren sólo por la intensidad.

El gran fisiólogo Claude Bernard (1877) adhiere a la concepción de Broussais, pero la apoya en experimentos y en el desarrollo de métodos de cuantificación. Para él toda enfermedad tiene una función normal respecto de la cual sólo es una expresión perturbada, exagerada, aminorada o anulada. Si actualmente no podemos explicar todos los fenómenos es porque la fisiología no se

encuentra todavía suficientemente adelantada y porque aún existe una multitud de funciones normales que nos son desconocidas. Y más adelante dice: Fisiología y patología se confunden y en el fondo son una sola y misma cosa.

La enfermedad mental, concepto enmarcado en la psiquiatría y medicina, es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales. Además, el término "enfermedad mental" puede asociarse a estigmatización social. Por estas razones, este término está en desuso y se usa más trastorno mental, o psicopatología.

El concepto enfermedad mental aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes.

En cuanto a la etiología de la enfermedad mental, podemos decir que, debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinados multifactorialmente, integrando elementos de origen biológico (genético, neurológico), ambiental (relacional, familiar, psicosocial) y psicológico (cognitivo, emocional), teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

Aun cuando clásicamente se han dividido las enfermedades mentales en Trastornos Orgánicos y Trastornos Funcionales, haciendo referencia al grado de génesis fisiológica o psíquica que determine al padecimiento, la evidencia clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre sí y que en la patología, como en el resto del desempeño psíquico "normal", ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como lo conocemos.

De hecho, alteraciones biológicas alteran la psique, al igual que alteraciones psicológicas alteran o modifican la biología.

Existen numerosas categorías de trastornos mentales, con mayor o menor gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo como en su repercusión dentro del funcionamiento social, así se hace alusión a otra clasificación clásica: trastornos neuróticos y trastornos psicóticos. Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo, así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano; sin embargo, no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la vida social, pueden desempeñarse laboral y académicamente, y según Freud y las escuelas psicoanalíticas este estado es la condición natural de la vida psíquica.

La enfermedad mental suele degenerar en aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas.

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrativo y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como métodos paliativo de los síntomas más pronunciados, para así dar paso a un proceso de intervención psicológica para atender los orígenes y manifestaciones del trastorno y así generar un estado de bienestar más sólido, efectivo y permanente en las personas que sufren de esta enfermedad.

Según el DSM-IV-TR, los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, careciendo de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Salud mental o "estado mental" es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas.

Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud

(OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Manera también, como las personas relacionan su entorno con la realidad. En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es óbice para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Guatemala no tiene un marco legislativo que regule la salud mental. Sin una ley específica, no se garantiza la protección de los derechos humanos de los pacientes ni existe un plan de formación de profesionales y de capacitación de trabajadores. En consecuencia, no tiene una política de salud mental, aunque el Ministerio de Salud realice acciones en este sentido.

El Estado dedica el 1% de su presupuesto a salud mental. Prácticamente la totalidad del presupuesto dedicado a salud mental (90%) se destina al Hospital Nacional de Salud Mental, con lo cual otros hospitales y centros de atención primaria del resto del país no pueden dar el servicio que requiere la población. La mayoría de dispositivos están concentrados en la capital. La cobertura en el interior del país y en especial en las áreas rurales es escasa. El 99% de las camas psiquiátricas se encuentran en el área metropolitana.

Existen 32 establecimientos de salud mental ambulatorios y sólo uno está destinado para la niñez y adolescencia; ninguno proporciona seguimiento de casos a nivel de la comunidad.

La falta de seguimiento de las enfermedades mentales a nivel ambulatorio y hospitalario de base comunitaria (sanidad pública) impide que se incida en su curación o control a base de psicofármacos y terapias específicas. Los trastornos de tipo mental originan un gran sufrimiento en las personas que los padecen. En muchos países las políticas de salud mental aún son un lujo. En otros muchos se trabaja en el diagnóstico, tratamiento, adopción de ayudas a las familias de los enfermos, creación de centros de día y centros de internamiento permanente.

El acceso a psicofármacos o medicamentos que actúan sobre la actividad mental no es universal. Por una parte, la seguridad social no cubre la demanda de la población afectada por trastornos mentales. Por otra, no están al alcance de todo el mundo a causa de su elevado precio y del nivel del salario medio del país. La disponibilidad de psicofármacos no está garantizada en la red pública de servicios y solo un 1% de la población tiene acceso gratuito a este tipo de medicamento. La única unidad del Ministerio de Salud donde se entregan los medicamentos gratuitos a los enfermos es el Hospital Nacional de Salud Mental. Para aquellos que deben pagar los fármacos de su bolsillo el costo es muy alto; por ejemplo la dosis diaria de antipsicótico significa el 29% del salario mínimo diario, mientras que de un antidepresivo es el 17%.

De los 32 establecimientos de salud mental ambulatoria del país, ninguno dispone, en el propio centro, de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos), o en una farmacia cercana durante todo el año (con medicamentos gratis o accesibles).

En Guatemala existen dos hospitales psiquiátricos, con 336 camas. Ninguna de las camas está reservada expresamente a niños y adolescentes. Los pacientes egresados en los dos hospitales psiquiátricos pertenecen principalmente a los dos siguientes grupos diagnósticos: esquizofrenia, trastornos psicóticos y delusivos (43%) y trastornos afectivos (41%).

Existe una asociación para pacientes esquizofrénicos, que no participa en los planes de salud mental del Gobierno ni recibe apoyo económico de los presupuestos del Estado. Además de esta asociación, hay unas 13 ONG involucradas en asistencia individual en salud mental.

Las ONG, agencias internacionales, fundaciones privadas, además de agencias gubernamentales, participan en campañas de concienciación de la población sobre salud mental. Estas campañas han estado dirigidas a los siguientes grupos: población en general, niños, adolescentes, mujeres, supervivientes de traumas, grupos étnicos, y grupos vulnerables o minoritarios. Además, ha habido campañas de educación pública y concienciación dirigidas a grupos profesionales incluyendo proveedores de atención en salud, maestros, personal de servicios sociales y otros gremios asociados con el sector salud.

A continuación, algunos de los trastornos mentales que presentaron algunos de los pacientes que se trataron durante el desarrollo de la Práctica Profesional Dirigida.

2.2.1 Trastornos de ansiedad

En la presente sección, se encuentran algunos de los trastornos de ansiedad, que de alguna manera, fue necesario investigarlos para prestar un buen servicio a los pacientes psicológicos atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida.

La ansiedad es un dispositivo que permite a las personas accionar ante determinada circunstancia o situación. Especialmente es un motivador a acción en situaciones de peligro. Pero cuando dicha ansiedad es desmedida, o no es canalizada adecuadamente, la persona se encuentra ante un trastorno de ansiedad.

La agorafobia es el miedo, ansiedad o temor que se experimenta al exponerse a situaciones o sitios de los cuales a la hora de un peligro, resulta difícil o embarazoso huir o escapar. Por ejemplo, la ansiedad que el paciente experimenta al atravesar plazas o calles libres, estar solo dentro o fuera de casa, encontrarse en un puente o en un ascensor. Este trastorno debe

diferenciarse de trastornos de ansiedad parecidos. Como los son: fobia social o específica, trastorno de ansiedad por separación grave. Todos estos trastornos se caracterizan por comportamientos de evitación de situaciones específicas. Esto hace un tanto difícil su diagnóstico.

Las causas del trastorno de ansiedad por agorafobia, no han sido descubiertas a ciencia cierta. Pero algunas de ellas pueden tener su origen en la infancia. A la exposición traumatizante a lugares abiertos durante cualquier fase del desarrollo del ser humano, en especial a la infancia. Pueden incluirse las experiencias que causan temor en la persona por el peligro que representan. Por ejemplo, aquellas experiencias que tienen lugar en la sociedad cuyo contenido puede representar violencia, como la delincuencia.

Los síntomas de la agorafobia son los siguientes: ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar resulta difícil o embarazoso, angustia, evitación a la exposición. Por ejemplo: viajes, lugares abiertos, puentes, ascensores, etc.), temor, dependencia de otras personas, ruborización.

La agorafobia, puede tratarse con psicoterapia. Las técnicas de la psicoterapia cognitivo conductual suelen ser las más eficientes para tratar este tipo de trastorno. La técnica propuesta por la psicoterapia conductual que es la modificación de la conducta por medio de una desensibilización sistemática suele ser muy apropiada para el tratamiento de la agorafobia. Ésta técnica consiste en que la persona aprenda a relajarse en situaciones que le producen ansiedad. Puede emplearse algún medicamento farmacológico, como antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos.

En ocasiones, es necesario el tratamiento conjunto. Es decir el requerimiento de psicoterapia por parte de un psicólogo y la administración de fármacos por un psiquiatra.

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza porque el paciente no puede evitar la aparición constante de determinados pensamientos o imágenes (obsesión). Puede tratarse de una idea,

sentimiento o tendencia, la cual aparece en el paciente en desacuerdo con su pensamiento consciente. A pesar que el paciente quiere evitar dichos pensamientos, estos persisten en él. También es característico en el paciente, la repetición innecesaria de actos, los cuales son derivados de un sentimiento de necesidad que el paciente no puede controlar a voluntad. El paciente está consiente de lo absurdo de su conducta.

En el trastorno obsesivo compulsivo, las obsesiones y compulsiones se han hecho crónicas en el paciente, las cuales perturban su vida normal. Es decir que la persona que padece de éste trastorno, tienen ideas recurrentes que los conducen a tener acciones incontroladas por la voluntad propia.

En la mayoría de los casos, las personas adultas que padecen este trastorno, en algún momento del desarrollo o ciclo del mismo, reconocen que su actuar no es normal, pues las prácticas de éstas conductas los hace perder hasta una hora diaria, en rituales recurrentes que los pacientes reconocen su irracionalidad.

Suele aparecer en la adolescencia o a principios de la edad adulta. Aunque también se han registrado casos en infantes. Una de las causas que más contribuye al desarrollo de éste trastorno, son las experiencias con acontecimientos estresantes.

La incidencia de trastorno obsesivo compulsivo en parientes de primer grado de individuos con síndrome de la tourette es superior a la observada en la población general. Es decir, que dicho síndrome en parientes cercanos, tiene influencia para desarrollar el trastorno en mención.

Los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo son: pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, ansiedad y malestar significativo, ideas irracionales, monotonismo, rutinismo, preocupación recurrente por rituales de rutina, rigidez de pensamientos, repetición de palabras en silencio, auto imposición de reglas a cumplir diariamente.

El tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, puede ser a través de la psicoterapia. Se recomienda la psicoterapia cognitivo conductual. En donde se pretende que el paciente aprenda a pensar de manera diferente para actuar diferente. Es decir sustituir los pensamientos que producto de la obsesión por pensamientos positivos al tratamiento.

Si es necesario, el paciente debe ser tratado conjuntamente con un psiquiatra. Pues existen fármacos que pueden ayudar a dichos pacientes. Tales medicamentos pueden ser: antidepresivos serotoninérgicos, inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina.

El trastorno por estrés postraumático, es una condición debilitante ocasionada por un evento de terror. Las personas que padecen este trastorno, experimentan memorias y pensamientos persistentes y espantosos de una experiencia vivida, a lo cual se sienten emocionalmente paralizadas.

La característica principal de este trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un evento estresante que es en extremo traumático para la persona que lo sufre. Es provocado por una amenaza real para la vida de la persona o para su integridad física. Puede ser por ser testigo de una muerte, en accidentes en donde haya heridos, o existe alguna amenaza para la integridad o vida de las demás personas.

Este trastorno puede tener inicio en cualquier edad de la persona. Especialmente en la infancia. Se caracteriza por presentar los primeros síntomas después de los tres meses de ocurrido el evento traumatizante.

La causa principal de este trastorno, es la exposición a un evento traumático, en donde la persona es víctima o presencia algún evento de peligro o amenaza su propia vida o las de los demás, su integridad física o la de los demás.

Los síntomas más comunes son los siguientes: culpabilidad por haber sobrevivido al evento mientras otros murieron, evitación a eventos similares al de su propia experiencia, temor,

desesperanza o terror intensos, en los niños puede haber comportamientos desestructurados o agitados, recuerdos del acontecimiento recurrentes, imágenes, pensamientos o percepciones del acontecimiento traumático, sueños recurrentes que producen malestar, ansiedad, angustia, ilusiones, alucinaciones, episodios disociativos.

El trastorno por estrés postraumático, puede ser tratado con psicoterapia cognitivo conductual y con psicoterapia conductual. Utilizando la técnica de modificación de la conducta.

A través de la desensibilización sistemática, en donde se pretende que el paciente aprenda a relajarse en acontecimientos semejantes al vivido o a relajarse al acercarse a aquellos lugares que quiere evitar producto del evento estresante.

En esta técnica se pueden utilizar reforzadores positivos. Los cuales pretenden bajar el nivel de estrés y ansiedad que el paciente pueda manejar a la hora de enfrentarse a una situación parecida a la que ocasionó el trastorno.

2.2.2 Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad, se caracterizan por presentar un patrón permanente e inflexible, experimentado por el paciente en una experiencia interna que transforma el comportamiento en algo extraño dependiendo de la cultura del mismo.

Este trastorno puede desarrollarse durante la adolescencia o en la edad adulta de la persona.

La característica principal es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

Los trastornos de personalidad, se dividen en tres grupos. El primer grupo lo conforman los siguientes trastornos: paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Cuya

característica principal de los individuos que los padecen es que suelen parecer raros o excéntricos.

El segundo lo conforman los siguientes trastornos: antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Las personas que padecen éstos trastornos, tienen en común el ser emotivos o inestables.

El tercer grupo lo conforman los siguientes trastornos: por evitación, por dependencia, y obsesivo compulsivo de la personalidad. Los individuos que los padecen, tienen en común el ser ansiosos o temerosos.

En ésta sección de informe, solamente se citan aquellos trastornos de la personalidad que presentaron algunos de los pacientes atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida, los cuales son: Trastorno paranoide de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno límite de la personalidad.

Las personas que padecen el trastorno paranoide de la personalidad, se caracterizan por ser desconfiados. Sospechan injustificadamente de las demás persona. Tienden a dar por hecho que las demás personas quieren hacerles daño.

Siempre están alertas y a la expectativa de los demás, como esperando el momento en que se les va a hacer algún mal. Una de las características de estas personas, es que quieren ser el centro de atención de todos.

Cuando sucede cualquier cosa en su ambiente, ellos desconfían y hasta buscan pruebas que justifiquen su desconfianza. Son enfermizos en sus relaciones interpersonales.

Las personas que padecen este trastorno, tienden a mal interpretar las acciones e intenciones de los demás. Tienen la idea irracional que todo va en contra de ellos o para hacerles algún daño. Sospechan de todo, hasta la más sincera muestra de empatía, a ellos les es ofensiva, humillante y amenazadora.

Científicamente no se ha identificado ninguna causa para el trastorno paranoide de la personalidad. Solamente, se conoce que tiene cierta influencia los antecedentes familiares con trastornos psicóticos. Por lo anterior descrito, se deduce que los genes podrían tener influencia en el trastorno.

Aunque el trastorno es más común en los hombres, también lo padecen las mujeres no importando la edad. El factor ambiental también es de gran influencia para desarrollar el trastorno.

Los síntomas más comunes son: desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, sospecha de cualquier situación, preocupación por desconfianza de compañeros, amigos o socios, incapacidad laboral junto a otros, alberga rencores por mucho tiempo

No olvida los insultos, injurias o desprecios, desapego, hostilidad, está predispuesto a reaccionar con ira, sospecha repetida e injustificada que su cónyuge es infiel.

En la práctica, las personas que padecen este trastorno son impulsados a buscar ayuda por algún familiar. Esto debido a que ellos mismos no tienen consciencia de lo que les está ocurriendo, porque están convencidos de lo que sospechan. Para ellos no es algo patológico, sino es una vivencia real.

Para tratar a una persona con trastorno paranoide de la personalidad, es recomendable utilizar la psicoterapia cognitivo conductual. Para que el paciente aprenda a controlar sus pensamientos y haga los cambios necesarios y modificar su conducta.

Primordialmente la conducta agresiva producto de las sospechas y desconfianza en los demás que le provoca el trastorno. Es recomendable medicar al paciente. Esto lo hará el profesional indicado, o sea un psiquiatra, quien le recetará y regulará una dosis del antipsicótico más adecuado para su caso.

El trastorno antisocial de la personalidad, se caracteriza porque quien lo padece, presenta un patrón general de desprecio y violación de los derechos de las demás personas. Tiene su origen en

la infancia, o al principio de la adolescencia para continuar en la vida adulta. Este trastorno tiene su prevalencia en las personas de sexo masculino.

También ha sido llamado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Debido a que el engaño y la manipulación son parte de las características de éste tipo de trastorno.

Para diagnosticar a una persona con este trastorno, es necesario que al menos tenga 18 años de edad y tener alguna historia de síntomas de trastorno disocial antes de que cumpliera los 15 años de edad.

Los estudios realizados sobre el trastorno antisocial de la personalidad, han revelado que la genética y lo ambiental juegan un papel muy importante para el desarrollo del trastorno. Un factor precipitante suele ser el factor económico. Puesto que las familias con una pobreza extrema son más propensas a padecer en algún miembro este trastorno.

Los síntomas son: agresividad, romper reglas, patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, fracaso para adaptarse a algunas normas de la sociedad, deshonestidad, mentir, irritabilidad, despreocupación imprudente por su seguridad o por la de los demás, irresponsabilidad, falta de remordimientos.

Para el tratamiento de personas con trastorno antisocial de la personalidad, es recomendable la psicoterapia grupal. También los grupos de auto ayuda son benéficos.

Hay que tomar en cuenta que rara vez una persona con éste trastorno querrá buscar ayuda, esto hace difícil la ayuda a dichos pacientes. En la medida que el paciente prospere en el tratamiento grupal, puede trabajarse con él en psicoterapia individual sin dejar la grupal.

El trastorno límite de la personalidad, también es llamado trastorno limítrofe o fronterizo. Una de las características principales es que la persona que lo sufre, es impulsiva, tiene una ira incontrolada e inapropiada.

Este trastorno puede desarrollarse por el maltrato intrafamiliar, principalmente en los primeros años de infancia.

Siendo los distintos tipos de abuso, negligencia, abandono o invalidación, los contribuyentes para el desarrollo de dicha patología.

La prevalencia de esta patología, se encuentra en las mujeres. Quienes tienen una marcada necesidad de aprobación y de apego. Dependen emocionalmente de otras personas. Tienden a ser promiscuas y dependientes de sustancias. Esto como mecanismo de escape a su problema.

Las causas del trastorno límite de la personalidad, tienen su origen en el seno familiar. En los primeros años de vida infantil, es consecuencia de los distintos abusos, violaciones, vejaciones, abandonos y maltrato emocional.

También tiene un agente biológico o genético. En donde las personas con familiares que presentan este trastorno, de alguna manera son más propensas a padecerlo en comparación con las personas que no tienen familiares con éste trastorno. En resumen, se tienen datos que en este trastorno, los factores familiares, genéticos y sociales, tienen gran peso para desarrollarlo.

Los síntomas de éste trastorno son: relaciones interpersonales inestables, baja autoestima, infravaloración de si mismo, destruir una buena relación en el momento en que parece claro que la relación podría continuar, dejar los estudios justo antes de graduarse, esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado, impulsividad en al menos 2 áreas, comportamientos, amenazas o intentos suicidas recurrentes, ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves, ausencia de relaciones íntimas estables

El tratamiento sugerido para el trastorno límite de la personalidad, es la psicoterapia cognitiva conductual. En donde se debe hacer énfasis en elevar el autoestima del paciente, en ayudarlo a que aprenda a controlar sus impulsos y cambiar la forma de pensar, ayudando al paciente a que sustituya las ideas irracionales por la realidad que lo rodea.

2.2.3 Trastornos de la conducta alimentaria

Son todos aquellos trastornos que alteran gravemente la conducta alimentaria. Por lo general, estos trastornos se diagnostican en la infancia o niñez. Por ejemplo: trastorno de rumiación, y trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia o niñez.

Sin embargo, en la actualidad, en Guatemala, hay dos trastornos que están afectando a una gran cantidad de adolescentes, por lo regular a mujeres, quienes padecen de anorexia o bulimia nerviosa. Es preciso indicar, que durante la Práctica Profesional Dirigida, se atendieron varios casos de anorexia y bulimia nerviosa. Es por eso que la investigación de dichos trastornos se incluye a continuación.

La anorexia nerviosa es el trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La persona que padece de éste trastorno, tiene una marcada aversión hacia los alimentos.

La prevalencia de este trastorno, se encuentra en las personas de sexo femenino. Principalmente en las niñas y en mujeres jóvenes. Quienes comienzan con dietas, las cuales se convierten en dietas muy estrictas, para después ya casi no alimentarse. Este trastorno, si no es tratado puede provocar la muerte.

Las causas de la anorexia nerviosa, suelen ser biológicas, psicológicas y sociales. En la actualidad, el tener una figura esbelta es algo codiciable por muchas mujeres que se dejan influenciar por las exigencias externas, (sociedad). A esto se le añade una baja autoestima y autoimagen distorsionada.

Los síntomas son: rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla, miedo intenso a ganar peso, alteraciones de la percepción del peso o la silueta corporales, rigidez de pensamientos, perfeccionismo, amenorrea, abuso de laxantes.

En el tratamiento a personas con anorexia, se recomienda la psicoterapia cognitiva conductual. En la cual se ayuda al paciente, a identificar las ideas irracionales y distorsionadas que tiene acerca de si misma y de su alimentación para cambiarlas por pensamientos positivos que le ayuden a recobrar su salud.

La bulimia nerviosa es el trastorno de la conducta alimentaria que consiste en que el paciente presenta atracones y tiene métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La silueta y peso corporal son 2 elementos que hacen que el paciente les preste demasiada atención. Es decir no quiere ganar peso y no quiere que su silueta se vea distorsionada según sus pensamientos.

Afecta principalmente a las mujeres adolescentes. Se caracteriza porque la paciente consume grandes cantidades de alimento para después inducirse el vómito. El trastorno sigue la siguiente dinámica: la persona se siente ansiosa por los alimentos, los cuales termina consumiendo. Luego se siente culpable de haberlo hecho y es probable que también sienta vergüenza. Por lo que acude a inducirse el vómito para sentirse mejor.

Hasta el momento, no se han descubierto las causas exactas que desarrollan este trastorno. Pero si se pueden mencionar varios factores que tienen en común las personas que lo padecen. Dichos factores son: baja auto estima, sobrepeso, familiares con antecedentes de éste trastorno, algunos trastornos emocionales.

También ejercen su influencia para desarrollar bulimia los cambios psicológicos, físicos y emocionales que acompañan a la persona adolescente.

Los síntomas son: presencia de atracones recurrentes, ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo, debilidad, pérdida de pelo, sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, conductas compensatorias inadecuadas, dolores de cabeza, los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como medio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses, depresión, abuso de laxantes, la autoevaluación está exageradamente

influida por el peso y la silueta corporales, la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se recomienda la psicoterapia cognitivo conductual, psicoterapia individual y psicoterapia grupal, Grupos de autoayuda. El tratamiento puede incluir psicofármacos. Los cuales deben ser recetados y controlados por un psiquiatra.

2.3 Psicodiagnóstico

La palabra psicodiagnóstico, tiene su etimología en las palabras griegas “*psikhé*”, “*diá*” y “*gignosko*”, que en su conjunto significan: conocer a fondo la mente. Entonces el psicodiagnóstico, es la forma de diagnosticar o medir alguna facultad o proceso mental. Por ejemplo se puede el coeficiente intelectual, las habilidades, la inteligencia emocional, etc.

En el proceso del psicodiagnóstico, se establece una relación entre psicólogo y paciente. Cuya interacción tiene por objetivo realizar una medición de la personalidad del paciente y convertir dicha medición en datos estadísticos. Esto se logra a través de las diferentes técnicas que se utilizan en psicodiagnóstico.

Un psicodiagnóstico puede ser realizado por interés propio del paciente, por referencia de algún profesional, maestro, médico, padre de familia, etc. Puesto que es útil para medir la personalidad, la vocación, el estado mental en relación a las emociones, etc.

Los objetivos del psicodiagnóstico son: conocer al examinado por medio del acercamiento, comprender al examinado, conocer al examinado y medir algún proceso mental de éste. (Por ejemplo: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas etc.), detectar las conductas inapropiadas del examinado, y especificar su origen (problema), ser una herramienta útil en la evaluación clínica, proporcionar las características de la personalidad del examinado, las cuales son útiles para psicoterapia.

El psicodiagnóstico, es una herramienta de gran utilidad para diferentes disciplinas o ciencias. Tal es el caso de la psicología clínica, que requiere de la medición de los procesos mentales de sus pacientes para poder diagnosticar, evaluar, tratar y predecir la conducta humana.

Por éste motivo, el psicodiagnóstico ofrece varios tipos para poder cumplir con las diferentes demandas exigidas de las otras ciencias. Debido que el tiempo, las técnicas utilizadas y lo específico de los requerimientos a medir, así varia el tipo de psicodiagnóstico a utilizar.

Entre los tipos de psicodiagnóstico más utilizados tenemos: patognomónico, estadístico, sistemático y comprensivo.

El psicodiagnóstico patognomónico es el que se basa en la detección de un signo patognomónico. Un signo patognomónico es aquel que si está presente, se asegura que el paciente padece de cierta enfermedad. Por lo tanto, el tipo de psicodiagnóstico patognomónico, es aquel que se basa en detectar la presencia o ausencia de los signos determinantes, específicos, concretos y característicos de un cuadro determinado.

El psicodiagnóstico estadístico es aquel en el que 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.

El psicodiagnóstico sistemático es aquel tipo de psicodiagnóstico en el cual, la elaboración de un constructo hipotético permite integrar los resultados obtenidos en alguno de los cuadros concretos ya conocidos y establecido. Por ejemplo, los cuadros de síntomas y signos ya establecidos en el DSM IV TR.

En el psicodiagnóstico comprensivo se hace una exploración completa de la personalidad del paciente y también de sus características personales, para posteriormente ser comparadas con las específicas y propias de los cuadros clínicos ya establecidos.

Debido a que el psicodiagnóstico es una herramienta formal, su aplicación y entrega de resultados tiene que ser de igual manera formal.

Por lo que consta de varias etapas para tener un orden sistemático en los aspectos como, trato y relación al paciente, aplicación de pruebas y presentación de resultados al solicitante.

Las etapas del psicodiagnóstico son: Contacto inicial, Como lo indica su nombre, es el primer contacto entre psicólogo y paciente, que consta desde que se solicita el servicio hasta que se hace la presentación formal entre psicólogo y paciente. El contacto inicial puede ocurrir también por medio de una llamada telefónica o una hoja de referencia. En el contacto inicial, debe quedar en claro, quien pide la consulta y a quien tiene que responder o dirigir el informe el profesional.

En la entrevista inicial, el profesional obtiene el motivo de consulta, tanto el manifiesto como el latente. Y también ocurre el *rapport*, en donde el psicólogo y el paciente empiezan a relacionarse y a tenerse confianza mutuamente.

Esta entrevista es importante, para que el psicólogo elabore la planificación de la evaluación que se le va a aplicar al paciente. Es decir, se decide y planifican las pruebas que se le aplicarán al entrevistado y en que orden se hará.

Las pruebas psicométricas a aplicar al paciente, depende mucho del motivo de consulta. Es decir dependen de lo que se pretende evaluar o medir. También influye mucho en este rubro, la edad del paciente y el tiempo que se tiene para efectuar el proceso psicodiagnóstico.

La aplicación de la evaluación, es la etapa en la cual se aplican los test o batería de test que se programaron desde un principio. También pueden aplicarse otras herramientas diagnósticas, de acuerdo a lo que se desea evaluar.

En esta etapa deben seguirse los procedimientos adecuados a los requerimientos de cada test. Por eso es importante que el psicólogo tenga conocimiento y experiencia en la aplicación de los test que va a aplicar al paciente.

En el análisis de los resultados, el psicólogo hace una interpretación y análisis de los resultados obtenidos de las diferentes herramientas psicodiagnósticas utilizadas durante el proceso. Dicho

análisis debe ser minucioso y responsable. Pues un error constituirá una mala práctica profesional.

En el Cierre del proceso y devolución de la información, se planifica una entrevista para devolver la información al paciente. Pues el paciente, después de haber vivido un proceso de autoexposición, en el cual probablemente tuvo ansiedad y temor, merece una respuesta o devolución de los resultados del proceso. En el caso de los pacientes infantiles, el psicólogo tiene el reto de adaptar su lenguaje para que éste le entienda a la hora de la devolución de la información.

En la confección y entrega del informe psicodiagnóstico, se redacta el informe y se dirige a la persona particular o profesional que solicitó el procedimiento. En él se consigna el análisis de los resultados obtenidos durante todo el proceso diagnóstico. Se incluye cada una de las herramientas utilizadas con su respectivo resultado. Es importante tener en cuenta que dependiendo del solicitante, así será redactado y dirigido el informe psicodiagnóstico. Por ejemplo, un informe dirigido a padres de familia, no será igual que un informe dirigido a un maestro de orientación vocacional. Para esto, es recomendable tener una estructura predeterminada de informes.

El psicodiagnóstico tiene utilidad para las diferentes ramas de la psicología. Puesto que cada rama tiene su interacción con las personas, en donde en determinado caso se presenta la necesidad de evaluar cierta proceso mental de la misma.

En el ámbito clínico psicológico, el psicoanálisis contribuye en la evaluación y diagnóstico de algunas patologías como problemas emocionales, conductuales, anímicos etc. En cierta forma, el psicoterapeuta depende del psicodiagnóstico para poder realizar su plan terapéutico e intervención en sus pacientes.

Así en cada área psicológica, el psicodiagnóstico es apoyo imprescindible que brinda medición, evaluación y detalle de procesos mentales, habilidades, emociones, sentimientos, inteligencias entre otras.

Por lo anterior descrito, se concluye que algunas de las áreas psicológicas, en las cuales el psicodiagnóstico resulta de utilidad son: Orientación vocacional, Educación (enseñanza aprendizaje), Psicología forense, Psicología social, Psicología industrial, etc.

Una de las ventajas del psicodiagnóstico, es que tiene varios instrumentos que pueden ser utilizados según los objetivos que se tengan, o según lo que se quiera medir. También se puede hacer una combinación de instrumentos para obtener mejores resultados.

Dentro de los instrumentos que a continuación se enumeran y se hace una pequeña descripción de cada uno de ellos se encuentran: la entrevista, la observación, la historia clínica, el examen mental, test psicométricos y manuales de psicodiagnóstico: la entrevista es el pilar de la comunicación en el día a día del psicólogo. No hay prácticamente actividad psicoterapeuta que no implique comunicación; la atención psicológica y sus resultados dependen de cómo el profesional y el paciente se comuniquen. Por consiguiente, la efectividad de la acción técnica del profesional se ve condicionada por la relación humana que tiene lugar en la consulta.

La entrevista sigue siendo un poderoso instrumento diagnóstico, pues permite diagnosticar por sí misma, con acierto, en un 75% de ocasiones, además de poseer gran valor en todas las actividades preventivas y de educación para la salud.

En la práctica clínica, suelen utilizarse tres tipos de entrevista. La entrevista abierta y la entrevista cerrada y entrevista semi estructurada. A continuación, una breve descripción de cada uno de éstos tipos de entrevista.

En la entrevista abierta, el profesional tiene la ventaja de tener libertad para explorar al paciente por medio de preguntas. Teniendo la ventaja de la flexibilidad para profundizar en cierto aspecto según se presente la ocasión y necesidad.

El psicólogo tiene la libertad de intervenir y de dirigir la entrevista. Siempre siguiendo el principio de objetividad y consistencia. Es decir que aunque la entrevista es flexible y libre, no

pierde el sentido de ser objetiva al recabar la información necesaria que servirá de base para el tratamiento del paciente.

La entrevista cerrada, es el tipo de entrevista, que no permite la flexibilidad en su proceso, ni la libertad de preguntar por parte del psicólogo. Consta una serie de preguntas estructuradas y planificadas con anterioridad. Por lo regular las preguntas están plasmadas en un cuestionario.

Algo muy importante, que se puede llevar a la práctica, es tener una entrevista que sea combinación de las dos anteriores. A este tipo de entrevista se le llama semi estructurada. En la cual se tiene un cuestionario con preguntas no tan rígidas. Es decir no tan rígidas en el sentido de respuesta por parte del paciente.

Dicho cuestionario puede servir como guía para luego profundizar en las preguntas de una forma abierta.

La observación es un instrumento utilizado en psicodiagnóstico. Consiste en observar la conducta, el lenguaje verbal, el lenguaje no verbal, los gestos y la forma de expresarse del paciente. Esto se hace en las entrevistas que se le realicen.

Uno de los objetivos de la observación, es analizar todas estas formas de lenguaje en el paciente anteriormente descritas, para descifrarlas y de ésta forma poder tener elementos para el diagnóstico.

Una de las desventajas de la observación, es que puede tornarse subjetivamente. Cuando esto sucede, habrá un sesgo de interpretación por parte del observador. Lo que no permitirá un diagnóstico verdadero y objetivo.

Por eso se recomienda la combinación de otros instrumentos que en conjunto con la observación, darán mejores resultados.

La Historia Clínica debe centrarse en el objetivo de registrar por escrito todo lo correspondiente al paciente desde que el mismo tiene memoria. Su relación con sus familiares y con otras personas, las situaciones que han influenciado en su vida, tanto las frustrantes como las exitosas. Una buena Historia Clínica debe tener una estructura de la siguiente forma: datos personales del paciente, la actitud inicial ante la consulta, el motivo de consulta, historia evolutiva de los trastornos o problemas principales, antecedentes de otros trastornos psicopatológicos, examen mental, entorno del paciente, antecedentes personales, antecedentes familiares, exploraciones que comprenden las características físicas y examen somático, exploraciones neurológicas, diagnóstico, tratamiento.

El examen mental es el instrumento del psicodiagnóstico utilizado por los psicólogos, para explorar los procesos mentales del paciente, a través de una evaluación de aspectos superficiales e internos, los cuales son reflejo del funcionamiento de la psiquis.

El examen mental se realiza desde la primera entrevista con el paciente. Y dura lo necesario en las demás entrevistas, hasta que el psicólogo tenga una descripción completa de la mente del paciente. En el examen mental, el psicólogo debe observar con ojo clínico los siguientes aspectos del paciente: aspecto, humor y sentimientos, orientación y percepción, mecanismos de defensa, Psicomotricidad, pensamiento, lenguaje, control de esfínteres, sistema de valores, test de psicodiagnóstico,

Los test psicológicos o psicométricos, son aquellos que miden o evalúan características psicológicas específicas o los rasgos generales de la personalidad. Hay 2 tipos de test.

Históricamente los primeros test se originaron aproximadamente 2,000 años a. C. en la China, donde se realizaban pruebas psicológicas para explorar la lectura y escritura con la finalidad de escoger a los más aptos o cultos para ejercer algunas funciones dentro del estado. La Psicología se estableció como ciencia formal y experimental, en Leipzig (laboratorio alemán), en el siglo XIX. Antes de esto, siempre había sido simplemente una doctrina.

Francis Galton (también llamado “el padre de la estadística”), exploró la sensomotricidad en las personas y de aquí surgieron los primeros test científicos y formales. Los cuales se han elaborado a base de lo aportado por Galton.

En 1890 James Catell de Estados Unidos, elaboró pruebas psicológicas con tintes galtonianos. El que actualmente se conoce como test mental.

En 1905 el francés Binet introdujo las pruebas de comprensión, juicio, razón amiento e inteligencia.

En 1908 Binet y Simons publicaron una escala de 58 tareas para niños de entre 3 y 13 años de edad. Basándose en el criterio de edad mental (E. M.)

Se describe la edad mental, como la capacidad de resolver una prueba en un tiempo estipulado. Y de allí que edad mental normal, es la capacidad para resolver una prueba en un tiempo estipulado de acuerdo a la edad cronológica. Edad mental superior es la capacidad de resolver una prueba adecuada para una edad cronológica superior a la del examinado. Edad mental inferior es la incapacidad de resolver una prueba en el tiempo estipulado de acuerdo a su edad mental. En 1916 se introdujo el término coeficiente intelectual (C. I.)

Durante la Primera Guerra Mundial, Woodwort diseñó pruebas de estabilidad emocional, adecuado para la milicia. Una de ellas fue el Army Test, que se dividía en ALFA para soldados letrados y BETA para soldados analfabetas.

En 1921 Rorchach, elabora y presenta el test proyectivo de manchas de tinta que explora la personalidad.

Los test psicométricos son aquellos que miden alguna facultad mental y asignas por medio de datos estadísticos un valor o cantidad a la cualidad de la mente evaluada. Dichos procesos o cualidades mentales pueden ser: memoria, cognición, habilidad verbal, inteligencia, atención, etc.

Los test proyectivos son los utilizados para la evaluación de la personalidad de un individuo por medio de la proyección de lo inconsciente. Dichas proyecciones pueden ser gráficas o narradas. Por lo regular, éstos test son utilizados en psicología clínica.

Los manuales de psicodiagnóstico, presentan de forma esquematizada los diferentes trastornos mentales conocidos hasta el momento. Su estructura está formada por varias esferas o ejes, en donde se clasifican los trastornos mentales.

Los manuales de psicodiagnóstico son una gran herramienta en el ámbito clínico. Siendo la guía para muchos profesionales. Psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. Entre los más utilizados en nuestra cultura se encuentran: GLADP, CIE 10 Y DSM IV - TR.

La guía GLADP fue hecha para los profesionales de América latina, con el propósito de diagnóstico. Es un intento de optimizar el uso y utilización del capítulo de trastornos mentales de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales). Para su elaboración, se tomaron en cuenta los principios y trabajo de José Leme Lopes, José Hormitz y Juan Marconi.

Es deber de la humanidad nombrar y clasificar los fenómenos de la realidad. En este caso las enfermedades mentales. La humanidad también debe entender, controlar y predecir dichas enfermedades.

La guía usa criterios definitorios que buscan establecer lo que el fenómeno es y lo que no es. En Latinoamérica, era necesario incluir una guía que tomara en cuenta la cultura del paciente. También era necesario, no tener una dependencia total de los avances de los países desarrollados respecto a la psiquiatría.

Se realizó en 8 años. Se inició en 1994, se encuestaron más de 500 psiquiatras en siete países latinoamericanos. Entre ellos, Guatemala.

La Clasificación estadística Internacional de Enfermedades Décima Edición, es una guía desarrollada en el continente europeo. Es decir que está más apropiada para dicha cultura. Aunque también es de utilidad en la cultura latinoamericana. Solamente que el profesional que la utilice tome en cuenta la cultura en que surgió para poder tomar en cuenta algunos factores o características de los trastornos que cambian según la cultura de la persona. Esta guía fue realizada por la Organización Mundial de Salud (OMS)

El capítulo número 5 de la presente guía, describe los diferentes trastornos mentales. La guía es descriptiva, o sea que contiene una definición para cada diagnóstico. Por ese motivo, es de gran ayuda en la apreciación clínica.

Los códigos que describen a los diferentes trastornos de la guía, son alfanuméricos. Esta ventaja no la tenían las anteriores versiones de la guía, pues solamente contaban con códigos numéricos. En base a la guía CIE 10, han sido elaborados otros manuales o guías de diagnóstico. Tal es el caso de la guía GLADP, el cual tomó como base el capítulo 5, el cual se describe con la letra F, de ésta guía.

El DSM IV TR, por sus siglas traducidas al español quieren decir Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición Texto Revisado. Es su cuarta edición y con texto revisado. Fue elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana de Estados Unidos.

Es quizá uno de los manuales más utilizados por los profesionales de la salud mental, porque proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas. Los profesionales investigadores y clínicos de la salud mental, tales como psicólogos, psiquiatras, utilizan el manual para diagnosticar, investigar, estudiar y para intercambiar información sobre los diferentes trastornos mentales.

Cuenta con cinco ejes o esferas, por eso permite diagnosticar utilizando los distintos ejes que presenta. A esto se le llama diagnóstico multiaxial. En el eje I, se encuentran los trastornos clínicos. En el eje II se encuentran clasificados los trastornos de la personalidad. En el eje III se

clasifican las enfermedades médicas. En el eje IV se encuentran clasificados los diferentes trastornos psicosociales y ambientales. Y por último, el eje V se encuentra una escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

El manual DSM IV TR, es una clasificación que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en criterios con rasgos definitorios. Un enfoque categorial es más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes.

En el manual DSM IV TR, el trastorno es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica. Es decir, que no clasifica a la persona, sino a los trastornos o enfermedades. Por ejemplo: no es lo mismo llamar a una persona “esquizofrénica” que “una persona con esquizofrenia”. Un “alcohólico” que “una persona con dependencia del alcohol”.

El manual DSM IV TR, utiliza el mismo sistema de codificación que la guía o manual CIE 10, pero también utiliza la codificación del CIE 9 MC. Ya que la codificación del CIE 10 es utilizada en Europa y la codificación del CIE 9 MC en Estados Unidos.

Entonces, las codificaciones en el DSM IV TR son de la siguiente forma: del lado izquierdo, codificación del CIE 10, en medio el nombre del trastorno, y del lado derecho la codificación del CIE 9 MC entre corchetes.

La codificación del CIE 9 MC tiene muchas especificaciones, mientras la codificación del CIE 10 permite codificar subtipos y especificaciones.

2.4 Psicoterapia

Es el tratamiento de las enfermedades mentales por medio de procedimientos basados en la comunicación verbal o emocional y otros comportamientos simbólicos. Es una palabra compuesta: del griego *psiche* espíritu, alma o ser. Que se refiere a los procesos mentales. Y

therapeutikos asistente, el que cuida de otro. Que se refiere al tratamiento. Es decir que la palabra completa significa tratamiento de la mente o de los procesos mentales.

La psicoterapia es regida por dos componentes importantes: el primero es que es impartida por un psicoterapeuta. El psicoterapeuta es un profesional que ha sido formado y tiene la autorización para dar terapia, tiene la autoridad que tiene un médico. El segundo es que se basa en teorías científicas que han sido desarrolladas a partir del estudio de los trastornos mentales y sus tratamientos.

Debido a que la comunicación es fundamental en el momento psicoterapéutico, el terapeuta debe propiciar los medios para que la relación entre terapeuta y paciente sea de confianza y respeto, a esto se le llama *raport*.

La personalidad del terapeuta influye en el paciente, por lo tanto el terapeuta puede utilizar la misma para obtener determinados objetivos terapéuticos.

La curación de los trastornos mentales y emocionales a través de métodos exclusivamente psicológicos data de tiempos remotos. A lo largo de la historia, estos métodos han estado basados en creencias y ceremonias religiosas o mágicas.

A mediados del siglo XVIII las técnicas psicoterapéuticas comenzaron a basarse en principios científicos cuando el físico austriaco Franz Anton Mesmer usó por primera vez una forma de sugestión que denominó “magnetismo animal”.

Las neurosis fueron tratadas con medios semejantes en el siglo XIX. Además de los baños de aguas medicinales o las dolorosas corrientes eléctricas (electrochoque) cuya efectividad también dependía en gran parte de la sugestión ejercida sobre el paciente.

La hipnosis como forma de sugestión para aliviar ciertas dolencias psíquicas alcanzó su máximo esplendor a finales del siglo XIX, gracias a las investigaciones del neurólogo francés Jean Martin Charcot, quien trabajó con mujeres epilépticas en el antiguo hospital de la Salpêtrière de París.

Los modelos psicoterapéuticos están basados en alguna teoría o escuela psicológica. Y las diferentes teorías o escuelas psicológicas están basadas en la investigación científica de los procesos mentales y conducta de las personas. Es decir que un modelo psicoterapéutico tiene su base científica. Por lo tanto los modelos ya se encuentran establecidos y no se le puede llamar modelo psicoterapéutico a alguna invención empírica de cualquier persona.

Los modelos psicoterapéuticos tienen sus propios métodos y técnicas que ayudan al tratamiento de los diferentes trastornos o problemas conductuales de un individuo. Dichos métodos y técnicas varían dependiendo del modelo.

Para utilizar cierto método o técnica en el momento psicoterapéutico, es necesario que el terapeuta tome en cuenta la efectividad del mismo en el trastorno o problema a tratar. Puesto que no todos los métodos y técnicas son apropiados para determinado trastorno.

El buen psicoterapeuta, debe conocer la efectividad que tiene la técnica a utilizar en algún trastorno que desea tratar, pues existe información científica de cuales son las técnicas más efectivas en los diferentes trastornos.

Debido a que en Guatemala la mayoría de profesionales en psicología clínica son eclécticos, se usarán varias técnicas o hasta varios modelos psicoterapéuticos para dar el tratamiento a un individuo con uno o varios trastornos o problemas psicológicos.

Esto conforme a la necesidad de cada caso. Se hace la aclaración que dicha práctica no pierde la base científica de cada uno de los modelos. Y que no se trata de revolver o mezclar los modelos y técnicas a sabor y antojo, sino de una práctica profesional y consciente que permite combinar algunas técnicas para ser más efectivo en el tratamiento.

2.4.1 Psicoterapias del modelo psicodinámico

Siguiendo la línea de Charcot sobre el uso terapéutico de la hipnosis, el neurólogo austriaco Sigmund Freud empleó esta técnica, no para sugestionar al paciente, sino para evocar recuerdos olvidados y dolorosos.

A través de la hipnosis, intentó ayudar a sus pacientes y al mismo tiempo recoger los hechos en los que basaría su teoría del funcionamiento psíquico.

Freud sostenía que durante el desarrollo de la personalidad las pulsiones (instintos) agresivas o sexuales indeseables eran expulsadas de la conciencia. Estas pulsiones reprimidas se expresaban en los síntomas de las neurosis en su constante lucha por liberarse.

Según Freud, estos síntomas podrían ser eliminados llevando las fantasías y las emociones reprimidas de nuevo a la conciencia.

Primero empleó la hipnosis como medio para lograr este acceso al inconsciente, pero pronto abandonó esta técnica en favor de la asociación libre, método en el que se les pide a los pacientes que verbalicen lo primero que les viene a la mente, por absurdo que les resulte, ya sean recuerdos, fantasías o sueños.

Mediante la interpretación de estas asociaciones, Freud ayudaba a sus pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio inconsciente como forma de llegar al origen de sus problemas.

Más tarde, Freud valoró el aprendizaje adquirido a través del estudio de la estructura psíquica de sus pacientes y denominó transferencia a la relación emocional que se establece entre el paciente y el terapeuta, que según su punto de vista reflejaba los primeros sentimientos del paciente hacia sus progenitores. La asociación libre y las reacciones de transferencia son todavía hoy elementos básicos de las sesiones psicoanalíticas.

El modelo psicodinámico, tiene varias terapias para el tratamiento de los desequilibrios mentales. Como es de suponerse, todas éstas terapias se encuentran basadas en la teoría del modelo psicodinámico, el cual está influenciado por los aportes de Sigmund Freud.

El psicoanálisis es definido por tres descripciones: 1. Es un método de investigación, en el cual se estudian y evidencian las regiones más íntimas y ocultas del espíritu. Se considera a lo anterior como una disección de la mente para estudiar su anatomía. 2. Es una teoría elaborada de resultados de análisis. Se elabora una filosofía de la mente y su funcionamiento. 3. Es una técnica de aplicación que adopta el método analítico. Utiliza el conocimiento y funcionamiento de la mente para darle tratamiento a los desequilibrios.

Lo que le da el nombre de psicoanálisis o técnica analítica, es la acción terapéutica a través del inconsciente.

“Psicoanálisis es el nombre de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación y de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica”.
(Freud, 1923: 231)

Para que un profesional, pueda ejercer el psicoanálisis puro, es decir para que el profesional pueda ser un psicoanalista, debe estudiar primero una licenciatura en alguna de las áreas de salud mental, psiquiatría, psicología, trabajo social u otras. Después de eso, debe estudiar otros cuatro o seis años más par especializarse.

Además debe llevar seminarios teóricos, llevar a la práctica el conocimiento en proceso con varios pacientes propios. Y por último, el candidato, debe someterse a un tratamiento psicoanalítico el cual consta de tres o cuatro sesiones por semana, por lo menos mientras se encuentra especializando en esa área. Con lo anterior, se deduce que aparte de ser un estudio muy difícil, también es muy costoso.

Debido a que la meta principal del psicoanálisis es traer al consciente lo inconsciente para lograr la curación del paciente, una de las formas de lograrlo es la hipnosis. Técnica utilizada por Charcot y luego por Breuer y Freud.

La hipnosis es una de las formas de buscar en el inconsciente las causas de las conductas o trastornos mentales que puedan presentar en la actualidad el paciente. Dicho inconsciente está formado por las experiencias pasadas, principalmente por las experiencias en y durante la infancia.

Breuer y Freud, utilizaron ésta técnica para curar a una paciente joven llamada Anna O. que padecía de Histeria. Los síntomas de histeria de la joven desaparecían cuando se encontraba hipnotizada. Y cuando presentaba emociones fuertes bajo hipnosis, los síntomas disminuían al ya no estar hipnotizada. Basándose en éstos experimentos, Freud creyó que la hipnosis era una forma de llegar y descifrar los contenidos del inconsciente.

Para Freud fue decepcionante el hecho de que al tratar a sus paciente con sesiones hipnóticas, se encontró con el problema que los paciente no presentaban ganancias terapéuticas debido que al estar hipnotizados se aliviaban los síntomas de su problema pero al recobrar la consciencia al ya no estar hipnotizados, olvidaban lo que habían hablado durante la sesión hipnótica. Por lo que Freud trató de trabajar también con el “yo” al mismo tiempo que con el inconsciente a través de la hipnosis.

Cuando Freud se encontró limitante en el tratamiento a sus pacientes con la técnica de la hipnosis, optó por desarrollar una nueva técnica conocida como “asociación libre”. En dicha técnica, el paciente se recuesta en un diván, y empieza a narrar cualquier cosa que le venga a la mente durante la sesión terapéutica.

En esta técnica, Freud instruía al paciente a actuar como si fuera un viajero sentado cerca de las ventanas del vagón de un ferrocarril, posteriormente debe describir a alguien dentro del vagón y las vistas cambiantes que ve en el exterior. En el proceso, Freud pretendía que los pacientes

aprendieran a ser recipientes pasivos, en donde describen sus trenes de pensamientos, y que hablaran de las cosas guardadas en el inconsciente.

En ésta técnica, el terapeuta tiene un papel pasivo, pero al mismo tiempo activo. Es decir que cumple cuidadosamente de prestar un escucha cuidadoso y atento que no guía las verbalizaciones del paciente, aquí está lo pasivo. Y activo porque analiza cada una de las narraciones y descubre el contenido latente de cada uno de ellas. En contraste con la hipnosis, ésta técnica permite que el paciente descubra y recuerde las cosas inconscientes que relata durante la sesión.

Los sueños, según Freud, son una forma de que lo inconsciente se manifieste. Entonces, basados en esto, se puede decir que los sueños son las manifestaciones al consciente del material inconsciente del individuo.

Freud se refería a los sueños como “el camino real al... inconsciente” (1900: 647). Freud creía que los sueños son la satisfacción de los deseos y que tienen dos contenidos los cuales el terapeuta debe analizar. Estos contenidos son: contenido manifiesto y contenido latente.

El contenido manifiesto es el contenido real del sueño. Es decir lo que se sueña. Y el contenido latente es lo que el sueño significa o el significado del mismo. La persona no comprende el contenido latente del sueño, solamente puede narrar el contenido manifiesto, porque si comprendiera el contenido latente, se tornaría ansiosa y es muy probable que despertara.

El proceso de transformar el contenido latente de los sueños en uno manifiesto se llama trabajo de sueño. Se necesita el análisis de muchos sueños y asociaciones para poder obtener patrones de contenido latente. Esto puede acercar al paciente y terapeuta a la comprensión de las motivaciones, recuerdos e impulsos.

Los mecanismos de defensa utilizados por el paciente en la cita terapéutica, son un obstáculo para descubrir el contenido latente de las asociaciones libres y de los sueños de éste.

El individuo utiliza mecanismos de defensa para que los impulsos, sentimientos y recuerdos inaceptables no salgan a flote al consciente. A los mecanismos de defensa utilizados por el paciente se le llama resistencia.

La transferencia es otro obstáculo en el tratamiento del paciente. La transferencia es cuando el paciente experimenta algún tipo de sentimiento hacia el analista. Por ejemplo ira, dependencia, atracción sexual.

Para que haya un cambio positivo en el paciente, no basta con tener conocimiento del conflicto. Sino se necesita que el paciente experimente con profundidad los sentimientos y conflictos y que los enfoque de una nueva manera.

Esta experiencia provoca una liberación de emociones reprimidas que a veces se encuentran bloqueadas. A esto se le llama catarsis.

La catarsis ya era conocida en la antigüedad, por ejemplo los griegos pensaban que cuando la persona liberaba las emociones que se encontraban estancadas o reprimidas dentro de la persona, esta experimentaba alivio de su dolor o sufrimiento.

Entonces la catarsis es el desahogo sentimental del paciente que puede darse durante la sesión terapéutica. El analista busca que el paciente experimente la catarsis o a veces también la provoca.

En la actualidad, el tratamiento psicoanalítico se aplica sin modificaciones o en otras ocasiones con modificaciones. Las técnicas del psicoanálisis fueron diseñadas originalmente para aplicarlas en el tratamiento de las neurosis. Sin embargo, es efectivo para tratar casi todos los cuadros patológicos. Por ejemplo: neurosis, psicosis, trastornos fronterizos, trastornos del carácter y de la personalidad entre otros.

Al día de hoy, se acepta que el término psicoanálisis se reserva para los modelos que se fundamenten en los descubrimientos de Sigmund Freud. En la actualidad se han tenido varios avances y ampliaciones en el psicoanálisis. Dichos avances y ampliaciones dependen de varios aspectos tales como:

El psicoanálisis se aplica a todas las edades del ser humano. Desde niños hasta ancianos. Y en lo concerniente a las patologías, el psicoanálisis es empleado con resultados positivos en casi todos los trastornos. Algunos de ellos son: neurosis, psicosis, trastornos fronterizos de la personalidad, trastornos narcisistas, personalidades psicopáticas, disfunciones sexuales, trastornos psicósomáticos y algunas adicciones que son complemento de otros trastornos.

El psicoanálisis puede aplicarse en terapia individual, terapia en parejas, de grupos, familias, sistemas educativos, instituciones y otros.

Los elementos más destacados de la teoría psicoanalítica están: la psicología del yo, la teoría de las relaciones objetales, el narcisismo, el proceso de separación individuación, el lenguaje significativo, entre otros.

La psicoterapia junguiana, es llamada así en honor a su precursor. Carl Jung, que pensaba que Freud había dedicado mucha importancia a la sexualidad. Jung creía que la personalidad es influenciada o moldeada por la energía psíquica, pero difería con Freud en que no le atribuía esta energía a lo sexual y a la agresividad.

Le daba la razón a Freud en la importancia de los determinantes inconscientes de la conducta. Jung creía que no había solo un inconsciente, sino que creía que el inconsciente se componía de dos partes que son: el inconsciente personal y el inconsciente colectivo.

Llamaba inconsciente personal a aquel que contiene recuerdos reprimidos, deseos y sentimientos de la infancia y la niñez temprana, y cuyos contenidos son únicos para cada persona. El inconsciente colectivo está compuesto por huellas de memoria latentes compartidas por todos los

seres humanos. Es decir que cada persona tiene en su inconsciente algo de todas las demás, y más aún de las más próximas.

En la teoría junguiana son importantes los símbolos. El analista junguiano, conduce al paciente a explorar sus sueños, fantasías y uso de símbolos para poder lograr que el paciente haga una introspección de su mundo.

Jung tuvo diferencias en la teoría que planteó respecto a la de teoría de Freud, sobre todo en la personalidad y psicoterapia. Pero no se puede negar que su teoría tiene una gran influencia de Freud quien es el precursor del psicoanálisis.

Jung elaboró sus propias teorías, incluyendo la exploración de los tipos de personalidad. Según Jung, hay dos tipos básicos de personalidad que se alternan de forma equilibrada en los individuos normales: extrovertida e introvertida. Jung creía, asimismo, que el inconsciente está constituido por el inconsciente personal (ideas y sentimientos reprimidos que se desarrollan a lo largo de la vida de un individuo) y el inconsciente colectivo (aquellos sentimientos, ideas y recuerdos heredados y compartidos por toda la humanidad). Es fundador de la escuela de Psicología Analítica.

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:

El experimento de asociación de palabras permite acceder a los complejos individuales. Por medio de la asociación de palabras, el analista, descifra el contenido del inconsciente personal o individual del paciente.

La técnica es de la siguiente forma: el analista menciona una palabra, y el paciente menciona cualquier palabra que le venga a la mente. La palabra es la descripción de un objeto, es un nombre común. Por ejemplo, mesa, cocina, silla, etc.

El análisis y la interpretación de los sueños, de las visiones y de la imaginación es un método propiamente junguiano, 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.

El estímulo de la producción espontánea del inconsciente, son estímulos para producir espontáneamente el contenido del inconsciente del paciente en forma de palabra, signo, pintura, baile, etc. 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.

El encuadre terapéutico en psicología analítica difiere del psicoanálisis en que no es asignable como opción la utilización del diván, sino que el paciente se sienta en una silla enfrente del psicoterapeuta. Se recomienda por tanto la situación cara a cara entre analista y paciente, con el fin de lograr la máxima simetría, así como la utilización de la imaginación activa para eludir en el paciente la penosa dependencia transferencial.

No se toma por lo tanto como referencia la relación transferencial creada por el psicoanálisis clásico para la sesión clínica, considerada por Jung como degradante para el paciente y peligrosa para el terapeuta. Para Jung la transferencia sigue siendo el problema central del análisis, pero no comparte su praxis ortodoxa. Partiendo de sus conocimientos sobre alquimia definiría la relación terapéutica a partir de la metáfora de dos cuerpos químicos diferentes que, puestos en contacto, se modifican mutuamente. Siendo así, la relación que se establece entre paciente y psicoterapeuta ha de ser de colaboración y confrontación mutua. Es decir, una relación bidireccional más que unívoca dado que nadie puede llevar a otro más allá de donde él mismo ha ido.

La duración de la sesión es de una hora, dos veces por semana, que luego pasaría a ser una vez por semana, durante unos tres años de tratamiento global.

Como el psicoanálisis freudiano, la psicoterapia junguiana, es eficaz para tratar casi todos los trastornos mentales que hasta ahora se conocen. Las diferentes técnicas de ésta psicoterapia, pueden ser utilizados por el analista conforme a la necesidad que presente el paciente. O puede hacer una combinación de las mismas.

La psicoterapia junguiana, suele ser de gran ayuda en el tratamiento de la mayoría de trastornos y conflictos mentales, tales como: neurosis, psicosis, trastornos fronterizos, trastornos del carácter y de la personalidad entre otros.

La psicoterapia breve y de emergencia, se centra en el problema actual en lugar de examinar sus antecedentes. Es preciso establecer un objetivo pequeño y razonable. Durante la entrevista inicial puede utilizarse para crear un marco para el tratamiento breve.

El terapeuta con el paciente puede centrarse en temas específicos, clarificar los objetivos y expectativas y canalizar las interacciones de un modo adecuado al trabajo focalizado a corto plazo.

Debe celebrarse un contrato entre terapeuta y paciente, en donde se delinear los objetivos y la duración del tratamiento.

El concepto del terapeuta debe centrarse en lo mínimo que tiene hacer para ayudar a su paciente a continuar por si mismo, en lugar de centrarse en una noción más ambiciosa del potencial del individuo. Se puede pedir al paciente que especifique en términos concretos como podría ser su vida en 6 o 10 semanas después si las interacciones en el área problemática fueran mejores.

Algo que no debe olvidarse durante la terapia breve y de emergencia, es la importancia del *insight* y de lo puntual de nuestras intervenciones en casos de urgencia y emergencia.

Todo profesional de la salud involucrado en situaciones de crisis es importante que recurra a esta técnica que sin duda, será de gran utilidad y de dar luz para la intervención en la vida de otros.

La psicoterapia breve y de emergencia, se puede utilizar como lo indica en parte de su nombre, cuando haya una emergencia a tratar en el paciente. Por ejemplo cuando se encuentra en crisis y sus diferentes estadillos.

Es de gran utilidad para aplicarla en psicoterapia de grupos, en psicoterapia familiar, psicoterapia individual y para tratar a niños.

2.4.2 Psicoterapias del modelo conductista

El conductismo se desarrolló a comienzos del siglo XX; su figura más destacada fue el psicólogo estadounidense John B. Watson. En ese entonces, la tendencia dominante en la psicología era el

estudio de los fenómenos psíquicos internos mediante la introspección, método muy subjetivo. Watson no negaba la existencia de los fenómenos psíquicos internos, pero insistía en que tales experiencias no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables. Este enfoque estaba muy influido por las investigaciones pioneras de los fisiólogos rusos Iván Pávlov y Vladimir M. Bekhterev sobre el condicionamiento animal.

Watson propuso hacer científico el estudio de la psicología empleando sólo procedimientos objetivos tales como experimentos de laboratorio diseñados para establecer resultados estadísticamente válidos. El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta. Según esta teoría, todas las formas complejas de comportamiento las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje, se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas. Watson sostenía que las reacciones emocionales eran aprendidas del mismo modo que otras cualesquiera. La teoría watsoniana del estímulo-respuesta supuso un gran incremento de la actividad investigadora sobre el aprendizaje en animales y en seres humanos, sobre todo en el periodo que va desde la infancia a la edad adulta temprana.

A partir de 1920, el conductismo fue el paradigma de la psicología académica, sobre todo en Estados Unidos. Hacia 1950 el nuevo movimiento conductista había generado numerosos datos sobre el aprendizaje que condujo a los nuevos psicólogos experimentales estadounidenses como Edward C. Tolman, Clark L. Hull, y B. F. Skinner a formular sus propias teorías sobre el aprendizaje y el comportamiento basadas en experimentos de laboratorio en vez de observaciones introspectivas.

Los modelos conductistas se introdujeron a la clínica y la psicoterapia de la siguiente manera: Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comenzaron 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 desarrolló la conferencia Boulder, donde se definió el papel del psicólogo clínico.

Socialmente, la profesión del psicólogo clínico se fue consolidando y obtuvo una nueva forma de abordar los trastornos mentales. Por un lado se comenzó 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).

En 1952, en Inglaterra H. J. Eysenck publicó un artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis. Criticaba a las terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofármacos. Este autor siguiendo la tradición de Pavlov basó su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. En 1958, en Sudafrica, Wolpe desarrolló un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis, basado en el condicionamiento clásico y en la "de sensibilización sistemática". Este autor muestra en sus obras como esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis.

Y por último en los E.E.U.U donde la obra de B.F.Skinner basada en el condicionamiento operante se aplica con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes psicóticos.

En 1959, Eysenck introduce el término terapia de conducta para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje (clásico y operante) y en una metodología científica de tratamiento. En la década de 1960, se desarrolla por Bandera (1969) el tercer tipo de aprendizaje humano relevante: el aprendizaje por imitación o modelado.

En la siguiente década, los años setenta comienzan a cuestionarse la suficiencia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivos conductuales como el paradigma A-B-C(Acontecimiento-Cognición-Consecuencia) de Ellis (1962), los enfoques cognitivos de la depresión de Beck(1966), los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum(1977) y la teoría de las expectativas de auto eficacia de Bandera(1977) dentro de su enfoque de aprendizaje social.

La terapia racional emotiva, es el modelo básico de encuadre psicopatológico y clínico se sirve del modelo ABC. Las perturbaciones emocionales pueden ser causadas por creencias, valoraciones y demandas inflexibles (exigencias absolutistas).

Además de que las creencias acerca de los acontecimientos pueden perturbar, está claro que la metacognición autorreferida (por ejemplo: "Me siento inquieto, debe ser otro ataque de angustia... Oh, no!" o "Nunca seré feliz, me siento tan deprimido!") Puede llevar a la persona a un proceso de "círculo vicioso" donde la perturbación se incrementa, al estilo de una bola de nieve.

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio repertorio 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:

Las creencias irracionales, son aquellas creencias que perturban al sujeto y que no le dejan vivir de manera satisfactoria. Algunas de ellas son: ser amado y aceptado por todos es una necesidad extrema. Sólo se puede considerar válido el ser humano si es competente, suficiente y capaz de lograr todo lo que se propone. Las personas que no actúan como "deberían" son viles y deben pagar por su maldad.

La desgracia y el malestar humanos están provocados externamente y están fuera del control de una persona. Si existe algún peligro, debo sentirme bastante perturbado por ello. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente. Mi pasado ha de afectarme siempre.

Se define lo irracional como el conjunto de aquellas creencias que no conforman con la lógica y al método empírico analítico, que además no sea funcional para el individuo y sea auto derrotista.

El terapeuta debe identificar las creencias o pensamiento irracionales que presenta el paciente para hacer las modificaciones o sustituciones necesarias.

Con las exigencias absolutistas, las personas emocionalmente perturbadas se estancan en demandas rígidas y absolutistas, que no pueden más que crear necesidades falsas y perturbantes. Estas exigencias pueden ser sobre:

Uno mismo: "debo hacer las cosas bien" o "no debo hacer el ridículo".

Los demás: "las personas deben tratarme con amabilidad y ser siempre justos conmigo".

El mundo: "el mundo debería ofrecerme una vida cómoda".

La persona no siempre se da cuenta de que las tiene de forma clara, y menos aún de que son irracionales. Por ejemplo, la exigencia de "justicia" siempre se enlaza con la creencia, sin fundamento, de que "mi concepto" de justicia, de moralidad y de relaciones humanas es la única en el mundo o única correcta, sin que la persona haya examinado si realmente las cosas son así. Si estas exigencias no se cumplen, surgen una serie de consecuencias, como son el tremendismo, la poca tolerancia a la frustración y condena (hacia los demás o uno mismo), ira, culpa, etc.

El cambio filosófico profundo, es la técnica de la psicoterapia racional emotiva conductual que se basa en el cambio profundo en la filosofía de vida del consultante, y no meramente en una remisión de los síntomas.

Su concepto humanista de "autoaceptación", basado en calificar a nuestras conductas pero nunca a nosotros como personas. Aunque las conductas pueden ser correctas o erróneas, las personas somos todas valiosas como seres humanos.

Para la remisión de las demandas Ellis sugería inicialmente a nivel cognitivo el abordaje científico consistente en la discusión empírica, pragmática y lógica, pero de hecho se suman a éste otros abordajes emotivos y conductuales acordes con las características de cada paciente.

Las distorsiones cognitivas son hábitos de pensamiento falaces, que producen creencias irracionales y que, por tanto, perturban emocionalmente al individuo y lo disponen a conductas riesgosas (por ejemplo, sexo inseguro, o bien recaer en conductas adictivas, como un adicto al alcohol que llega a pensar generalmente "para que habré nacido", "es sólo un trago", o "Esto no vale la pena, mi vida no sirve, qué más da!").

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

Los terapeutas racionales emotivos, al intervenir con los más jóvenes, procuran tomar en cuenta las tareas de desarrollo de sus clientes tanto para la evaluación como para la intervención. Sus técnicas, en lugar de ser sólo modificaciones de diálogo socrático, incluyen actividades y métodos emocionales, cognitivas y conductuales diseñadas dentro de la clínica, de tal manera que se considera una vertiente terapéutica ajustada a estas poblaciones. Ha habido reportes preliminares de éxito y su uso se está extendiendo entre los clínicos, no obstante la necesidad de más estudios de resultado. Parte de la terapia se relaciona con los padres, puesto que son modelos de rol y agentes de reforzamiento. Se utiliza ensayo conductual y desempeño de roles, entrenamiento autoinstruccional, fotocopias con dibujos llamativos o caricaturescos ilustrando conceptos racional-emotivos, "pensar en voz alta", etc.

Dentro del amplio campo de las psicoterapias de orientación cognitiva conductual, las propuestas de Ellis han sido especialmente útiles en el abordaje de la ira, las frustraciones, la fobia social, la timidez y las disfunciones sexuales. Actualmente el modelo cognitivo-conductual se enriquece con los aportes de muchas corrientes y escuelas, como la terapia de los esquemas, el psicodrama y muchas más.

La modificación de la conducta, está compuesta por un conjunto de métodos psicológicos para el tratamiento de los trastornos de adaptación y para el cambio de los tipos de comportamiento observable.

En el proceso de modificación de conducta, los procedimientos empleados se van controlando para introducir variaciones cuando se crea necesario. La coerción mental y física, la cirugía del cerebro (neurocirugía), el lavado de cerebro, el uso de fármacos y la psicoterapia son considerados métodos de modificación de conducta porque intentan conseguir este efecto, cambiar el comportamiento.

La modificación de conducta, en sentido estricto, comenzó a plantearse a principios del siglo XX en el laboratorio del fisiólogo ruso Iván P. Pávlov, quien adiestró a un perro para salivar cuando oía una campanilla o veía un círculo proyectado en la pared y a no hacerlo cuando veía una elipse (en los primeros casos se le administraba después comida y en el caso de la elipse una descarga eléctrica). Al modificar la forma de la elipse y asemejarla cada vez más a un círculo, la reacción del perro cambiaba: se agitaba y no era posible suscitar en él la respuesta antes condicionada. Este tipo de perturbación generada en el laboratorio se denominó desde entonces ‘neurosis experimental’.

En 1920 el psicólogo conductista estadounidense John B. Watson y su ayudante Rosalie Rayner publicaron un estudio experimental en el que un bebé de 11 meses que había jugado previamente con una rata blanca de laboratorio, fue condicionado a temerla asociando su presencia a un ruido fuerte y desagradable, en lo que se llama emparejamiento de estímulos. La psicóloga Mary Cover Jones realizó experimentos similares pero diseñados para reducir los miedos ya establecidos en los niños, descubriendo dos métodos particularmente efectivos: el primero, la asociación del estímulo temido con otro estímulo diferente capaz de suscitar una reacción positiva, y el segundo, la ubicación de un niño que siente temor por un objeto determinado junto a otros que no lo sienten. Aquí se inició la experimentación sobre el aprendizaje por imitación de modelos o condicionamiento vicario.

Posteriormente los psicólogos ingleses, sudafricanos y estadounidenses emplearon las técnicas de modificación de conducta en las décadas de 1940 y 1950 con fines clínicos, destacando en este área el médico sudafricano Joseph P. Wolpe, quien cuestionó la eficacia de la psicoterapia tradicional para el tratamiento de adultos jóvenes, especialmente aquellos que tenían reacciones

de miedo incapacitadoras (como las fobias). Para tratar los trastornos por ansiedad, Wolpe diseñó procedimientos terapéuticos basados en el modelo de condicionamiento clásico pavloviano.

En la misma época, un grupo de psicólogos londinenses, encabezados por Hans Jurgen Eysenck, lanzaron un nuevo programa de investigación sobre el desarrollo de técnicas de tratamiento basadas en la teoría del aprendizaje de los conductistas estadounidenses Clark L. Hull y Kenneth W. Spence.

En Estados Unidos se llevaron a cabo dos tipos de investigaciones que ayudaron a determinar el campo de la modificación de conducta: la generalización de los principios del condicionamiento clásico a problemas clínicos como la enuresis nocturna o el alcoholismo, y la aplicación de los principios del condicionamiento operante o instrumental desarrollados por B. F. Skinner dirigidos a la educación y tratamiento de los niños minusválidos en escuelas e instituciones y al tratamiento de los adultos en hospitales psiquiátricos.

A comienzos de la década de 1960, la modificación de conducta se había convertido en una especialidad aplicada de la psicología en sus dos ramas: terapia de conducta y análisis de conducta.

Las técnicas que se emplean en la terapia de conducta se hicieron lo suficientemente relevantes como para adquirir nombres específicos: desensibilización sistemática, terapia de aversión.

La desensibilización sistemática, es una de las técnicas más empleadas por la terapia de conducta, intenta tratar trastornos que tengan un origen conocido, como por ejemplo, las fobias a los animales, a los aviones, las fobias sociales o la claustrofobia. El método consiste, por lo general, en entrenar al paciente a relajarse en presencia del estímulo desagradable, que comienza por la presencia distante o la mera mención del objeto y va acercándose gradualmente. La terapia supone que la reacción de ansiedad es sustituida poco a poco por la nueva respuesta de relajación, proceso que se conoce como inhibición recíproca entre la respuesta fóbica condicionada en el paciente y la respuesta de relajación inducida en el tratamiento.

La terapia de aversión suele emplearse para eliminar hábitos perniciosos. El estímulo desagradable, como un shock eléctrico (pequeño y controlado), se da al mismo tiempo que sucede el hábito negativo.

Las series repetidas del estímulo desagradable y el hábito negativo, pretenden que el estímulo desencadene repulsión, no atracción positiva. Esta forma de terapia ha sido bastante polémica, ya que se cuestiona su eficacia, probablemente porque ni siquiera se atiene al paradigma del conductismo operante defendido por Skinner que, como ilustra en su utopía novelada *Walden II*, desconfía de la capacidad de los refuerzos negativos para extinguir una respuesta.

Las aplicaciones de la desensibilización sistemática, son muy efectivas en el tratamiento de las fobias. Por ejemplo, las fobias a los animales, a los aviones, las fobias sociales o la claustrofobia. Entre otros trastornos.

La terapia de aversión es muy efectiva para tratar hábitos negativos como vicios y adicciones. Puesto que se trata de darle al paciente un estímulo negativo cuando la conducta no deseada se presenta.

La terapia cognitiva es otra terapia que nació del conductismo. Recientemente, los terapeutas de conducta han empezado a prestar más atención a la influencia del pensamiento en la conducta, influenciados por el ejemplo del psicólogo canadiense Albert Bandura. Las terapias de conducta cognitivas emplean este enfoque para cambiar ideas y hábitos intelectuales que al parecer son la causa del malestar del paciente.

Las diferentes técnicas de la terapia cognitiva, están enfocadas al cambio de pensamientos negativos del paciente por pensamientos positivos que le ayuden a resolver su problema conductual. Dichos cambios de conducta se presentan de la siguiente forma:

La funcionalidad es un concepto más bien cognitivo-conductual, ya que refiere al análisis funcional de la conducta. El análisis funcional cuenta con antecedentes en otras ciencias; por

ejemplo, en la física y matemáticas para evadir discursos filosóficos de causalidad o desde la biología y economía para entender la utilidad o función dentro de un sistema. Ambos de estos antecedentes acontecen cuando se habla de funcionalidad en psicología.

Por ejemplo, enmarcado en cada marco teórico, estas disfunciones cognitivas pueden entenderse como pensamientos disfuncional, pensamiento negativos automáticos o como creencia irracional.

Así, desde este enfoque los pensamientos se consideran la causa de las emociones, y no a la inversa. Pensamiento-emoción-consecuencia, que emula el enfoque conductual Antecedente-respuesta-consecuente.

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

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

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

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

El inventario de depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961 la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica y psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo.

El desarrollo del BDI ha sido muy importante para la psicología y la psiquiatría, ya que permite un análisis menos categórico.

También ha establecido un principio seguido en su desarrollo por otros cuestionarios autoadministrados, que los ítems pueden ser inicialmente recogidos directamente de los pacientes y a partir de ellos sugerir teorías, que al contrario, desarrollar un instrumento a partir de una teoría que podría no ser válida.

La terapia cognitiva es de gran utilidad para tratar todos los trastornos psicológicos que dependen de la forma de pensar del paciente. Por ejemplo, en la depresión. Debido a que en la depresión el paciente tiende a pensar de forma negativa sobre sí mismo y también en forma general, es decir

de su ambiente. Pierde el sentido de vida, baja su autoestima, su autoconcepto, etc. Por tal motivo esta terapia es efectiva en su tratamiento.

2.4.3 Psicoterapias del modelo humanista

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones fenomenológicas, humanistas y existencialistas desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la terapia gestáltica, el análisis transaccional y la psicoterapia centrada en el cliente.

A todas las orientaciones anteriores se les denomina "tercera fuerza" en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años. Estas psicoterapias se desarrollan sobretodo en norteamérica, en gran parte al margen de la tradición académica. Sus antecedentes filosóficos se encuentran en autores como F. Brentano (1838-1917) que destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E. Husserl (1859-1938) que destaca el análisis de la experiencia inmediata, de la conciencia pura, a través del método fenomenológico; K. Jaspers(1883-1969), filosofo y psicopatología que introduce en psiquiatría el método fenomenológico como forma de describir las vivencias anómalas del enfermo psíquico; S. Kierkegaard (1813-1855), precursor del existencialismo y que describe los problemas del significado de la vida y la muerte, y la ansiedad existencial; L. Binswanger(1881-1966), psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado dasein análisis (forma de ser-en-el-mundo); J.P. Sartre (1905-1980), que destaca el hecho de que la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por sí mismo.

El ser humano es radicalmente libre, y se auto determina mediante su proyecto existencial a través de sus decisiones (hay que notar que la concepción budista del "karma" es similar a esta existencia en cierto grado) y al psiquiatra V. Frankl (1905) que a partir de su propia experiencia radical de prisionero en un campo de concentración nazi, enfatiza la importancia del encuentro o

pérdida del sentido de la propia existencia, describiendo las llamadas "neurosis oncogénicas" como forma de pérdida de este sentido.

La psicoterapia centrada en el cliente, es el modelo 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 los obstáculos más poderosos para impedir la anterior tendencia es el aprendizaje de un concepto de si 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 proceso evaluador anterior queda así conformado por la discrepancia entre lo experimentado y lo que debe de experimentarse o expresarse.

La anterior discrepancia genera psicopatología. La incongruencia entre lo que el organismo experimenta y lo que es necesario para mantener la aceptación o consideración positiva hacia sí mismo genera una especie de conducta defensiva que implica negación y distorsión y por lo tanto mayor o menor grado de psicopatología.

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.

Básicamente el terapeuta parte de la idea de que su cliente tiene una tendencia actualizarse y un valor único y personal que está bloqueado o distorsionado por determinados criterios de aceptación externa (consideración positiva condicional).

La terapia tratará de desbloquear el proceso anterior mediante la aplicación de tres estrategias o técnicas fundamentales: la empatía, consideración positiva incondicional y la congruencia.

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

En la consideración positiva incondicional, el terapeuta brinda la oportunidad al cliente a expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su auto aceptación. Para ello 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, sobre todo 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 movimientos 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.

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

Se prefiere usar el término cliente que paciente, ya que un paciente es alguien enfermo que va a que otro le cure, mientras que cliente es un término más neutro, el cual sólo indica que es alguien que acude a la consulta del terapeuta.

En esta terapia, el cliente es quien tiene que "autocurarse", el terapeuta sólo le guía y le ayuda para que lo consiga, haciendo más bien una función de observador externo y no tanto de "el que cura".

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

Las técnicas que utiliza la psicoterapia centrada en el cliente son: 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?

La logoterapia 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 está lejos de haber logrado el desarrollo teórico que caracteriza al psicoanálisis, e incluso a la psicología profunda, de Jung. Pese a esto la logoterapia resulta interesante. Como su denominación lo sugiere, se trata de darle un sentido a la existencia humana. Para entender la génesis de la logoterapia corresponde saber que Frankl fue prisionero en un campo de concentración. Allí, considera haber podido sobrevivir más que nada porque le supo dar un sentido o significado a su existencia. De su experiencia da cuenta en el libro "El hombre en busca de sentido".

Consta de tres partes que son fundamentales para su desarrollo: 1. La libertad de voluntad: que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo. 2. La voluntad de sentido: la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del "componente exterior", desvirtuando la idea del animatismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal. 3. El sentido de vida: que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana. La Logoterapia es una percepción positiva del mundo.

Las técnicas de la logoterapia más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. Los cuales se describen a continuación:

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.

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

2.4.4 Psicoterapias del modelo sistémico

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947). Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: (1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y (2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambios.

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

La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (p.e. de los padres) involucrando a una tercera (p.e. un hijo).

La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.

La información se 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, p.e 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 (p.e. 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 (p.e. escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, 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.

Se considera a la familia como un sistema que incluye un subsistema con diferente orden jerárquico (Parental y filial), que es convocada a terapia familiar cuando una crisis o disfunción afecta a sus integrantes.

Cada familia funciona a través de interacciones que responden a reglas explícitas e implícitas. Existe un ordenamiento y pautas de interacción que no son discernidas conscientemente. Son las “Pautas de vida”.

Rara vez cuando se necesita terapia familiar, suele haber un acuerdo sobre cual es el problema y de qué manera afecta a los demás.

Es el terapeuta quien debe redefinir la realidad conflictiva de la familia. Para ello toma los datos ofrecidos por sus miembros a través del relato y la escenificación en el consultorio, además evalúa la configuración y el funcionamiento dinámico.

Este último se establece a lo largo de su historia y en él incide un orden transgeneracional. Tampoco es habitual que quieran o puedan concurrir a la psicoterapia todos los miembros de una familia.

Cada sujeto no es una isla solitaria sino que actúa en respuesta a estímulos que a su vez provocan reacciones en los demás. La modificación de las normas de interacción tiene incidencia en la familia entera.

La disfunción puede ser reciente o estar padeciéndose desde hace tiempo y la consulta se posterga para evitar sentir vergüenza, culpa, dolor o miedo al cambio.

Pedir una consulta por bajo rendimiento escolar, ingesta de drogas, un episodio aislado de violencia de un hijo o dificultad para ejercer la autoridad parental, no es igual si la situación se ha convertido en una conducta estereotipada y hasta es considerada habitual.

El objetivo de la psicoterapia familiar es implementar una estrategia terapéutica para conservar aquello que funciona bien en los consultantes y determinar la inflexibilidad de su dinámica y la dificultad para realizar los cambios necesarios para lograr una adaptación funcional.

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, 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.

En el uso de la resistencia, si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia

homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo "¿Por qué tienen ustedes que cambiar...?", 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.

La 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, la técnica particular de la terapia familiar. Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.

Los actores en la técnica, son los integrantes de la familia que se está tratando.

En la ilusión de alternativas, el terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías. Por lo cual, la familia se encuentra en un dilema, y los integrantes de la misma deben tomar una decisión. Dicha decisión es tomada por cada integrante voluntariamente y el terapeuta solamente dirige.

En el 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. La técnica pretende que los integrantes de la familia tratada, puedan ver desde otro punto de vista, el problema que les está afectando en la actualidad.

Es decir que ven su problema en otras personas o representantes de persona, y de esa forma ven desde una perspectiva externa su condición interna.

El cuestionamiento circular consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar.

La Terapia Familiar es una disciplina terapéutica que aborda la intervención y el tratamiento de la familia en su conjunto, y no de un miembro individual. Desde el punto de vista sistémico, se suele utilizar el término terapia familiar y de pareja, en tanto se entiende que el objeto de intervención son los sistemas y subsistemas familiares, entre los cuales el más simple es el de la pareja de cónyuges.

La terapia familiar se puede desarrollar desde diferentes ámbitos, como el de la psicoterapia (ejercida exclusivamente por psicólogos y psiquiatras), el de la terapia psicoeducativa o pedagógica, que se basa en cambios conductuales a través de la educación en valores y mejora de habilidades relacionales (ejercida tanto por psicólogos como por trabajadores sociales, mediadores, educadores sociales, etc.).

Uno de los objetivos de la terapia familiar es transformar la crítica destructiva que una familia tiene respecto a sus conflictos en una crítica constructiva, que permita modificar los patrones negativos de conducta.

2.4.5 Psicoterapias alternativas

Las terapias alternativas, son aquellas que pueden ser utilizadas como alternativa i paralelamente en el tratamiento a una persona. Tienen la particularidad de causar en el paciente relajación, alivio al dolor, concentración, calma. En éste informe se describen 3 terapias alternativas: la musicoterapia es el manejo de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

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

El musicoterapeuta es un profesional con unos conocimientos y una identidad tanto en el ámbito musical como en el terapéutico, y que integra todas sus competencias desde la disciplina de la Musicoterapia, para establecer una relación de ayuda socio-afectiva mediante actividades musicales en un encuadre adecuado, con el fin de promover o restablecer la salud de las personas con las que trabaja, satisfaciendo sus necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas y promoviendo cambios significativos en ellos.

Un musicoterapeuta implementa dispositivos específicos para la admisión, el seguimiento y el alta en un tratamiento musicoterapéutico. El bienestar emocional, la salud física, la interacción social, las habilidades comunicacionales y la capacidad cognitiva son evaluados y considerados a través de procedimientos específicos, como la improvisación musical clínica, la imaginación musical receptiva, la creación clínica de canciones y la técnica vocal terapéutica, entre otros.

En ese proceso, el musicoterapeuta promueve y registra cambios expresivos, receptivos y relacionales que dan cuenta de la evolución del tratamiento. En las sesiones de musicoterapia, se emplean instrumentos musicales, música editada, grabaciones, sonidos corporales, la voz y otros materiales sonoros.

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

La aplicación de la musicoterapia, es de beneficio para en el tratamiento con niños con problemas de aprendizaje. Además resulta muy motivador y fomentar la capacidad de creación de la persona. La música, puede utilizarse como material y método educativo, que además de puede implementar dentro de las terapias para mejorar o restablecer las capacidades físicas y

psicológicas Centrándonos en las personas con discapacidad, la música como terapia puede resultar realmente beneficiosa. También es utilizada para el tratamiento con personas con discapacidades.

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

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

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

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

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

El término aromaterapia fue utilizado por primera vez por el químico francés René Maurice Gattefosé en 1931. Es una terapia de la medicina alternativa y desde un punto de vista científico no se considera parte de la medicina convencional.

Los aceites esenciales de diferentes plantas han sido usados para propósitos terapéuticos desde hace cientos de años. Chinos, hindúes, egipcios, griegos y romanos usaron los aceites esenciales en cosméticos, perfumes y medicinas. En Mesoamérica eran utilizados los aromas de las flores y algunas plantas en infusiones para baños corporales. Hipócrates utilizaba sahumerios fragantes. Los soldados romanos se bañaban en aceite aromático y se masajearon regularmente con la creencia que ello les mantenía fuertes.

Existe una estrecha relación entre aromaterapia y el olfato, un sentido que nunca descansa, debido a que estamos expuestos en cualquier momento a las fragancias del ambiente, de la naturaleza, de las personas o de las cosas, aún cuando estamos dormidos.

Los olores los percibimos por la nariz alcanzando así la mucosa olfativa, donde se encuentran las células olfativas sensoriales, las células de sostén y las células basales. El moco acuoso es el encargado de transportar los aromas a los que transforman estos olores en señales químicas.

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

Algunas precauciones en el uso de aceites: es importante señalar que la mayor parte de los aceites esenciales no pueden aplicarse en su estado puro directamente sobre la piel, ya que son altamente

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

2.5 Conclusiones

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que puede estar presente en cualquier etapa del desarrollo humano. Siendo las mujeres, personas con una enfermedad crónica o terminal y las personas con algún problema social, fisiológico o psicológico las más propensas a padecerlo.

El profesional en psicología, debe tener una buena base teórica y práctica para detectar las diferentes psicopatologías, poder diagnosticarlas y tratarlas utilizando los diferentes modelos psicoterapéuticos según la necesidad de cada paciente.

Capítulo 3

Referente metodológico

La Práctica Profesional Dirigida está compuesta por una serie de actividades teóricas y prácticas, elaboradas y realizadas en clase y en el centro de práctica. Dichas actividades comprenden investigaciones, ejercicios, atención de casos, proyecto, etc. Cada una de las actividades fue planificada con anterioridad para su buen desempeño.

En el presente marco, se muestran las planificaciones y cronogramas elaborados con anterioridad para realizar la Práctica Profesional Dirigida.

3.1 Programa de práctica

A. 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.

B. Competencias a fortalecer

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

C. Indicadores de logro

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

D. Contenido temático del curso

1. Planificación de programas de aplicación de la Psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento
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

E. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

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

3.2 Cronograma de actividades

I FASE Del 29 de enero al 7 de mayo

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

II FASE Del 21 de mayo al 13 de agosto

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Supervisión de actividades primer grupo Supervisión de actividades segundo grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el Centro de práctica Valor 10 puntos
Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias Clínicas. Valor 5 puntos Participación
Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. Valor 5 puntos
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	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	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III FASE Del 27 de agosto al 19 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 constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Valor 5 puntos
Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida Primera revisión de informe final	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas Elaboración de Informe Final	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos Presentación de primera parte del Informe. Valor 5 puntos
Segunda revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de segunda parte del Informe. Valor 5 puntos
Tercera y última revisión de informe final Entrega de informe/ examen final	Elaboración de Informe Final	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos

3.3 Planificación de actividades en el centro de práctica

Lugar: Centro de Salud de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango

Alumno (a) practicante: Marvin Augusto López Alvarado

Ciclo 2011

A. Objetivos generales

1. Atender a las personas en centro de práctica ayudándolas por medio de psicoterapias.
2. Promover la salud mental a la comunidad por medio de la atención de casos.

B. Objetivos específicos

1. Obtener información sobre las actividades de la Práctica Profesional Dirigida.
2. Planificar las actividades a realizar en el centro de práctica.
3. Tener un primer contacto con las autoridades del centro de práctica para llegar a acuerdos que permitan la realización de dicha práctica.
4. Identificar los principales problemas de los pacientes atendidos en el centro de práctica.
5. Iniciar con la atención y detección de casos en el centro de práctica.

I Fase

Del 29 de enero al 7 de mayo

I.1 Actividades

1. Información general del centro de la Práctica Profesional Supervisada.
2. Planificación de actividades a realizar en el centro de práctica.
3. Primer contacto con autoridades del centro de práctica.
4. Visitas al centro de práctica.
5. Diagnóstico institucional del centro de práctica.

6. Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica.
7. Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc.

I.2 Recursos

1. Programa de Práctica Profesional Dirigida.
2. Cronograma de actividades de Práctica Profesional Dirigida.
3. Formatos para elaborar diagnóstico institucional y planificación.
4. Gafete de identificación.
5. Entrevista.
6. Observación.
7. Test proyectivos y psicométricos.

I.3 Logros y resultados esperados

1. Se obtiene información adecuada sobre las actividades a realizar durante el curso y la realización de la Práctica Profesional Dirigida.
2. Se planifican las actividades a realizar en el centro de práctica para seguir un orden en la realización de las mismas.
3. Se visita el centro de práctica en donde se conoce el ambiente físico.
4. Se presenta formalmente el practicante al centro de práctica y se empieza a relacionar con el personal de la institución.
5. Se identifica el principal problema de los pacientes atendidos en el centro de práctica.
6. Se identifica con el personal y con los pacientes atendidos.

II Fase

Del 21 de mayo al 13 de agosto

II.1 Actividades

1. Elaboración de historias clínicas.
2. Elaboración de planificación para capacitaciones en instituciones ajenas al centro de práctica.
3. Elaboración de cronograma para capacitaciones en instituciones ajenas al centro de práctica.
4. Elaboración de proyecto de Salud Mental.
5. Entrega de carta de agradecimiento para la Institución.

II.2 Recursos

1. Documentación de cada caso
2. Recursos humanos
3. Material didáctico
4. Cañonera
5. Computadora
6. Dinámicas

II.3 Logros y resultados esperados

1. Se realiza un archivo por cada paciente con su respectiva historia clínica y tratamiento.
2. Se planifican las capacitaciones a ser impartidas en diferentes instituciones.
3. Se establecen las fechas y horarios de las capacitaciones a instituciones varias.
4. Se lleva a cabo un proyecto de Salud Mental satisfactoriamente.
5. Se entrega una copia de historias clínicas en el centro de práctica.
6. Se agradece y despide del personal del centro de práctica.

III Fase

Del 27 de agosto al 19 de noviembre

III.1 Actividades

1. Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales
2. Elaboración de informe final

III.2 Recursos

1. Material psicoterapéutico
2. Material didáctico
3. Computadora
4. Dinámicas
5. Recursos humanos

III.3 Logros y resultados esperados

1. Se aplica el proyecto de Salud Mental atendiendo a habitantes de comunidades rurales satisfactoriamente.
2. Se entrega el informe final en el tiempo estipulado y cumpliendo con el reglamento interno de la Universidad Panamericana.

3.4 Subprogramas

Se elaboraron algunas planificaciones específicas de las actividades a realizar en la Práctica Profesional Dirigida. A continuación se presentan: programa de atención de casos individuales, programas de capacitación a pacientes del centro de práctica y el programa del proyecto de salud mental realizado en el municipio de Santa Cruz Balanyá del departamento de Chimaltenango.

A. Programa de atención de casos

I. Introducción

En éste programa se encuentran organizadas las actividades realizadas para la atención de casos en el centro de práctica. Para documentar la información general, la información específica de cada paciente, se elaboraron boletas de referencia, de citas, y de evolución.

La atención de casos individuales se llevó a cabo con algunos pacientes del Centro de Salud de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango. En donde acudieron niños, adolescentes y adultos por distintos trastornos y problemas conductuales.

II. Objetivos

- Atender a cada uno de los pacientes objetiva y profesionalmente.
- Poner en práctica las diferentes técnicas de los diferentes modelos psicoterapéuticos aprendidos en clase en la Universidad Panamericana.
- Ayudar a los pacientes a que ellos mismos se den cuenta del potencial que tienen para resolver sus problemas por medio del modelo psicoterapéutico más adecuado.

III. Actividades

- Promoción de atención psicológica a los pobladores del lugar.
- Elaboración de boletas de referencia, citas y de evolución
- Entrevistas a pacientes
- Examen mental
- Aplicación de tests
- Entrevista a padres de familia (de pacientes niños)

- Historias clínicas
- Elaboración de plan terapéutico
- Aplicación del plan terapéutico

IV. Cronograma de actividades

Actividades	Fecha
Promoción de atención psicológica	Semana del 1 al 6 de Marzo
Elaboración de boletas de referencia, citas y evolución	Semana del 1 al 6 de Marzo
Entrevistas a pacientes	Mes de marzo a julio
Examen mental	Mes de marzo a julio
Aplicación de tests	Mes de marzo a julio
Entrevista a padres de familia (de pacientes niños)	Mes de marzo a julio
Historias clínicas	Mes de marzo a julio
Elaboración de planes terapéuticos	Mes de marzo a julio
Aplicación de planes terapéuticos	Mes de marzo a julio

B. Programa de capacitación

I. Introducción

Se elaboró un programa de capacitación que consta de 5 charlas. Con el objetivo de intervenir en la salud psicológica de las personas capacitadas. Esto es promocionar, prevenir y tratar. El tema de intervención es la depresión. A solicitud del centro de práctica y de otra institución, se realizaron charlas con otros temas.

Los temas desarrollados son los siguientes: “La depresión” dirigido en general a pacientes del centro de práctica. “La depresión en el adulto mayor”, dirigido a pacientes adultos mayores del centro de práctica. “La depresión y el paciente con diabetes”, dirigido a pacientes con diabetes del centro de práctica. “Educando con amor y lógica a nuestros hijos” dirigido a matrimonios pacientes del centro de práctica. A solicitud de institución el tema “Intervención en la conducta para reducir el riesgo de contraer SIDA”, dirigido a jóvenes de la Iglesia Evangélica Getsemaní .

II. Objetivos

- Promover, prevenir y tratar el trastorno de depresión en algunos pacientes del centro de práctica.
- Concientizar a los matrimonios sobre lo eficaz de educar a los hijos con amor y lógica.
- Capacitar a los jóvenes sobre pensamientos y conductas adecuadas para reducir el riesgo de contraer SIDA.
- Promover la salud psicológica en los asistentes a las charlas.

III. Actividades

- Diagnosticar las necesidades psicológicas de los pacientes del centro de práctica.
- Realizar planificaciones de las charlas.
- Investigar los temas a tratar.

- Realización de material didáctico y audiovisual para impartir las charlas.
- Ejecución de cada charla según programación.
- Evaluación post charla para detectar y mejorar debilidades.

IV. Cronograma de actividades

Tema de la capacitación	Dirigido a	Lugar	Fecha
La depresión	Pacientes centro de práctica	Centro de Salud	18 de mayo
La depresión en el adulto mayor	Adultos mayores del centro de práctica	Centro de Salud	11 de mayo
La depresión y el paciente con diabetes	Pacientes con diabetes del centro de práctica	Salón del Centro de Salud	22 de junio
Educando con amor y lógica a nuestro hijos	Matrimonios pacientes del centro de práctica	Centro de Salud	13 de julio
Intervención en la conducta para reducir el riesgo de contraer SIDA	Jóvenes de la Iglesia Evangélica Getsemaní	Salón de jóvenes de Iglesia Getsemaní	17 de julio

A. Programa de elaboración de proyecto de salud mental

I. Introducción

El programa de elaboración de proyecto de salud mental fue muy amplio, ya que en él se organizó una jornada de salud psicológica, médica y odontológica la cual se denominó “La feria de la salud” porque realmente fue una fiesta donde gran parte de la población se dio cita para poder evaluar su salud integral. Donde se hizo énfasis en la intervención psicológica. Se trabajó a base de donaciones, recursos y contactos de los estudiantes de quinto grado de Psicología y Consejería Social.

Además de la jornada de salud, los estudiantes de la Universidad Panamericana de quinto grado construyeron en el municipio de Santa Cruz Balanyá un parque de juegos infantil con el apoyo del alcalde de la localidad y otras donaciones y recursos recaudados por los estudiantes, quienes estuvieron trabajando directamente en la construcción del mismo, para beneficio de los niños de la localidad ya que como profesionales en Psicología se tiene conocimiento de la importancia de una recreación de forma saludable para los niños para su buen desarrollo.

II. Objetivos

- Organizar un evento que beneficie integral y principalmente en el área psicológica a las personas de una comunidad del área rural.
- Que los estudiantes proporcionen su tiempo, conocimientos y recursos a las personas más necesitadas de una comunidad.
- Trabajar en grupo un proyecto de ayuda social, para poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas de la UPANA.
- Dar a conocer a la población en general el trabajo que realizan los Psicólogos que egresan de la Universidad Panamericana.

III. Actividades

- Información de la Licda. Encargada de la Practica Profesional Dirigida al grupo de estudiantes de la realización de un proyecto de salud mental
- Organización de los estudiantes para la coordinación del proyecto
- Elegir comunidad para realizar el proyecto
- Elegir actividades a realizar en el proyecto (jornada psicológica médica y odontológica y creación de parque infantil)
- Organización de grupos de trabajo
- Organización de grupos de intervención psicológica
- Contactar autoridades en el municipio de Santa Cruz Balanyá
- Obtener firmas de autorización del proyecto del alcalde municipal
- Elegir edificio para realizar la actividad
- Solicitar donaciones de personal de otras instituciones para servicio médico y odontológico
- Solicitud de donaciones de recursos materiales a utilizarse en las actividades
- Solicitud de terreno al alcalde del municipio para la creación de un parque infantil
- Realización de actividades de publicidad
- Reuniones de coordinadores del proyecto
- Reuniones de coordinadoras del proyecto con coordinadores de grupos
- Organizar a alumnos de tercero y cuarto grado para auxiliar durante la jornada
- Construcción de parque infantil de juegos
- Supervisión de colocación de juegos y colocación de plaqueta de la Universidad Panamericana en el parque infantil
- Traslado de materiales y equipo y preparación de áreas de trabajo en la comunidad
- Realización de la jornada
- Inauguración del parque infantil de juegos
- Presentación pública de proyecto de salud mental a autoridades de la universidad y entrega de proyecto escrito terminado

IV. Cronograma de actividades

Actividades	Fechas
Información de la Licda. Encargada de la Practica Profesional Dirigida al grupo de estudiantes de la realización de un proyecto de salud mental	6 de Agosto
Organización de los estudiantes para la coordinación del proyecto	6 de Agosto
Elegir comunidad para realizar el proyecto	6 de Agosto
Elegir actividades a realizar en el proyecto (jornada psicológica médica y odontológica y creación de parque infantil)	6 y 10 de Agosto
Organización de grupos de trabajo	10 de Agosto
Organización de grupos de intervención psicológica	10 de Agosto
Contactar autoridades en el municipio de Santa Cruz Balanyá	10 de Agosto
Obtener firmas de autorización del proyecto del alcalde municipal	12 de Agosto
Elegir edificio para realizar la actividad	23 de Agosto
Solicitar donaciones de personal de otras instituciones para servicio médico y odontológico	Todo el mes de Agosto
Solicitud de donaciones de recursos materiales a utilizarse en las actividades	Todo el mes de Agosto
Solicitud de terreno al alcalde del municipio para la creación de un parque infantil	26 de Agosto
Realización de actividades de publicidad	Del 10 de Agosto al 23 de Septiembre
Reuniones de coordinadoras del proyecto	Desde el inicio hasta el final de la actividad 1 o 2 veces por semana
Reuniones de coordinadoras del proyecto con coordinadores de grupos	10 de Septiembre
Organizar a alumnos de tercero y cuarto grado para auxiliar durante la jornada	10 de Septiembre
Construcción de parque infantil de juegos	18 de Septiembre
Supervisión de colocación de juegos y colocación de plaqueta	21 de Septiembre
Traslado de materiales y equipo y preparación de áreas de trabajo en la comunidad	23 de Septiembre
Realización de la jornada	24 de Septiembre
Inauguración del parque infantil de juegos	24 de Septiembre
Presentación pública de proyecto de salud mental a autoridades de la universidad y entrega de proyecto escrito terminado	Mes de Noviembre

Capítulo 4

Presentación de resultados

En el presente capítulo, se encuentran los resultados obtenidos de la Práctica Profesional Dirigida. En donde se dan a conocer los logros y limitaciones obtenidos durante el ejercicio de la práctica, algunas conclusiones, recomendaciones y la muestra de cinco casos atendidos.

Se muestran también algunas gráficas de resultados obtenidos, haciendo una descripción y análisis de las mismas.

4.1 Programa de atención de casos

A. Logros

- Atención de casos en el centro de práctica satisfactoriamente.
- Intervención a la población por medio de charlas a personas en general, a personas en riesgo y tratamiento de casos.
- Ayudar a los pacientes a que cada uno de ellos encuentre la solución a sus problemas.
- Colaboración con el centro de práctica y con la población en general con la atención de casos individuales en psicoterapia.
- Lograr experiencia profesional al poner en práctica lo aprendido durante 5 años de estudio en la Universidad Panamericana.

B. Limitaciones

- El espacio físico en que se trabajó durante la Práctica Profesional Dirigida.
- Falta de privacidad durante la atención de casos.
- La falta de asistencia de parte de los pacientes a las citas programadas.

C. Conclusiones

- El ejercicio profesional de un psicólogo, es una labor delicada por atender a seres humanos con capacidades y limitaciones. Por lo que el profesional debe ser responsable en su preparación para prestar un buen servicio.
- En algunos casos particulares, cuando por alguna razón el psicólogo se encuentra limitado para tratar a un paciente, es mejor que lo refiera con otro profesional para no realizar una mala práctica psicológica.
- El paciente necesita que el terapeuta le proporcione la confianza y respeto, y que sea empático para poder confiar su problema y recibir la psicoterapia de una forma adecuada de manera que pueda encontrar solución a sus problemas.
- En la práctica psicoterapéutica, existen diversidad de modelos y técnicas para tratar los diferentes trastornos y conflictos de las personas, pero cada uno de ellos tiene su mayor efectividad en un trastorno específico. Por lo que el terapeuta debe adquirir la práctica necesaria para ser propicio.
- La labor psicoterapéutica es agotadora y desgastante. Por lo que el terapeuta debe programar de forma ordenada y adecuada cada una de sus citas y también debe separar su vida personal de los problemas que en la práctica trate. Es decir debe cuidarse de no caer en una contratransferencia.

D. Recomendaciones

- Los pacientes atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida necesitan seguir siendo tratados por un profesional de psicología. Por lo que se recomienda que asistan a las diferentes instituciones en donde se presta el servicio.
- En el centro de práctica, no se cuenta con el servicio de atención psicológica y la población que atiende oscila aproximadamente en 150 personas diarias según datos internos de la institución. Por lo que se recomienda gestionar a donde corresponda, la contratación de los servicios profesionales de un psicólogo.

E. Muestra de cinco casos atendidos

E.1 Historia Clínica

Nombre: caso No. 1

Sexo: masculino Edad: 12 años

Religión: católico

Escolaridad: 4to primaria Ocupación: estudiante

Estado civil: -----

E.1.1 Motivo de consulta

Refiere la madre del paciente que desde hace un año aproximadamente, ha notado que su hijo por lo general se ve distraído y triste. Cuando ella le habla, él no pone atención y luego le hace la pregunta “¿Que dijiste mama?”.

Le preocupa mucho cuando en ocasiones lo ve sentado solo y distraído, en lugares apartados de la casa en donde viven.

E.1.2 Historia del problema actual

Refiere la madre del paciente que hace varios años (aproximadamente 5 años), que su hijo presenta distracción y un poco de rebeldía. Pero hace un año, la situación empeoró, al grado que durante el día lo ve solitario y aislado, a veces bajo el sol, y se mantiene pensando y con un semblante triste.

Cuando la madre le pregunta al paciente sobre si le sucede algo, recibe respuestas negativas y no da ninguna explicación de su estado emocional.

En el aula, cuando pide permiso para ir al baño, no le gusta tardarse mucho, ni le gusta que alguien más esté en el sanitario cuando él lo va a usar, (probablemente por algún temor).

A veces el paciente juega con su hermanita, pero de repente se aparta y se aísla y presenta los síntomas ya indicados con anterioridad.

En la segunda cita psicoterapéutica, la madre indicó que el px, cuando tenía 6 años y se encontraba cursando el primer año primaria, en cierta ocasión, le contó a ella que había sido abusado sexualmente por un compañero de clase en el sanitario de la escuela. Ella empezó a profundizar en el asunto y luego de hacerle varias preguntas, el px le dijo que era mentira, que no recordaba y que no había sucedido nada.

La reacción del padre fue violenta contra el niño, a quien castigó físicamente por medio de golpes. El niño no volvió a hablar del asunto desde entonces.

El paciente indica que no sabe porque se siente triste y porque busca estar solo. Indica que cuando juega con su hermanita, de pronto siente una tristeza muy grande y se retira a un lugar soleado y solitario para estar un poco solo.

Cuando se abordó al paciente respecto a la supuesta violación de la cual fue objeto, negó la situación e indicó que no se acuerda, se puso nervioso y evadió las preguntas.

E.1.3 Factores precipitantes

Dentro de los factores precipitantes del problema, se encuentran: el papá, se porta violentamente con él y lo castiga de manera severa. Es un padre represivo, (aunque antes era más severo). No juega con el paciente.

Por otro lado, el problema ha ocasionado que el paciente se aisle también en la escuela y tenga problemas de relación con sus compañeros quienes prefieren no juntarse con él. Esto provoca que el paciente se sienta peor.

E.1.4 Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

El paciente presenta desánimo, tristeza, aislamiento, disfuncionalidad en sus relaciones interpersonales en su casa y fuera de ella. Esto provoca que la madre se sienta preocupada y no sepa que hacer. Por otro lado el padre se muestra indiferente ante la situación.

E.1.5 Factores predisponentes o antecedentes personales

El niño siempre ha sido maltratado por su padre. Recibe castigo físico inmoderado. Esto ha ocasionado que el mismo tenga una baja autoestima y presente cierta rebeldía hacia su madre quien es más tolerante en el sentido de disciplinarlo. También ha ocasionado que el paciente no tenga la suficiente confianza para contar sus problemas o las situaciones que le causan angustia.

Respecto al tema en mención, el paciente dijo que a su papá le tiene miedo, porque es enojado y le pega mucho. Pero a su mamá no le tiene miedo, y por eso a ella no le hace caso.

También indicó el paciente que cuando la mamá le llama la atención, él se pone a pensar en otra cosa o a cantar mentalmente cualquier canción con tal de no escucharla.

E.1.6 Historia médica

Indica la madre, que el parto del paciente fue normal y sin ninguna complicación, y también el tiempo de embarazo. El paciente nunca ha padecido de alguna enfermedad médica de gravedad. Solo se ha enfermado de lo común en su entorno: catarro, gripe, enfermedades de la piel, etc.

E.1.7 Historia familiar

Durante el desarrollo de la niñez, el paciente ha tenido una relación poco afectiva de parte de su padre. Con su madre la relación era buena hasta la aparición de los síntomas del problema en tratamiento, pues desde que éste se manifestó el niño muestra cierta rebeldía hacia ella.

Su padre bebe regularmente (cada 8 ó 15 días) de lo cual manifestó el paciente en la entrevista, que no le agrada para nada, porque cuando su papá está ebrio, lo trata mal.

El paciente es el primer hijo de 4. Le sigue una hermana de 10 años, un hermano de 8 años y una de 2 años. Con sus hermanos se lleva bien, le gusta mucho jugar con su hermanita menor.

E.1.8 Examen mental

El vestuario es apropiado a su edad y entorno cultural. Su complexión es adecuada a su edad y sexo. No tiene cicatrices visibles en el rostro, brazos y manos. No hay indicios de onicofagia. Se ve algo sucio. No presenta tics. Se torna inseguro, desconfiado, inquieto, algo triste, temeroso, ansioso, nervioso, algo impaciente.

Es orientado en tiempo, espacio, sabe cual es su derecha y su izquierda. Orientado como persona. No hay pérdida de contacto con la realidad, capta la realidad, no maneja fantasías, no tiene pesadilla, no tiene alucinaciones, mira bien, oye bien, distingue formas, distingue olores y sabores. Dentro de los mecanismos de defensa presenta: negación, evasión, racionalización.

Coordina sus movimientos, tiene buenos reflejos, tiene ritmo. Los aspectos de psicomotricidad fina quedaron por establecerse, debido a que solamente asistió a 2 citas psicoterapéuticas.

Es coherente, hila sus ideas, asocia conceptos, organiza sus ideas (con dificultad), puede repetir en un 50% un cuento o narración, tiene metas o sueños (quiere ser maestro).

El lenguaje es adecuado a su edad. Según entrevista a la mamá y al px, no hay enuresis ni encopresis.

Sabe que es bueno y que es malo, siente culpa cuando hace algo malo, sus valores por lo que se apreció son un tanto utilitaristas, tiene un mal concepto de sí mismo, tiene mal concepto de su papá (porque es enojado y bebe), le son indiferente los demás, miente, desea el mal a los que lo dañan, no sigue instrucciones, se sale de lo establecido, lo castigan frecuentemente en el aula.

E.1.9 Diagnóstico

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81] Provisional

Eje II Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV T74.2 Abuso sexual del niño [V61.21] Provisional

Z55.8 Problema académico [V62.3] Provisional

E.1.10 Tratamiento

Psicoterapia individual

Psicoterapia familiar

E.2 Historia clínica

Nombre: caso No. 2

Sexo: femenino Edad: 15 años

Religión: católica

Escolaridad: 2do. Básico Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

E.2.1 Motivo de consulta

Refiere la madre de la paciente que quisiera que la ayuden, porque su hija tiene malos pensamientos. Piensa que es demasiado gorda, fea y que nadie la quiere.

Ha observado que su hija después de comer va al baño a vomitar lo digerido. Hace 4 meses intentó quitarse la vida cortándose las venas de la muñeca.

E.2.2 Historia del problema actual

(Entre lágrimas), refiere la paciente que no sabe qué hacer porque es fea, no puede hacer nada bien, nada le sale bien, a veces quisiera morir porque siente que a nadie le importa y que nadie la escucha ni la entiende.

Intentó suicidarse hace 4 ó 5 meses cortándose las venas de la muñeca izquierda con un alfiler. Lo hizo porque su padrastro trata mal a su mamá y la golpea físicamente.

Cuando se encuentra bajo tensión, piensa en matarse. Ha pensado en tomarse muchas pastillas al mismo tiempo para terminar con su existencia.

Nunca conoció a su papá biológico, solamente sabe que falleció hace 2 años. Indica que lo odia pero que le hubiera gustado conocerlo. Cuando sus tías hablan mal de su verdadero papá, ella se molesta mucho, porque no le gusta que nadie hable mal de su papá aunque ella nunca lo conoció.

Tiene 2 medias hermanas por parte de la mamá. una de 5 años y otra de 3 años. Envidia a su media hermana menor Wendy porque ella si tiene padre. Al mismo tiempo quisiera ser como ella porque ella si tiene papá.

Tiene varias tías maternas que viven a su vecindad, quienes le hacen la vida imposible porque le dicen bastarda y siempre la insultan y no la dejan en paz.

Cuando se encuentra desesperada por algún problema con su padrastro o con sus tías, empieza a comer mucho para luego vomitar el alimento en el servicio sanitario. No quiere engordar más, sino que quiere adelgazar porque se siente gorda.

E.2.3 Factores precipitantes

Su mala relación con su padrastro, precipita su baja autoestima y los pensamientos de suicidio. Además el hecho de no llevarse bien con sus tías quienes viven a su vecindad y quienes constantemente la provocan con insultos y desaprueban cualquier conducta que ella tenga, aunque la conducta sea normal.

Los constantes problemas familiares entre padrastro y madre, entre tías y paciente, tías y madre, tías y padrastro, son factores precipitantes de las explosiones neuróticas de la paciente.

E.2.4 Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Primero, la paciente indica que se encuentra desesperada, no sabe que hacer, vive generalmente una infelicidad y tormento, ha intentado suicidarse, tiene pensamientos suicidas, ha pensado en formas de quitarse la vida. La paciente actualmente le va mal en sus estudios. Perdió el año pasado y actualmente no le va tan bien.

Segundo, la madre indica que se encuentra preocupada por la salud mental y física de su hija, se lleva bien con ella, pero la paciente no confía del todo de su mamá, le reprocha el haberse unido con su actual padrastro.

Tercero, la paciente dice que no se lleva bien con su padrastro porque golpea a su mamá y la maltrata psicológicamente, no trabaja, le quita el dinero a su mamá y bebe licor frecuentemente.

Cuarto, con sus 2 medio hermanas, se lleva bien y las quiere mucho, se ha identificado con la que le sigue y quisiera ser como ella.

Todo esto ha provocado que la dinámica familiar en el hogar de la paciente, sea hostil y aversiva entre las relaciones de la mayoría de sus miembros.

E.2.5 Factores predisponentes o antecedentes personales

Se toma como factor predisponente en el presente caso, el hecho que la paciente nunca conoció ni vivió con su padre biológico. Ella no acepta la figura paterna por parte del padrastro ni se siente a gusto con la idea.

E.2.6 Historia médica

Indica la madre, que el parto de la paciente fue normal y sin ninguna complicación, y también el tiempo de embarazo. La paciente nunca ha padecido de alguna enfermedad médica grave. Solo se ha enfermado de lo común en su entorno: catarro, gripe, enfermedades de la piel, etc.

Cuando era pequeña, siempre la llevó a control con el pediatra y nunca ha tenido problemas de salud. Siempre pesó y midió lo normal a su edad.

Nunca ha padecido de algún trastorno psiquiátrico, al menos nunca se lo han diagnosticado porque no ha sido necesario llevarla con algún psicólogo hasta ahora.

E.2.7 Historia familiar

Cuando la paciente nació, el padre ya había abandonado a la mamá, y por consiguiente a ella también. Su madre laboraba en una fábrica maquila en la ciudad capital, y dejaba a la paciente en casa con sus tías. Sus tías siempre la trataron mal y la llamaban bastarda. La paciente se quejaba con su madre quien se sentía impotente de actuar porque no tenía más opciones.

Cuando la paciente tenía 10 años de edad, la madre se cansó de esperar a su esposo quien nunca regresó, por lo que la mamá se unió a su actual padrastro pensando que le sería de ayuda a ella y a su hija.

Con el padrastro de la paciente, la mamá procreó 2 hijas más. Y desde que se unió nuevamente, dejó de laborar en la capital y se dedicó a laborar realizando oficios domésticos en casas de su mismo municipio.

El padrastro desde que vive con ellas, nunca ha laborado y toma frecuentemente. Golpea a la mamá, trata mal a su hijastra y se va de la casa por días con otra amante y luego regresa como que si nada hubiera pasado.

La paciente tiene una relación regular con la madre. Con el padrastro su relación es mala. Con sus hermanas su relación es buena. Con sus tías y primas su relación es mala. Tiene amigas con las cuales su relación es buena.

Aunque nunca conoció a su papá, siempre quiso conocerlo. Al mismo tiempo, siente rechazo hacia él por el hecho de haberlas abandonado. No le gusta que nadie hable mal de él. Le dolió mucho cuando supo que había muerto porque con la noticia, se murió su esperanza de algún día conocerlo y esperanza que algún día regresaría con ellas.

E.2.8 Examen mental

Su vestuario es un tanto extravagante, vestida de negro, uñas pintadas de negro, ojos pintados de negro. De compleción regular. No tiene cicatrices visibles en el rostro, leves cicatrices en la muñeca izquierda (intento de suicidio). No hay indicios de onicofagia. Se ve limpia pero un tanto descuidada en su peinado. No presenta tics.

Se torna insegura, desconfiada, triste, enojada, ansiosa, algo impaciente.

Es orientada en tiempo, espacio, sabe cual es su derecha y su izquierda. Orientada como persona. No hay pérdida de contacto con la realidad, capta la realidad, no maneja fantasías, no tiene pesadillas, no tiene alucinaciones, mira bien, oye bien, distingue formas, distingue olores y sabores.

Dentro de los mecanismos de defensa presenta: proyección, negación, evasión, racionalización.

Coordina sus movimientos, tiene buenos reflejos, tiene ritmo. Tiene letra clara, tiene imaginación pero en su estado actual no quiere utilizarla. Es coherente, hila sus ideas, asocia conceptos, actualmente encuentra dificultad para organizar sus ideas. No tiene idea de lo que quiere ser cuando sea más grande.

Sabe que es bueno y que es malo, siente culpa cuando hace algo malo, tiene un mal concepto de sí misma, ambivalencia de sentimientos respecto a su padre, le son indiferente los demás, miente, desea el mal a los que la dañan, no sigue instrucciones, en ocasiones se sale de lo establecido, con frecuencia deja de hacer las tareas de estudio, los catedráticos le llaman la atención en el salón de clase.

E.2.9 Diagnóstico

Eje I F50.2 Bulimia nerviosa

Eje II Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Z55.8 Problema académico [V62.3]

Problemas familiares

E.2.10 Tratamiento

Psicoterapia individual (terapias del modelo cognitivo conductual) (modelo humanista, Logoterapia)

Psicoterapia familiar

Autoestima

E.3 Historia clínica

Nombre: caso No. 3

Sexo: femenino Edad: 52 años

Religión: evangélica

Escolaridad: 6to. Primaria Ocupación: ama de casa

Estado civil: casada

E.3.1 Motivo de consulta

(Con lágrimas en los ojos) Refiere la paciente que se quiere morir, que no le encuentra sentido a su vida.

E.3.2 Historia del problema actual

(Entre lágrimas), indica la paciente que hace 15 años, el mayor de sus hijos se fue a Estados Unidos y que desde entonces ella quedó muy triste.

Tiene 2 años de haber empeorado, se siente desganada, no le dan ganas ni de hacer el oficio, se quiere morir, no se puede concentrar en nada de lo que hace, no le llama la atención ni la comida ni ver televisión.

En los últimos dos meses empeoró aún más pues no come ni duerme bien. Se la pasa llorando y no le encuentra sentido a nada. Ha veces no sabe porque llora. Ha perdido peso, le cuesta mucho hacerse los aseos personales.

Su esposo la apoya y le pregunta que le pasa, pero ella no sabe lo que le pasa, en ocasiones piensa que talvez se encuentra muy triste por su hijo que se fue a Estados Unidos desde hace 15 años.

Su hijo no le informó a ella de los planes que tenía de viajar de forma ilegal al país del norte. Se fue sin decirle nada. Su esposo si lo sabía pero no le dijo a ella durante 2 meses. Después de esos dos meses, su esposo le explicó que su hijo acababa de llegar a Estados Unidos y que estaba bien.

Dos años después, la paciente enfermó y fue hospitalizada, le diagnosticaron diabetes. Hace 6 años tuvo un derrame cerebral en el hemisferio derecho.

Su relación con su esposo es buena, él la atiende bien y se preocupa por ella, la acompaña a todas sus citas médicas, incluso fue él quien la motivó para buscar ayuda psicológica y también la acompañó a dicha cita.

A pesar de tener una buena relación con su esposo, ella a veces lo culpa de no haberle avisado que su hijo mayor se iba del país hace 15 años.

E.3.3 Factores precipitantes

Dentro de los factores precipitantes, se puede mencionar que la paciente tiene 2 hijos y 4 hijas, el primogénito se fue a Estados Unidos hace 15 años, 4 de sus hijas se casaron y se fueron de casa con sus esposos, solamente el varón más pequeño vive con ella y su esposo, pero se va a estudiar todo el día a Chimaltenango. El casamiento de sus cuatro hijas le provocó más tristeza.

E.3.4 Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La paciente se encuentra muy triste por la partida de su hijo mayor a Estados Unidos, en ocasiones culpa a su esposo por no avisarle de dicha partida hace 15 años.

Su esposo se encuentra arrepentido de haberle ocultado la partida de su hijo mayor a Estados Unidos hace 15 años, le pidió perdón durante la cita terapéutica, la apoya en todo lo que se refiere a cuidados médicos, la acompaña a citas, le compra su medicina, la lleva a chequeos de laboratorio, etc. En casa la trata de comprender y la ayuda con los oficios domésticos porque ella se encuentra imposibilitada de realizarlos, la lleva a paseos y trata de distraerla en viajes a Chimaltenango y Guatemala.

Debido al trabajo del esposo, en la mayor parte del tiempo, la paciente queda sola en casa, a veces todo el día.

Sus hijas la apoyan verbalmente y la tratan de consolar, pero lamentablemente, no pueden acompañarla por mucho tiempo debido a su responsabilidad hogareña.

El hijo que se encuentra en Estados Unidos, la llama por teléfono aproximadamente cada semana, a veces solo llama al papá y eso le causa tristeza a la paciente.

El hijo menor no se mantiene en casa porque estudia una carrera técnica por lo que se ocupa en todo el día, solamente se encuentra por las noches y fines de semana.

A la paciente no le gusta que en ocasiones el esposo y sus hijas platican de cosas que no le dicen a ella, y ella piensa que lo hacen porque la hacen de menos. Respecto a esto el esposo dice que cuando esto sucede, es porque platican de noticias trágicas o no muy gratas, por lo que se ponen de acuerdo en como se lo van a informar a ella considerando su enfermedad de diabetes.

E.3.5 Factores predisponentes o antecedentes personales

Un factor predisponente al estado depresivo de la paciente, es que permanece sola todo el día sin tener a nadie con quien conversar y relacionarse.

E.3.6 Historia médica

La paciente, durante su niñez y edad adulta, nunca tuvo problemas de salud relevantes. A la edad de 39 años, le diagnosticaron diabetes. A la edad de 46 años, tuvo un derrame cerebral. Actualmente se encuentra tratada en una clínica particular por la enfermedad de diabetes, asiste a sus controles y exámenes de laboratorio. Aunque en su estado actual, ya no quiere tomarse el medicamento y no tiene ganas de hacerse los exámenes de laboratorio.

No tiene antecedentes psiquiátricos. En la actual ocasión es la primera vez que asiste a obtener ayuda psicológica y está consciente que la necesita.

E.3.7 Historia familiar

La paciente creció en un hogar integrado por sus dos padres, tres hermanos y ella. Siempre permanecieron juntos y tenían una dinámica familiar normal, de apego y afecto, tenían diferencias que no pasaban a problemas mayores. Se separaron hasta que cada uno de sus hermanos y ella se casaron. Sus padres murieron hace diez años.

Actualmente su familia la componen su esposo y 6 hijos. Quisiera que su familia no se separe, lamentablemente para ella, 5 de sus hijos ya no están con ella, eso le causa mucha tristeza. Solamente tiene en casa a su último hijo, de quien piensa que en cualquier momento lo puede perder al casarse o ir a trabajar a otro lado.

Su relación con el esposo es buena. Entre la paciente y su hijo mayor, es buena en el sentido de armonía, pero es muy escasa desde el punto de vista de la paciente, pues ella quisiera que la llame más seguido ya que no lo puede ver físicamente.

Con sus cuatro hijas, la relación es buena. Ella se pone triste porque no viven con ella, pero se consuela pensando que no están muy lejos como su hijo mayor. Y por último, su relación con su hijo menor es buena, ella guarda sentimientos y pensamientos que algún día lo va a perder porque se irá de casa.

E.3.8 Examen mental

Su vestuario es apropiado a su edad y cultura, de complexión regular. No tiene cicatrices visibles en el rostro. No hay indicios de onicofagia. Se ve un tanto descuidada en su arreglo personal. No presenta tics.

Su apariencia refleja tristeza profunda, le cuesta entablar una conversación por su estado actual, se ve con pocos deseos de seguir adelante, según ella, no tiene motivos para seguir viviendo.

Es orientada en tiempo, espacio, sabe cual es su derecha y su izquierda. Orientada como persona. No hay pérdida de contacto con la realidad, capta la realidad, no maneja fantasías, no tiene pesadillas, no tiene alucinaciones, mira bien, oye bien, distingue formas, distingue olores y sabores. No come ni duerme bien.

Coordina sus movimientos, tiene buenos reflejos, tiene ritmo. Tiene letra clara, manifiesta poca imaginación. Es coherente, hila sus ideas, asocia conceptos, actualmente encuentra dificultad para organizar sus ideas.

Sabe que es bueno y que es malo, siente culpa cuando hace algo malo, tiene un mal concepto de sí misma, le son indiferente los demás, le cuesta seguir instrucciones por su estado anímico, no se sale de lo establecido, con frecuencia deja de hacer los oficios domésticos que tiene a su cargo, presenta falta de concentración.

E.3.9 Diagnóstico

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]

Eje II Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Ninguno

E.3.10 Tratamiento

Psicoterapia individual (terapias del modelo cognitivo conductual) (modelo humanista, Logoterapia)

Psicoterapia de pareja

Autoestima

E.4 Historia Clínica

Nombre: caso No. 4

Sexo: femenino Edad: 25 años

Religión: católica

Escolaridad: 2do. Básico Ocupación: ama de casa

Estado civil: casada

E.4.1 Motivo de consulta

Refiere la paciente que en las últimas semanas, piensa que hay personas que la siguen para secuestrarla, no puede dormir bien, y se pone muy nerviosa cuando sale a la calle, tampoco come bien y se mantiene con temor.

E.4.2 Historia del problema actual

El problema surgió hace 2 semanas, después que personas desconocidas trataron de llevarse a una señora de 50 años a la fuerza, dicha señora vive a la vecindad de la paciente.

Anteriormente hace 2 años, la paciente experimentó el temor que ahora tiene de salir a la calle, y sucedió cuando ella se enteró que en su municipio, ocurrieron asaltos a camionetas. Dicha noticia le provocó síntomas iguales a los que ahora padece. Nunca ha asistido a tratamiento ante un psicólogo por dicho padecimiento. Hasta esta ocasión decidió tratarse con un profesional.

Desde hace 2 años el municipio en donde reside la paciente se tornó violento y objeto de asaltos y secuestros. Es el mismo tiempo que la paciente experimenta temor al salir a la calle y hace 2 semanas que se agravó el problema con la experiencia de intento de secuestro de su vecina.

E.4.3 Factores precipitantes

El factor precipitante que condujo a la paciente a tener miedo a salir a la calle y a sus pensamientos paranoicos es el hecho que 2 semanas antes a la entrevista inicial del presente caso, personas desconocidas intentaron plagiar a una vecina suya. De dicho intento de plagio, la paciente se enteró por medio de familiares y vecinos el mismo día del evento.

E.4.4 Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La paciente presenta temores al salir a la calle, y pensamientos paranoicos respecto que cree que sujetos la siguen para plagiarla. Esto ha ocasionado en ella insomnio, no se alimenta bien y vive inseguridad generalizada. Por su parte sus familiares no saben qué hacer para calmarla y tratar de ayudarla, ya están desesperados ante el problema.

E.4.5 Factores predisponentes o antecedentes personales

Cuando la paciente era niña, sufrió maltrato por parte de su padre, debido a que él tenía desconfianza por su paternidad biológica, a parte de esto él quería tener un hijo varón y no mujer, lo que manifestó de forma abierta y sin cuidado delante de la paciente.

La paciente durante su niñez padecía de temor hacia su padre, lo que la hizo insegura respecto a su entorno.

E.4.6 Historia médica

La paciente manifestó nunca haber sido tratada por alguna enfermedad grave o crónica. Se ha enfermado de lo común en su entorno: catarro, gripe, enfermedades de la piel, etc.

Nunca ha padecido algún trastorno psiquiátrico. Buscó ayuda psicológica por cuanta propia.

E.4.7 Historia familiar

Durante el desarrollo de la niñez, la paciente tuvo mala relación afectiva con su padre, debido a que él laboraba lejos. Al regresar de donde laboraba, la madre había dado a luz a la paciente, y como era niña, el padre no estaba satisfecho porque él quería un varón. A parte de eso la demás gente del pueblo le habló mal de la madre, inculcándole duda sobre la paternidad biológica de la paciente. Por éste motivo la paciente durante su niñez, nunca disfrutó de una relación sana con su padre quien en raras ocasiones le mostró amor y en muchas ocasiones la trató mal y ella desarrolló un temor por él.

Durante su niñez, la paciente tuvo buena relación con su madre, quien era su consuelo por la falta de afecto de su padre hacia ella.

El parto de la paciente fue normal y sin ninguna complicación. Por parte de la madre, era una niña esperada y no así por el padre.

Cuando la paciente cumplió 14 años, trabajó en un depósito en el municipio en donde reside. En donde se encariñó mucho de sus patrones y ellos de ella. La paciente piensa que en ellos encontró el amor paterno que estaba buscando.

La paciente tiene 7 hermanos. Ella es la número 4. Con todos ellos durante su niñez tuvo una relación conflictiva y confusa, peleaban y discutían mucho.

Refirió la paciente que durante su vida nunca ha tenido ninguna enfermedad grave ni trastorno mental diagnosticado solamente lo que en ésta ocasión se está tratando.

Indicó la paciente que actualmente no tiene ninguna relación amorosa. En su vida ha tenido 2 novios. Con el primero se hicieron novios cuando ella tenía 17 años, la relación duró 2 años ½. A juicio de la paciente se quisieron mucho, pero el padre de ella no estaba de acuerdo con la relación porque la consideraba de corta edad para un romance. Por ese motivo rompieron la relación. Con el segundo, ella tenía 20 años cuando iniciaron la relación y duró 1 año, rompieron porque ella se enteró que él la traicionaba con varias mujeres.

Actualmente la paciente vive con su hermano menor, en la herencia que le dieron sus padres. Sus demás hermanos ya están casados y viven en sus propias casas. Ahora su relación con todos los hermanos mejoró. Sus padres viven solos.

E.4.8 Diagnóstico

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

Eje II Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Maltrato infantil

E.4.9 Tratamiento

Psicoterapia individual (modelo conductual) técnica: Desensibilización sistemática

Psicoterapia familiar

Autoestima

Grupos de apoyo

E.5 Historia clínica

Nombre: caso No. 5

Sexo: femenino Edad: 40 años

Religión: católica

Escolaridad: 6to. Primaria Ocupación: Ama de casa

Estado civil: viuda

E.5.1 Motivo de consulta

Indica la paciente que hace 3 años que su esposo falleció en un accidente de tránsito. Era piloto de un camión y laboraba manejándolo en varias partes de la república.

Desde entonces ella no ha podido superar la tristeza que le causa el haberlo perdido. Él la trataba bien y la quería mucho, ella igual a él. Se comprendían bien y resolvían sus diferencias de forma pacífica. Todas sus vecinas y amigas le decían que su matrimonio era bonito porque su esposo la quería mucho y la respetaba.

Del matrimonio, procrearon a dos hijas, actualmente una tiene 6 años y la otra tiene 4 años. La mayor extraña mucho a su papá y llora eventualmente por él. Más que todo, llora cuando ve llorar a la paciente.

La paciente vive en la casa que le dejó su esposo, cuyo terreno lo obtuvieron como herencia del fallecido. Su suegra vive a la par.

La paciente indica que se siente vigilada por su suegra, y que no puede salir a trabajar en oficios domésticos porque ella siempre le dice que sale a buscar pareja. Ella ya no sabe qué hacer porque sus dos hijas estudian y aparte de eso tiene que trabajar para mantenerlas y la suegra no la deja trabajar en paz.

Refiere que no puede superar el trauma que le dejó la muerte de su esposo, todavía llora casi todos los días, lo extraña, piensa en él y quisiera cambiar las cosas para que aun esté con ella. No entiende porque pasan en la vida cosas como esa (accidente de su esposo).

E.5.2 Factores precipitantes

La paciente tiene pensamientos recurrentes respecto a su esposo, tiene recuerdos agradables, lo cuales revive en su mente constantemente. Está viviendo un duelo no resuelto.

E.5.3 Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La paciente tiene una tristeza profunda, aunque no ha perdido la facultad de laborar, podría sumergirse aún más en su estado depresivo y tornarse disfuncional si no es intervenida psicológicamente.

La paciente llora casi a diario. Cuando le comentan lo sucedido a su esposo, ella empieza a llorar y no puede dejar de hacerlo, piensa en su esposo y tiene pensamientos de querer cambiar el pasado para que su esposo no hubiera fallecido. Su actitud ante la situación, le está afectando también a sus hijas.

La hija mayor, tenía 3 años cuando su papá falleció, aún tiene recuerdos de él y también lo extraña, eventualmente llora al recordar a su papá, tiene problemas en la escuela porque le cuesta aprender, no ha sido capaz de establecer lazos de amistad con ninguna compañera. La hija menor, actualmente tiene 4 años, cuando falleció su papá, tenía un año, ella no ha mostrado síntomas de depresión como su mamá y hermana; su relación con sus compañeras en párvulos, es buena y su rendimiento escolar es bueno. Solamente ha manifestado que empieza a entristecerse cuando ve a su mamá y hermana llorar.

E.5.4 Factores predisponentes o antecedentes personales

Hasta el momento no se han encontrado factores predisponentes en la personalidad de la paciente. Se le sugirió referirla a un endocrinólogo para establecer si hay factores fisiológicos predisponentes a una depresión, pero ella comentó que actualmente no cuenta con los recursos necesarios para someterse a tal tratamiento. Por éste motivo solamente se le está ayudando con tratamiento psicoterapéutico.

E.5.5 Historia médica

La paciente indica que nunca ha padecido ninguna enfermedad de gravedad, solamente se ha enfermado de lo común en el medio, gripe, infección estomacal, etc.

Nunca ha padecido de alguna enfermedad psiquiátrica. Hasta la fecha que se siente tan triste e impotente. Buscó ayuda psicológica porque en su aldea se lo aconsejó la doctora del puesto de salud.

E.5.6 Historia familiar

La paciente, cuando era niña, tuvo un hogar integrado por sus dos padres, y 2 hermanos. Sus padres aún viven, sus dos hermanos actualmente tienen 36 y 34 años de edad.

Su relación con los padres siempre fue buena, el padre es enojado pero siempre los trató bien. La madre es más cariñosa y siempre los trató bien. Su relación con sus hermanos también fue buena, había hermandad, confianza y respeto.

Se fue de su casa hasta que se casó, al igual que sus hermanos. Visita regularmente a sus padres, pero por la distancia le cuesta un poco hacerlo. A sus hijas les gusta visitar a los abuelos. Cuando visitan a sus tíos maternos, las dos hijas juegan con sus primos, pero terminan llorando porque los primos siempre terminan diciéndoles que no tienen papá. Por eso a la paciente no le gusta visitar a sus hermanos.

La relación con la familia de su esposo, se ha deteriorado desde que éste falleció. Solamente un hermano de su esposo la ayuda con víveres y le dice que cuente con él para cualquier necesidad en el hogar. Pero a ella no le gusta molestarlo con las necesidades alimenticias de ella y de sus hijas porque la esposa de su cuñado se pone celosa y le dice que no moleste a su esposo.

E.5.7 Examen mental

Su vestuario es apropiado a su edad y cultura, de complexión regular. No tiene cicatrices visibles en el rostro. No hay indicios de onicofagia. No presenta tics.

Su apariencia refleja tristeza profunda, habla de su problema y cuenta detalles pero llorando, su motivo principal para seguir viviendo y seguir adelante, son sus dos hijas. No tiene metas personales, solamente para sus hijas y es el poder sacarlas adelante.

Es orientada en tiempo, espacio, sabe cual es su derecha y su izquierda. Orientada como persona. No hay pérdida de contacto con la realidad, capta la realidad, no maneja fantasías, no tiene pesadillas, no tiene alucinaciones, mira bien, oye bien, distingue formas, distingue olores y sabores.

Coordina sus movimientos, tiene buenos reflejos, tiene ritmo. Tiene letra clara, manifiesta poca imaginación. Es coherente, hila sus ideas, asocia conceptos, no presenta dificultad para organizar sus ideas.

Sabe que es bueno y que es malo, siente culpa cuando hace algo malo, no tiene un mal concepto de sí misma, no es indiferente ante el sufrimiento de los demás, le cuesta seguir instrucciones por su estado anímico, no se sale de lo establecido, presenta falta de concentración.

E.5.8 Diagnóstico

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]

Eje II Z03.2 No hay ningún diagnóstico [V7109]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas familiares

E.5.9 Tratamiento

Psicoterapia individual (terapias del modelo cognitivo conductual) (modelo humanista, Logoterapia)

Psicoterapia familiar

Autoestima

4.2 Programa de capacitación

A. Logros

- Se promovió la salud mental a través de las diferentes charlas realizadas en el lugar de la práctica y otra institución religiosa.
- También se dieron charlas a población en riesgo de padecer de depresión. Dichas personas en riesgo son adultos mayores y pacientes con diabetes.
- Se contribuyó con el centro de práctica, al abordar temas de beneficio para los pacientes, debido a que eran necesario y siguen siendo necesarios.
- Se logró cumplir con los objetivos trazados en la elaboración del programa de capacitación a la población atendida.
- De las charlas de promoción y prevención, surgieron casos específicos, los cuales fueron tratados en psicoterapia individual.

B. Limitaciones

- La puntualidad de las personas capacitadas para iniciar las charlas.
- El reducido espacio para impartir las charlas y la falta de un salón específico para ello.
- En algunos casos específicos, las personas presentaban falta de concentración y por lo tanto les fue difícil poner atención a los temas en las charlas.
- La inasistencia de algunos pacientes en las charlas de prevención dirigidas a adultos mayores y pacientes con diabetes.

C. Conclusiones

- Las charlas de capacitación y sus diferentes temas impartidos, son necesarios en la población atendida.
- La población atendida, se encuentra en vulnerabilidad de padecer depresión y otros trastornos mentales, debido a la dinámica familiar y social que predomina en el lugar.

- Es necesario que las autoridades del municipio, gestionen la contratación por parte del estado, los servicios de varios psicólogos para atender las diferentes necesidades de la población respecto a salud mental.
- Algunos de los pobladores atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida ya se han dado cuenta de la necesidad que cualquier persona tiene de ser atendido en el área mental, pero la gran mayoría no reconocen tal necesidad y viven con sus trastornos sin tratar.

D. Recomendaciones

- Se recomienda al centro de práctica, realizar las gestiones necesarias para la contratación por parte del estado, de los servicios de varios psicólogos para atender las diferentes necesidades de la población respecto a salud mental.
- Que los pacientes atendidos, sigan buscando ayuda psicológica para la continuación de su tratamiento y la prevención de otros trastornos mentales.
- Mientras no existan profesionales de la salud mental en el centro de práctica, se recomienda que las autoridades, soliciten a las diferentes instituciones jornadas de salud mental periódicas.

E. Presentación de contenidos de charlas y talleres impartidos

I. Tema “La depresión”

Fecha: 18 de marzo de 2011

Lugar: instalaciones del Centro de Salud

Dirigido a: pacientes en general

- **Objetivos**
 - Promover en las personas asistentes la educación respecto al trastorno de la depresión, causas y consecuencias.
 - Proporcionarles las herramientas necesarias para poder identificar el trastorno en su propia vida y en la de una persona cercana (familiares).

- Enseñarles lo que pueden hacer y en donde encontrar ayuda para tratar el trastorno.

➤ Recursos

- Humanos
- Cañonera
- Laptop
- Hojas
- Impresora

➤ Metodología

- Expositiva
- Participativa

➤ Evaluación

- Preguntas
- Premios

➤ Cierre

El cierre se realizó con una pequeña refacción.

➤ Dinámicas realizadas

Se realizaron dinámicas rompe hielo.

➤ Actividades o agenda de trabajo

- Bienvenida y presentación
- Dinámica rompe hielo “¿Quién soy yo”
- Introducción con una evaluación diagnóstica sobre el tema, a través de preguntas
- Presentación de diapositivas en proyección de cañonera
- Evaluación con preguntas y premios a los que respondan

- Refacción
- Agradecimientos
- Despedida

➤ Resumen del contenido de la charla

La depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión es el trastorno más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

II. Tema “La depresión en el adulto mayor”

Fecha: 11 de mayo de 2011

Lugar: instalaciones del Centro de Salud

Dirigido a: adultos mayores

➤ Objetivos

- Educar e informar a los adultos mayores asistentes sobre las causas y consecuencias de la depresión, para tomar acciones preventivas en su vida.
- Proporcionarles las herramientas necesarias para poder identificar el trastorno en su propia vida y en la de sus familiares.

- Enseñarles lo que pueden hacer y en donde encontrar ayuda para tratar el trastorno.

➤ Recursos

- Humanos
- Cañonera
- Laptop
- Hojas
- Impresora

➤ Metodología

- Expositiva
- Participativa

➤ Evaluación

- Preguntas
- Premios

➤ Cierre

El cierre se realizó con una pequeña refacción.

➤ Dinámicas realizadas

Se realizaron dinámicas rompe hielo.

➤ Actividades o agenda de trabajo

- Bienvenida y presentación
- Dinámica rompe hielo “¿Quién soy yo”
- Introducción con una evaluación diagnóstica sobre el tema, a través de preguntas
- Presentación de diapositivas en proyección de cañonera

- Evaluación con preguntas y premios a los que respondan
- Refacción
- Agradecimientos
- Despedida

➤ Resumen del contenido de la charla

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera.

Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa por que el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

En los ancianos es particularmente fácil confundir una depresión ansiosa con una neurosis de angustia. La angustia que aparece por primera vez en un paciente mayor debe poner al médico sobre aviso respecto a la posible existencia de una depresión. El diagnóstico de depresión en el paciente anciano requiere la comprensión de cómo la depresión geriátrica difiere de la depresión de una población más joven, y de un diagnóstico diferencial preciso.

La reducción de los ingresos y de la capacidad física y la pérdida del apoyo familiar y de amigos, con frecuencia exigen cambios en el estilo de vida del anciano y, al mismo tiempo, reducen su capacidad, psicológica y fisiológicamente, para adaptarse a estos cambios.

Estas circunstancias conducen con frecuencia a una pérdida de la autoestima y a sentimientos de inferioridad cada vez mayores. Presentan incapacidad física y, a menudo, problemas crónicos que producen un amplio rango de limitaciones y afectan la autoimagen.

Hay una pérdida del sentido de la productividad que se produce a menudo con la jubilación o con la pérdida de las responsabilidades del hogar y, para muchos, además, hay pérdida de amigos, de familia, de la esposa, que en algún momento proporcionaron la vía principal para canalizar sentimientos de importancia.

La pérdida de la autoestima se va profundizando rápidamente, pero, a menudo, sin el comienzo más específico que se observa generalmente en la población más joven. El auto reproche y la culpa no forman parte de la depresión de manera tan constante como en los grupos más jóvenes, pero aumentan las dolencias somáticas.

III. Tema “La depresión y el paciente con diabetes”

Fecha: 22 de junio de 2011

Lugar: salón del Centro de Salud

Dirigido a: pacientes con diabetes

➤ Objetivos

- Educar e informar a los pacientes con diabetes asistentes, sobre las causas y consecuencias de la depresión, para tomar acciones preventivas en su vida, debido a la vulnerabilidad y riesgo que les produce la enfermedad médica que padecen.
- Proporcionarles las herramientas necesarias para poder identificar el trastorno en su propia vida y en la de sus familiares.
- Enseñarles lo que pueden hacer y en donde encontrar ayuda para tratar el trastorno

➤ Recursos

- Humanos
- Cañonera
- Laptop
- Hojas
- Impresora

➤ Metodología

- Expositiva
- Participativa

➤ Evaluación

- Preguntas
- Premios

➤ Cierre

El cierre se realizó con una pequeña refacción.

➤ Dinámicas realizadas

Se realizaron dinámicas rompe hielo.

➤ Actividades o agenda de trabajo

- Bienvenida y presentación
- Dinámica rompe hielo “¿Quién soy yo”
- Introducción con una evaluación diagnóstica sobre el tema, a través de preguntas
- Presentación de diapositivas en proyección de cañonera
- Evaluación con preguntas y premios a los que respondan
- Refacción

- Agradecimientos
- Despedida

➤ Resumen del contenido de la charla

Las investigaciones recientes han mostrado que las personas con diabetes tienen el doble de tasa de depresión que las personas sin diabetes. De hecho, tanto como una de cada tres personas con diabetes también tienen síntomas de depresión. La depresión está asociada a un mal control de la diabetes debido a que cuando esta se padece, no se lleva adecuadamente el plan nutricional y hay poco cumplimiento en la toma de los medicamentos.

El estrés emocional está asociado con la elevación del azúcar en la sangre y mayores riesgos de complicaciones para la diabetes. En estos pacientes se ve que la mejoría de la depresión se traduce en mejor control de la diabetes y mejor calidad de vida. También se observa que las personas con diabetes tienen dos veces más probabilidades de tener depresión comparadas con la población general. De los participantes en un estudio se encontró que el 11 % tenía depresión mayor y el 31 % tenía síntomas de depresión. Las mujeres con diabetes tenían más depresión que los hombres con diabetes, un patrón que refleja la depresión femenina en la población general. Esto quiere decir que cerca de una de cada tres mujeres tenía depresión. Este estudio, en réplica a otras investigaciones, no deja duda de que la depresión está asociada a la diabetes. Lo que no queda claro es de qué manera la interacción compleja de los factores genéticos, físicos y psicológicos afectan a esta asociación. La depresión puede ocurrir debido al impacto emocional del avance de la diabetes o las anomalías de los neuroquímicos o función de los neurotransmisores.

En las personas con diabetes preexistentes, la depresión es un factor de riesgo independiente para sufrir una enfermedad coronaria cardíaca. Se necesita más investigaciones para identificar los mecanismos fisiológicos y conductuales que cuentan para estos hallazgos. El mensaje es que la persona con diabetes tiene mayor riesgo de padecer depresión y que para protegerse a sí mismo y a sus seres queridos, es necesario que conozca este riesgo y acuda a su médico.

El diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (con diabetes) resulta difícil ya que las manifestaciones físicas como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glucemia se han normalizado, suele ser decisiva.

IV. Tema “Educando con amor y lógica a nuestros hijos”

Fecha: 13 de julio de 2011

Lugar: instalaciones del Centro de Salud

Dirigido a: matrimonios

➤ Objetivos

- Educar y enseñar a los padres sobre los beneficios que tiene el educar con amor y lógica a los hijos.
- Proporcionarles las herramientas necesarias para poder poner en práctica lo aprendido

➤ Recursos

- Humanos
- Cañonera
- Laptop
- Hojas
- Impresora

➤ Metodología

- Expositiva
- Participativa

➤ Evaluación

- Preguntas
- Premios

➤ Cierre

El cierre se realizó con una pequeña refacción.

➤ Dinámicas realizadas

Se realizaron dinámicas rompe hielo.

➤ Actividades o agenda de trabajo

- Bienvenida y presentación
- Dinámica rompe hielo “¿Quién soy yo”
- Introducción con una evaluación diagnóstica sobre el tema, a través de preguntas
- Presentación de diapositivas en proyección de cañonera
- Evaluación con preguntas y premios a los que respondan
- Refacción
- Agradecimientos
- Despedida

➤ Resumen del contenido de la charla

- Los Valores familiares

Entre los miembros de una familia se establecen relaciones personales que entrañan afinidad de sentimientos, de afectos e intereses que se basan en el respeto mutuo de las personas.

La familia es la comunidad donde desde la infancia se enseñan los valores y el adecuado uso de la libertad.

Las relaciones personales y la estabilidad familiar son los fundamentos de la libertad, de la seguridad, de la fraternidad en el seno de la sociedad. Es por esto que en la familia se inicia a la vida social.

Es en la familia donde se enseñan los primeros valores; valores que serán sustento para la vida en sociedad y a lo largo de la vida de la persona. Entre otros destacan los siguientes:

- La alegría

La alegría es un valor que se siembra primeramente en el seno familiar. Es en el núcleo familiar donde se procura que los miembros se ayuden unos a otros en sus necesidades, en la superación de obstáculos y dificultades, así como el compartir los logros y éxitos de los demás.

En el fondo lo que se fomenta es dejar el egoísmo a un lado, buscando el bien y compartir con el otro. Cuando nos centramos en nuestras preocupaciones y no estamos dispuestos a ayudar a los que nos rodean somos egoístas. El egoísta no suele ser una persona alegre. Es en este darse a los demás miembros de la familia donde se obtiene la alegría.

La alegría no depende de las circunstancias o de las facilidades que puede presentar la vida y tampoco consiste en tener cosas. Este valor tiene su fundamento en lo profundo de la persona, no es sino la consecuencia de una vida equilibrada, de una coherencia entre lo que pensamos y lo que hacemos, el tener una mente y un cuerpo sanos.

- La generosidad

La generosidad es uno de los valores que se fomentan en la vida familiar. Entendiendo por generosidad el actuar en favor de otras personas desinteresadamente y con alegría. Hacer algo por otras personas puede traducirse de diferentes maneras, por ejemplo, dar cosas, prestar juguetes, dar tiempo para escuchar y atender a otro miembro de la familia, saludar, perdonar.

Se notará una actitud generosa en una persona que se esfuerza por hacer la vida agradable a los demás miembros de la familiar.

- El respeto

El respeto hacia los demás miembros es otro de los valores que se fomentan dentro de la familia, no sólo respeto a la persona misma, sino también a sus opiniones y sentimientos. Respeto hacia las cosas de los demás miembros, respeto a su privacidad, respeto a sus decisiones, éstas, por supuesto, adecuadas a la edad de la persona. Es en la familia donde el niño aprende que tanto él o ella como sus ideas y sentimientos merecen respeto y son valorados.

- La justicia

La justicia se fomenta en el seno de la familia al establecerse lo que corresponde a cada miembro de la misma. Recordemos que la justicia consiste en dar a cada uno lo que les corresponde. Una persona que se esfuerza constantemente por respetar los derechos de los demás y le da a cada uno lo que debe, tiene la virtud de la justicia.

- La responsabilidad

La responsabilidad supone asumir las consecuencias de los propios actos, no solo ante uno mismo sino ante los demás. Para que una persona pueda ser responsable tiene que ser consciente de sus deberes y obligaciones, es por ello, de gran importancia que los hijos tengan sus

responsabilidades y obligaciones muy claras. Por ejemplo, el niño debe tener claro que es su responsabilidad la calidad y el esfuerzo en sus estudios, que debe poner el mayor trabajo y empeño en esta actividad, en beneficio propio y en respuesta a la oportunidad que le brindan sus padres.

El desarrollo de la responsabilidad en los hijos es parte del proceso educativo, esto con vistas a la participación de los hijos en la vida familiar primero, y a la vida en sociedad después, de una manera responsable y autónoma.

- La lealtad

La lealtad surge cuando se reconocen y aceptan vínculos que nos unen a otros, de tal manera que se busca fortalecer y salvaguardar dichos vínculos así como los valores que representan. La aceptación y el reconocimiento de este vínculo no se centra hacia el futuro, como una posibilidad, sino que es una realidad actual. Este vínculo no pasa con el tiempo, es profundo, suele madurar y fortalecerse a la larga.

Es en la familia donde surgen y se fortalecen este tipo de vínculos, por ejemplo, un niño pequeño aprende a ser leal al esforzarse por ayudar a los demás, al procurar hacer todo lo que pueda para cumplir con lo que sus padres le dicen que es bueno. Se muestra lealtad entre los hermanos al apoyarse, defenderse y ayudarse ante las dificultades, ante la amenaza de personas o circunstancias ajenas a la familia. Conviene aclarar que ser leal a los papás, por ejemplo, no significa aprobar una conducta errónea de los mismos, sino el respetar y cuidar su buen nombre, se trata de ser sincero con ellos, además de ayudarlos a superar las dificultades. Lo mismo ocurre al ser leal a la patria, esto no supone ocultar o negar los males y deficiencias que en ella puedan existir, sino el proteger, reforzar y participar en la vivencia de los valores de la misma.

- Autoestima

La autoestima es uno de los valores fundamentales para el ser humano maduro, equilibrado y sano. Este valor tiene sus raíces y fundamentos en el núcleo familiar.

Se entiende por autoestima la visión más profunda que cada persona tiene de sí misma, influye de modo decisivo en las elecciones y en la toma de decisiones, en consecuencia conforma el tipo de vida, las actividades y los valores que elegimos.

Desde niños vamos construyendo el concepto de nosotros mismos de acuerdo a los mensajes recibidos de nuestros padres, hermanos, familiares, amigos y maestros. Es la suma de la autoconfianza, el sentimiento de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. Ésta se basa en la variedad de pensamientos, sentimientos, experiencias y sensaciones que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra vida, pero principalmente a lo largo de nuestra infancia y adolescencia. Si queremos construir una personalidad fuerte y equilibrada, es de vital importancia que como padres hagamos sentir a nuestros hijos que son dignos de ser queridos con un amor incondicional, es decir, no condicionado a su comportamiento, calificaciones o actitudes.

Elevar la autoestima de nuestros hijos es de vital importancia, ya que contribuimos a que desarrolle la convicción de que es estimado y valorado, que es competente para enfrentarse a la vida con confianza y optimismo, y que es merecedor de la felicidad.

V. Tema “Intervención en la conducta para reducir el riesgo de contraer SIDA”

Fecha: 17 de julio de 2011

Lugar: instalaciones de Iglesia “Getsemaní”

Dirigido a: jóvenes de la Iglesia “Getsemaní”

➤ Objetivos

- Educar y enseñar a los jóvenes sobre las conductas y pensamientos que hacen vulnerable a un joven a contagiarse con la enfermedad.
- Proporcionarles las herramientas necesarias para poder poner en práctica lo aprendido.

➤ Recursos

- Humanos
- Cañonera
- Laptop
- Hojas
- Impresora

➤ Metodología

- Expositiva
- Participativa

➤ Evaluación

- Preguntas
- Premios

➤ Cierre

El cierre se realizó con una pequeña refacción.

➤ Dinámicas realizadas

Se realizaron dinámicas rompe hielo.

➤ Actividades o agenda de trabajo

- Bienvenida y presentación

- Dinámica rompe hielo “¿Quién soy yo”
- Introducción con una evaluación diagnóstica sobre el tema, a través de preguntas
- Presentación de diapositivas en proyección de cañonera
- Evaluación con preguntas y premios a los que respondan
- Refacción
- Agradecimientos
- Despedida

➤ Resumen del contenido de la charla

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico, debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos, lo que la hace susceptible a desarrollar cierto tipo de tumores y a padecer infecciones oportunistas (infecciones por microorganismos que normalmente no causan enfermedad en personas sanas pero sí lo hacen en aquellas en las que está afectada la función del sistema inmune).

Algunos pensamientos de la juventud son influyentes en la adquisición del síndrome. Hay pensamientos irresponsables que no permiten al joven a informarse de la enfermedad en mención, y por ese desconocimiento, el joven es más vulnerable al contagio. Otro tipo de pensamientos es despreocupado, el joven piensa que a todos le puede suceder algo malo pero menos a él. Por ejemplo “el contagio de VIH le puede suceder a cualquiera, menos a mí”. Pensamientos como éstos, provocan conductas irresponsables en el joven y lo hacen vulnerable al contagio de VIH.

Otro factor que puede hacer vulnerable a un joven en el contagio del VIH es, la falta de valores morales y por lo tanto falta de principios adecuados puestos en práctica. Por lo cual es necesario tener conocimiento sobre la enfermedad, pero también tener valores y principios.

4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

A. Proyecto de Salud Mental “Feria de la Salud”

I. Datos generales

Lugar: Municipio de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango

Fecha: 24 de septiembre de 2011

Hora: 09:00 a 15:00

Responsables: Alumnos de 5to. Grado de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social

Dato estimado de población a atender: 1,000 personas

II. Introducción

El programa de elaboración de proyecto de salud mental fue muy amplio, ya que en el se organizó una jornada de salud integral que abarcaron las áreas psicológica, médica y odontológica la cual se denominó “La Feria de la Salud” porque realmente fue una fiesta donde gran parte de la población se dio cita para poder evaluar su salud integral. Donde se hizo énfasis en la intervención psicológica.

Se trabajó a base de donaciones, recursos y contactos de los estudiantes de quinto grado de Psicología y Consejería Social.

Además de la jornada de salud, los estudiantes de la Universidad Panamericana de quinto grado construyeron en el municipio de Santa Cruz Balanyá un parque de juegos infantiles con el apoyo del alcalde de la localidad y otras donaciones y recursos recaudados por los estudiantes, quienes estuvieron trabajando directamente en la construcción del mismo, para beneficio de los niños de la localidad ya que como profesionales en Psicología se tiene conocimiento de la importancia de una recreación de forma saludable para los niños para su buen desarrollo.

III. Descripción de la comunidad

El municipio de Santa Cruz Balanyá, pertenece al departamento de Chimaltenango, tiene una extensión de 40 Kilómetros cuadrados. Una altura de 1,571 metros sobre el nivel del mar y su clima es templado. Tiene aproximadamente 7,000 habitantes.

- **División política**

Limita al norte con Tecpán Guatemala; al este con Zaragoza y Comalapa; al sur con Patzicía; al oeste con Patzún (todos del departamento de Chimaltenango).

El municipio cuenta con 1 pueblo, 1 aldea y 2 caseríos. La cabecera con categoría de pueblo, Santa Cruz Balanyá, tiene el caserío: Pajocojic, La aldea es: Chimazat, con el caserío Chiyox

- **Accidentes orográficos**

Cerros: El Cementerio, Paramulyá, Paraxaj, Pasará, Paxabac y Xacayá.

- **Accidentes hidrográficos**

Ríos: Balanyá y Pixcayá

Riachuelo: Paxilón

Quebrada: Chimazat

IV. Justificación

En el quinto año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social los estudiantes de la Universidad Panamericana deben realizar un proyecto de salud mental. Este proyecto se organiza y realiza en grupo, en donde cada estudiante aporta sus habilidades y conocimientos para ayuda de una comunidad.

El presente grupo de estudiantes realizó dicho proyecto en el municipio de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango, después de evaluar varias posibles comunidades a trabajar.

Se eligió esta comunidad después de hacer una investigación formal sobre el área geográfica, nivel socio-económico de los habitantes, problemas que mas afectan a la comunidad, etc. Esta investigación incluyó información bibliográfica y un diagnostico de las necesidades mas apremiantes de los habitantes de la comunidad, dicho diagnostico se realizó por medio de entrevistas a autoridades y lideres comunitarios.

Al tener la lista detallada de los problemas, se inició el proceso de elección de las áreas que se trabajarían a través de una jornada de salud integral, eligiendo como prioridad el área psicológica donde se llegó al consenso de organizar cuatro grupos de intervención psicológica, tratando los temas de problemas que mas afectan a los habitantes de el Municipio de Santa Cruz Balanyá. Se organizaron los talleres psicológicos de la siguiente manera.

- Taller de mujeres con el tema de “Violencia Intrafamiliar” porque las mujeres de ese lugar según el diagnostico que se realizó, están sometidas en sus hogares a este tipo de violencia por parte de los esposos, al mismo tiempo se trabajó “Autoestima” a través de un área de belleza y otra de manualidades para que las mujeres pudieran elegir cual tomar.
- Talleres de niños con el tema “prevención de abuso sexual infantil” porque según lideres de la comunidad es un problema que sufren con frecuencia los niños de Balanyá, además se incluyeron en los talleres de niños actividades de pinta caritas, quiebra de piñatas, trabajos manuales y recreación con payasos.
- Además los estudiantes de psicología como buenos conocedores de la importancia de una recreación saludable en los niños tuvieron la iniciativa de construir un “Parque Infantil” comunitario donde todos los niños del municipio de Santa Cruz Balanyá puedan asistir a jugar ya socializar con otros niños.

- Dicho parque fue construido por los estudiantes con el apoyo de las autoridades municipales y otras donaciones de personas de buen corazón que les agradó la idea de dar felicidad a estos niños a través de dicho parque que fue inaugurado el mismo día en que se realizó “La Feria De La Salud”.
- Taller de adolescentes con los temas “autoestima y alcoholismo” porque según refieren los líderes de esa comunidad el alcoholismo es un problema muy serio que esta afectando principalmente a adolescentes mujeres, además se trabajó autoestima a través de actividades de belleza.
- Taller de hombres con el tema “Los 10 mandamientos para educar hijos y educando con amor y lógica”, se trabajó con ellos a nivel grupal y después con terapia individual, esto debido al machismo que se da en esta comunidad y que refieren los líderes comunitarios.

Además de estos grupos de intervención psicológica, también se proporcionó atención médica general y atención odontológica para adultos (mujeres y hombres), adolescentes y niños, así mismo se brindó atención ginecológica con servicios de papanicolaou, otros servicios: belleza, manualidades y medicina gratuita para todas las personas que asistieron, rifas y entretenimiento para todos los asistentes.

V. Objetivos

V.1 Objetivo General

- Proporcionar de forma gratuita salud integral a la población del municipio de Santa Cruz Balanyá a través de los estudiantes de 5to. Año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana y otras instituciones médicas.

V.2 Objetivos Específicos

- Organizar un evento que beneficie integral y principalmente en el área psicológica a las personas de una comunidad del área rural.
- Que los estudiantes proporcionen su tiempo, conocimientos y recursos a las personas más necesitadas de una comunidad.
- Trabajar en grupo un proyecto de ayuda social, para poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas de la UPANA.
- Dar a conocer a la población en general el trabajo que realizan los Psicólogos que egresan de la universidad Panamericana.

VI. Metodología

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

A. Grupos de intervención psicológica

Con la finalidad de proporcionar una intervención psicológica más efectiva y orientada a las necesidades individuales detectadas, se determinó dividir a la población atendida en grupos específicos, que son:

- A.1) Niños
- A.2) Mujeres
- A.3) Adolescentes
- A.4) Hombres

B. Comisiones de trabajo

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

B.1) Publicidad

B.2) Logística

B.3) Proyecto escrito y monitoreo de la actividad

B.4) Donaciones

C. Servicios que se prestaron en la jornada de salud integral

- Psicología clínica
- Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (Papanicolaou)
- Medicina general
- Odontología
- Medicamentos gratuitos
- Rifas
- Belleza
- Manualidades
- Ropa gratuita
- Payasos
- Piñatas
- Inauguración de “Parque Infantil”

D. Presentación de resultados

I. Logros/alcances

- Intervención sobre problemas de la comunidad.
- Atender casos individuales con problemas específicos.
- Proporcionar ayuda médica y odontológica a personas de escasos recursos.
- Proporcionar medicamentos de forma gratuita a todas las personas que asistieron a la jornada.
- Construcción del Parque Infantil de Santa Cruz Balanyá.
- Trabajar en grupo en armonía.

II. Limitaciones/obstáculos

- Problemas con el equipo audiovisual
- Poco espacio reducido para trabajar
- Tiempo reducido para la impartición de charlas y talleres por el gran número de personas asistentes.

III. Población atendida

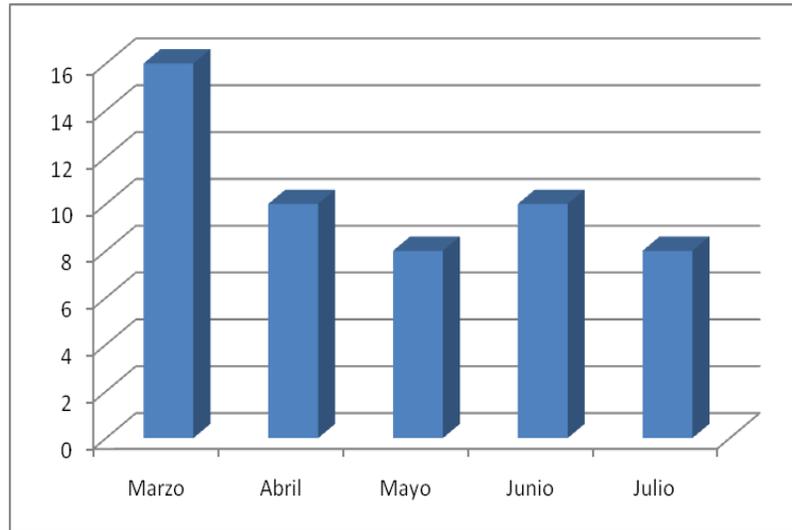
Se atendieron aproximadamente un poco mas de mil personas en todas las áreas, entre hombres, mujeres, adolescentes y niños, de nivel económico bajo.

4.4 Gráficas y análisis de resultados

Los resultados obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida, fueron cuantificados y llevados en controles específicos. A continuación las gráficas de los resultados obtenidos.

4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1 Casos atendidos por mes

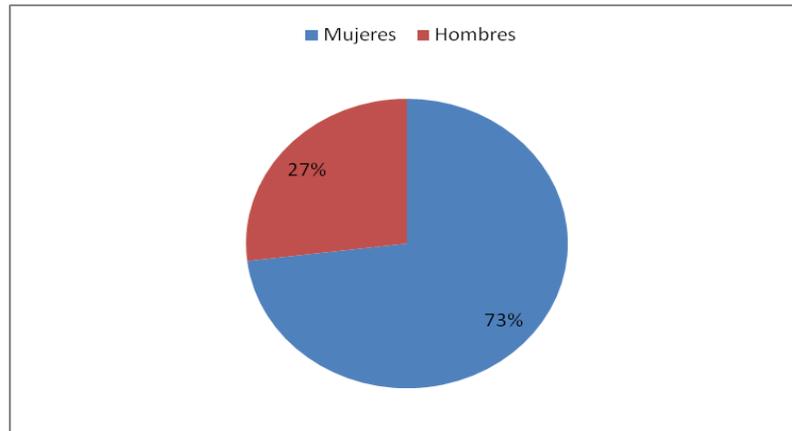


Fuente: pacientes atendidos

La gráfica muestra, el número de casos atendidos por mes, durante la Práctica Profesional Dirigida. Asistiendo en el mes de marzo 16 personas igual al 31%, abril 10 personas igual al 19%, mayo 8 personas igual al 16%, junio 10 personas igual al 19% y julio 8 personas igual al 15%, para un total de 52 personas atendidas durante los 5 meses que representan el 100%.

Gráfica 2

Casos atendidos por sexo

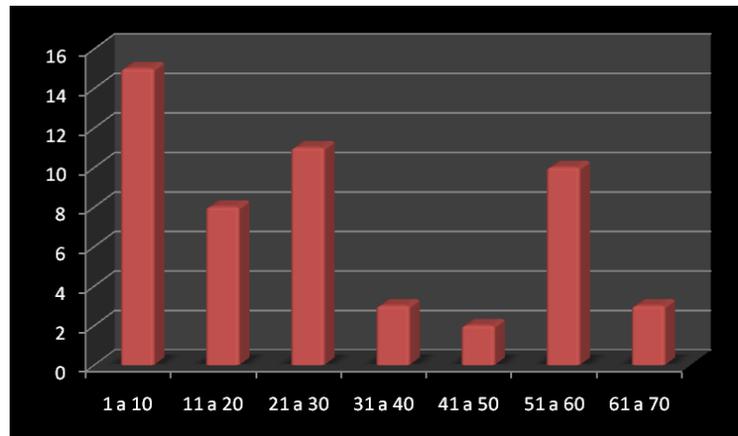


Fuente: pacientes atendidos

La gráfica muestra, los casos atendidos por sexo. Siendo la mayor asistencia por parte del sexo femenino con 38 igual al 73 % y una asistencia de 14 del sexo masculino igual al 27% del total de personas atendidas.

Gráfica 3

Casos atendidos por edades

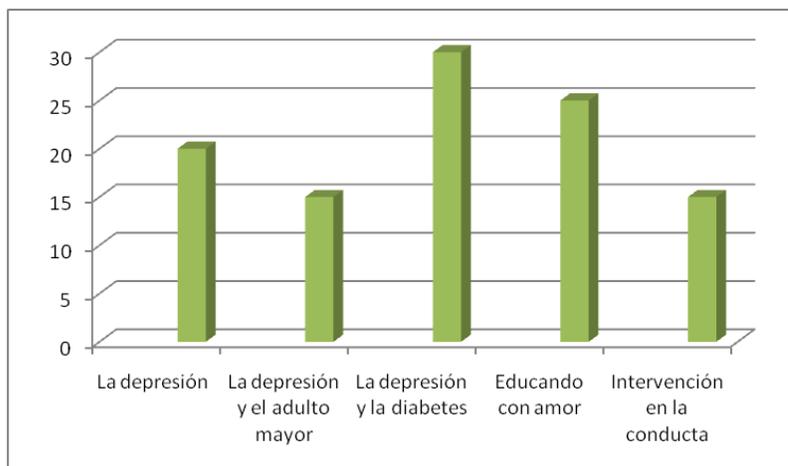


Fuente: pacientes atendidos

La gráfica muestra la cantidad de casos atendidos por edades: de 1 a 10 años con una cantidad de 15 atenciones igual al 29%, de 11 a 20 años 8 pacientes igual al 15%, de 21 a 30 años 11 pacientes igual al 21%, de 31 a 40 años 3 pacientes igual al 6%, de 41 a 50 personas 2 pacientes igual al 4%, de 51 al 60 años 10 pacientes igual al 19% y de 61 a 70 años 3 pacientes igual al 6%.

4.4.2 Programa de capacitación

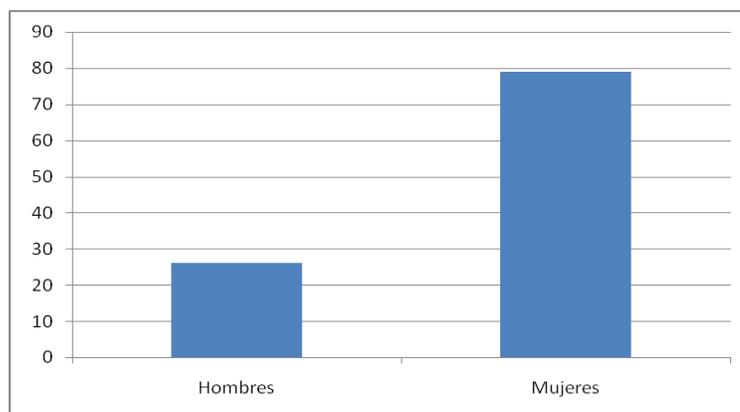
Gráfica 4 Asistencia por charla



Fuente: asistentes a las charlas

La gráfica muestra la asistencia de personas por charla. Siendo los siguiente porcentajes respectivamente: charla 1 19%, charla 2 14%, charla 3 29%, charla 4 24% y charla 5 14%.

Gráfica 5 Asistencia al programa de capacitación por sexo

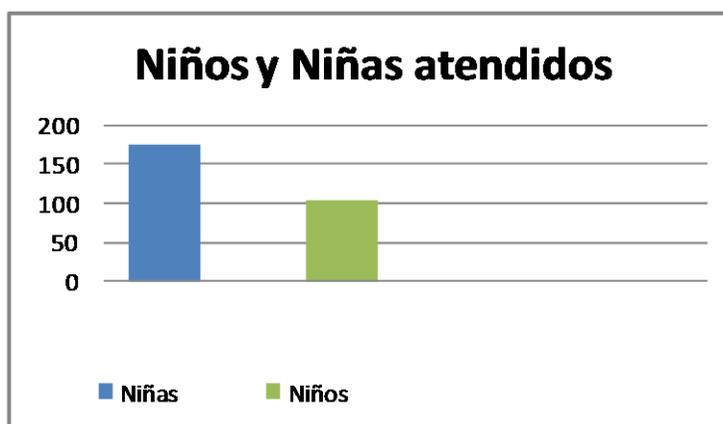


Fuente: asistentes a las charlas

La gráfica muestra la asistencia de personas por sexo a las charlas impartidas durante el programa de capacitación. Siendo la mayor asistencia por parte del sexo femenino con un total de 79 mujeres igual al 75% y los hombres con una asistencia de 26 igual al 25%.

4.4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

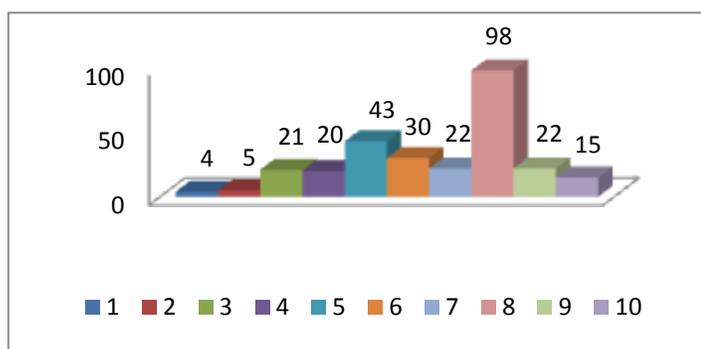
Gráfica 6 Niños y niñas atendidos



Fuente: infantes asistentes al proyecto

La presente gráfica hace constatar que de 280 niños, 175 fueron niñas igual al 62% y 105 fueron niños igual al 38%, quienes pasaron por las fases estipuladas por el grupo encargado.

Gráfica 7 Cantidad de niños por edades

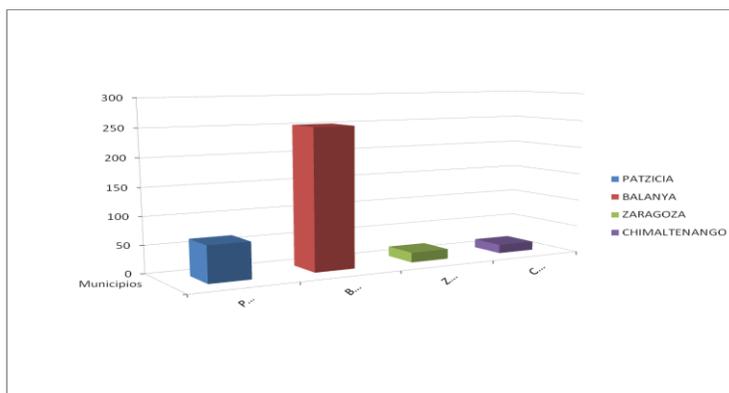


Fuente: niños asistentes a proyectos

La gráfica muestra la cantidad de niños por edades asistentes al proyecto. Siendo los siguientes porcentajes: de 1 año 4 niños igual al 1%, de 2 años 5 niños igual al 2%, de 3 años 21 niños igual al 8%, de 4 años 20 niños igual al 7%, de 5 años 43 niños igual al 15 %, de 6 años 30 niños igual al 11%, de 7 años 22 niños igual al 8%, de 8 años 98 niños igual al 35%, de 9 años 22 niños igual al 8% y de 10 años 15 niños igual al 5%.

Gráfica 8

Mujeres de diferentes municipios

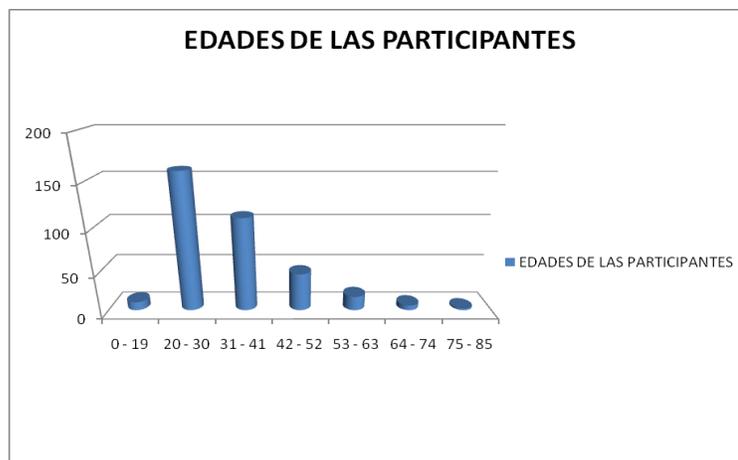


Fuente: mujeres asistentes al proyecto

La gráfica muestra el departamento que más asistencia de mujeres tuvo. Siendo Santa Cruz Balanyá con 251 mujeres asistentes. Le sigue Patzicía con 50 mujeres.

Gráfica 9

Edades de las mujeres participantes

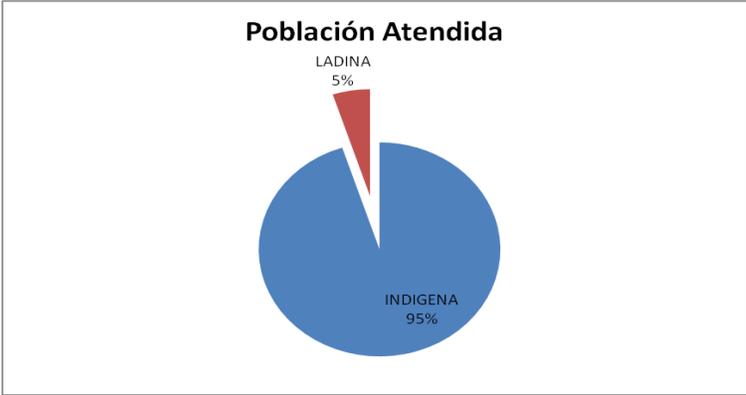


Fuente: mujeres asistentes al proyecto

Se contó con la presencia de mujeres de diferentes edades, desde los 19 años hasta los 85 años de edad. La mayoría de las mujeres que llegaron fueron las comprendidas entre las edades de 20 a 30 años.

Gráfica 10

Población atendida

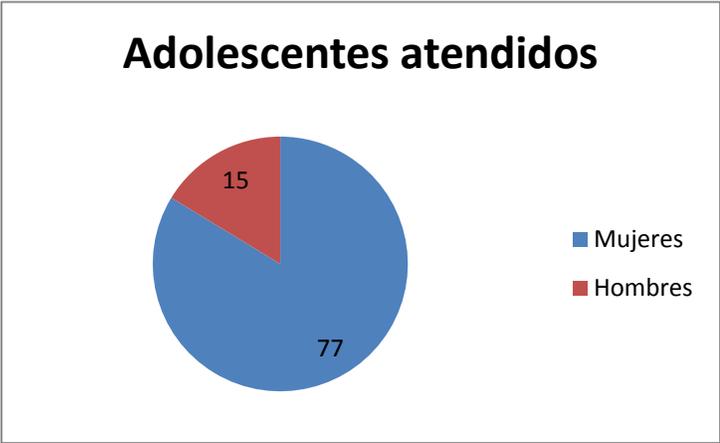


Fuente: asistentes al proyecto

La población atendida en el área de mujeres y talleres fue de un 95% de mujeres indígenas y un 5% de mujeres no indígenas.

Gráfica 11

Cantidad de adolescentes atendidos por sexo



Fuente: adolescentes asistentes al proyecto

La gráfica muestra el número de participantes en talleres brindados a adolescentes, teniendo como resultado una mayor participación del género femenino con 77 participantes igual al 84% y el género masculino con 15 participantes igual al 16%.

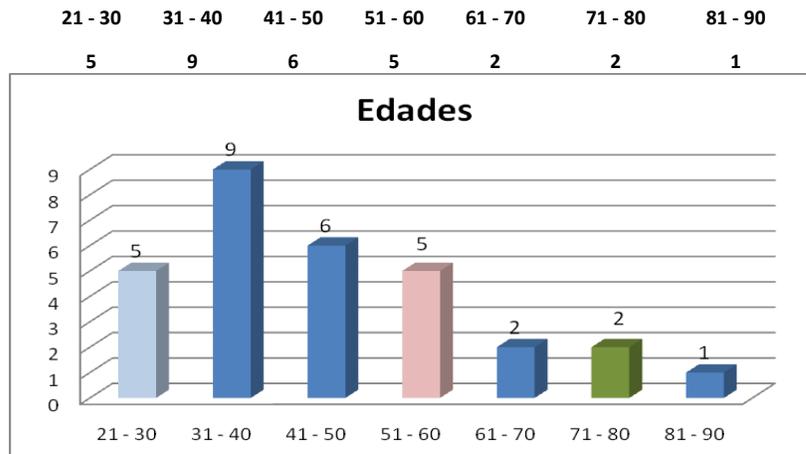
Gráfica 12 Cantidad de adolescentes atendidos por edades



Fuente: adolescentes asistentes al proyecto

La edad promedio atendida entre la población adolescente es de 10 a 20 años pero la edad que presentó mayor asistencia es la edad de 12 años con una participación de 13 adolescentes .

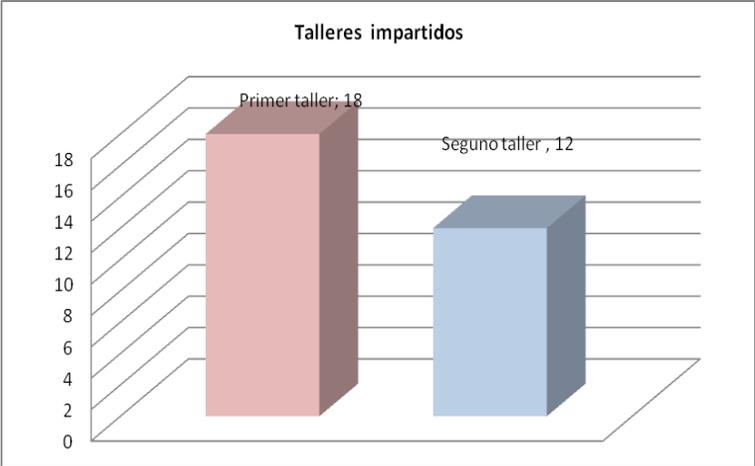
Gráfica 13 Edades de hombres atendidos



Fuente: hombres asistentes al proyecto

La gráfica muestra que las edades de hombres que asistieron son de: 31- 40 años de edad siendo estos (9 personas), luego en forma descendente de las edades de 41-50 (6 personas), 21-30 (5 personas), 51-60 (5 personas) y por último los de 61-80 años, 81-90 (5 personas).

Gráfica 14 Talleres impartidos (2 talleres) asistencia a cada uno



Fuente: hombres asistentes al proyecto

La gráfica muestra, que en el primer taller impartido a hombres hubo una asistencia de 18 participantes igual al 60% y en el segundo taller 12 participantes igual al 40%.

Conclusiones

1. Las causas de la depresión de algunos pacientes del Centro de Salud del municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango son: violencia intrafamiliar, duelo no resuelto, separación de los seres queridos, maltrato infantil y problemas de pareja.
2. Cada uno de los pacientes es diferente uno del otro, por lo tanto el impacto del trastorno o problema psicológico que presenta, lo vive de forma diferente. Esto obliga al terapeuta a utilizar las técnicas más apropiadas tomando en cuenta los diferentes modelos psicoterapéuticos para poder ser efectivo en el tratamiento en determinado paciente. No se puede generalizar un tratamiento de forma rígida para todos los pacientes que padecen cierto trastorno.
3. Las diferentes técnicas del modelo cognitivo conductual, fueron una gran herramienta en el tratamiento a personas con depresión en el centro de práctica. Pudiendo surtir efecto en la sustitución de pensamientos irracionales y negativos por pensamientos basados en la realidad y adecuados de los pacientes. Esto provocó un cambio en la cognición y la conducta de los pacientes. Las técnicas asertivas en la comunicación fue otra herramienta utilizada.
4. Las charlas impartidas durante el programa de capacitación a la población, fueron una gran ayuda en el proceso de intervención psicológica. Esto es en la promoción, prevención y tratamiento. Fueron una forma de detectar casos específicos de pacientes con algunos trastornos, para poderlos atender en psicoterapia individual.
5. La Práctica Profesional Dirigida, es poner en práctica lo aprendido durante cinco años de estudio en la Universidad Panamericana, para poder optar al título de Licenciatura en Psicología Social. En donde el alumno practicante logra integrar la teoría de las diferentes corrientes psicológicas para ponerlas como principios en la atención de casos. Es una experiencia enriquecedora que dejó grandes satisfacciones.

Recomendaciones

1. Que el alumno practicante, después de graduado, no se olvide de la satisfacción personal que se experimenta al ayudar a una persona a encontrar la solución a sus propios problemas. Que no se olvide del código ético personal que realizó durante el curso “Ética en el desarrollo profesional” para poner en práctica los valores y principios bíblicos aprendidos en la Universidad Panamericana.

2. Que los pacientes atendidos en el centro de práctica, acudan a las diferentes instituciones que prestan los servicios psicológicos, para seguir con el tratamiento adecuado a sus problemas actuales y para prevenir trastornos que pudieran desarrollarse en el futuro, como consecuencia de no seguir el tratamiento actual del problema.

3. Que en el centro de práctica, sea tomada en cuenta la necesidad que hay de contratar los servicios profesionales de un psicólogo. Debido a que el municipio de San Martín Jilotepeque tiene una población demasiado grande y hay pocos profesionales en el área. Otro motivo es el que muchas de las personas viven en escasas condiciones económicas y no pueden pagar los servicios en una institución privada.

4. Que la Universidad Panamericana, siga preparando profesionales en el área de Psicología. E incluir dentro de la Práctica Profesional Dirigida, un supervisor de la misma, para poder darle una mejor dirección y preparación a cada alumno practicante.

Referencias

1. Arnold, A. (1998). *Psicología Anormal*. México: Fondo de la Cultura Económica.
2. Asociación Psiquiátrica Americana. (2000). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR*. México: Editorial Masson S. A.
3. Bravo, M. (2002). *Psicofarmacología para psicólogos*. España: Editorial Síntesis S. A.
4. Collins, G. (2002). *Consejería cristiana efectiva*. México: Editorial Porta Voz.
5. Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
6. Dobson, J. (1981). *Preparémonos para la adolescencia*. México: Caribe-Betania.
7. Gamboa, S. (1990). *Juegos para crecer*. Argentina: Editorial Bonum.
8. Herder, V. y Breisgau, F. (1975). *Diccionario de psicología*. España: Rioduero.
9. Hormachea, D. (1994). *Para matrimonios con amor*. Estados Unidos: Editorial Unilit.
10. McDawell, J. y Hostetler, B. (2003). *Manual para consejería de jóvenes*. México: Editorial Mundo Hispano.
11. Monedero, C. (1978). *Psicopatología general*. España: Biblioteca Nueva.
12. Papalia, D. et al. (2005). *Desarrollo humano, novena edición*. México: McGraw-Hill.
13. Salvatore, C. (2001). *Fundamentos de psicología clínica*. México: Pearson Educación.
14. Wainrib, B. y Bloch, E. (1998). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
15. Wright, N. (1985). *Como aconsejar en situaciones de crisis*. Barcelona: Editorial Clie.

Anexos

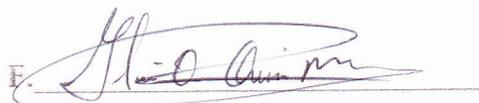
Anexo 1

Constancias de horas de práctica

Horas de práctica realizadas en el Centro de Salud de San Martín Jilotepeque Chimaltenango

Alumno practicante: Marvin Augusto López Alvarado

FECHA	HORAS
Marzo	56
Abril	52
Mayo	48
Junio	56
Julio	52
Total	264

E. 

Dra. Gloria Quiroa, Directora Centro de Salud

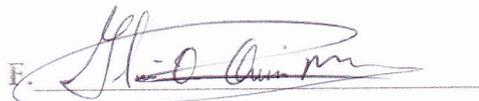


Sello:

**Horas de práctica realizadas en el Centro de Salud de San Martín Jilotepeque
Chimaltenango**

Alumno practicante: Marvin Augusto López Alvarado

FECHA	HORAS
Marzo	56
Abril	52
Mayo	48
Junio	56
Julio	52
Total	264

E. 

Dra. Gloria Quiroa, Directora Centro de Salud



Sello:

Horas de práctica

Asesora de práctica: Licda. Sonia Pappa

Practicante: Marvin Augusto López Alvarado

Descripción	Horas
Charlas	12
Proyecto de salud mental	120
Horas acumuladas en Universidad	80
Horas utilizadas para la realización del informe	50
Total	262

F. 

Licda. Sonia Pappa
Asesora de práctica

Anexo 2
Cartas de constancia



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL
Extensión Chimaltenango

Evaluación de práctica

Nombre de la Institución: Centro de Salud de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango
Teléfono: 78448041

Dirección: Barrio San Gaspar, San Martín Jilotepeque, Chimaltenango

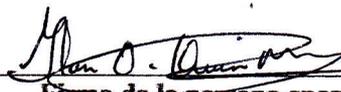
Director (a) Encargado (a): Dra. Gloria Quiroa

Nombre de la (el) alumna (o) practicante: Marvin Augusto López Alvarado

Grado: Quinto Fecha: 29 de julio de 2011

	ASPECTOS A CALIFICAR	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1.	Puntualidad				✓
2.	Asistencia				✓
3.	Iniciativa				✓
4.	Creatividad			✓	
5.	Actitud ética				✓
6.	Presentación				✓
7.	Aplicación de técnicas			✓	
8.	Relaciones interpersonales				✓
9.	Apoyo a la Institución con servicio psicológico				✓
10.	Capacitación a la población			✓	
11.	Atención a casos especiales				✓
12.	Cumplimiento con normas de la institución				✓

Observaciones: _____



Firma de la persona encargada y
Sello de la Institución





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

Guatemala, septiembre de 2011

Doctora Gloria Quiroa
Directora del Centro de Salud de
San Martín Jilotepeque.
Chimaltenango

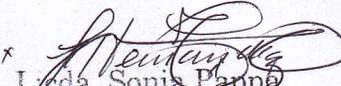
Respetable Doctora:

La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para agradecerle su gran colaboración con esta casa de estudios para que el alumno practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, Marvin Augusto López Alvarado pudiera realizar su práctica profesional dirigida en la Institución que usted dirige.

Esperamos que durante este período el alumno haya cumplido responsablemente con las actividades que el centro requirió, prestando su servicio con eficiencia.

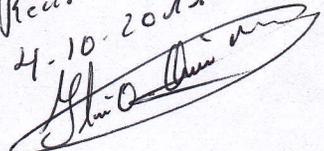
Agradecemos por brindar un espacio de aprendizaje significativo al alumno.

Atentamente,


Lyda Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida


Dra. Thelma Tánchez
Coordinadora Sede Chimaltenango



Recibido.
4-10-2011.




Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCION AREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO

6ta. Avenida 9-26 Zona 1

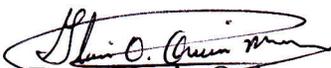
Telefax: 7839-2123 7839-1964 7839-7512

San Martín Jilotepeque, 7 de febrero del 2011.

Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica V
Universidad Panamericana de Guatemala
Extensión de Chimaltenango.

Atentamente me dirijo a Usted, para hacer de su conocimiento que el día de hoy se presentó a este Centro asistencial Marvin Augusto López Alvarado, solicitando se le autorice realizar su Práctica Profesional de la carrera de Psicología y Consejería social en este Centro de Salud, desde el mes de marzo hasta el mes de julio del año en curso. De lo anterior me permito comunicarle que esta Dirección de Salud Autoriza, que el alumno López Alvarado realice la practica solicitada en este Distrito de Salud, como beneficio para el alumno y para las personas que demandan atención psicológica en la consulta diaria de este Servicio.

Sin otro particular.


Dra. Gloria Quiroa
Directora Centro de salud

Va. B.o.






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

Guatemala, Febrero 2011.

Doctora Gloria Quiroa
Directora del Centro de Salud
San Martín Jilotepeque, Chimaltenango
Presente.

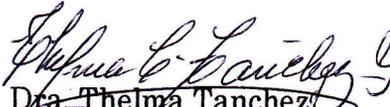
La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para agradecerle su colaboración con la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango, proporcionándole un espacio al alumno Marvin Augusto López Alvarado practicante de 5o. Año de la carrera de Psicología y Consejería Social para que realice su Práctica Profesional Dirigida durante este año, con el fin de obtener un aprendizaje muy valioso en su institución.

Aprovechamos la oportunidad para patentizarle muestras de consideración y respeto.

Deferentemente,


Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica V




Dra. Thelma Tánchez
Coordinadora de Extensión Chimaltenango



Chimaltenango, 18 de marzo de 2011

Licda. Sonia Pappa

Catedrática de Práctica Profesional Dirigida

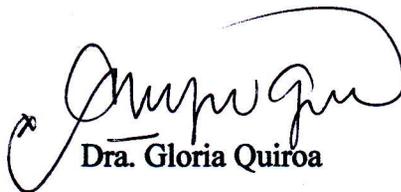
Psicología y Consejería Social

Universidad Panamericana. Ext. Chimaltenango

Respetuosamente hago de su conocimiento que el alumno practicante: MARVIN AUGUSTO LÓPEZ ALVARADO realizó el día de hoy una capacitación a pacientes de éste centro asistencial, del tema: "La depresión".

Siendo la misma de gran beneficio para ellos.

Atentamente:


Dra. Gloria Quiroa

Directora Centro de Salud

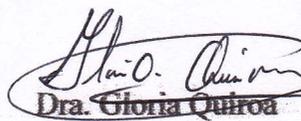


Chimaltenango, 13 de abril de 2011

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida
Psicología y Consejería Social
Universidad Panamericana. Ext. Chimaltenango

Respetuosamente hago de su conocimiento que el alumno practicante: MARVIN AUGUSTO LÓPEZ ALVARADO realizó este día una capacitación a futuros padres y mujeres embarazadas del tema: "Cuidados emocionales a la mujer embarazada".
Siendo la misma de gran beneficio para ellos.

Atentamente:


Dra. Gloria Quiroa

Directora Centro de Salud



Chimaltenango, 11 de mayo de 2011

Licda. Sonia Pappa

Catedrática de Práctica Profesional Dirigida

Psicología y Consejería Social

Universidad Panamericana. Ext. Chimaltenango

Respetuosamente hago de su conocimiento que el alumno practicante: MARVIN AUGUSTO LÓPEZ ALVARADO realizó el día de hoy una capacitación a pacientes adultos de éste centro asistencial, del tema: "La depresión en el adulto mayor".

Siendo la misma de gran beneficio para ellos.

Atentamente:



Dra. Gloria Quiroa

Directora Centro de Salud



Chimaltenango, 22 de junio de 2011

Licda. Sonia Pappa

Catedrática de Práctica Profesional Dirigida

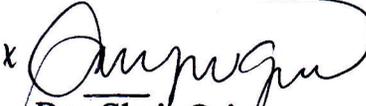
Psicología y Consejería Social

Universidad Panamericana. Ext. Chimaltenango

Respetuosamente hago de su conocimiento que el alumno practicante: MARVIN AUGUSTO LÓPEZ ALVARADO realizó el día de hoy una capacitación a pacientes con diabetes de este centro asistencial, del tema: "La depresión y el paciente con diabetes".

Siendo la misma de gran beneficio para ellos.

Atentamente:

x 
Dra. Gloria Quiróca
Directora Centro de Salud



Chimaltenango, 13 de julio de 2011

Licda. Sonia Pappa

Catedrática de Práctica Profesional Dirigida

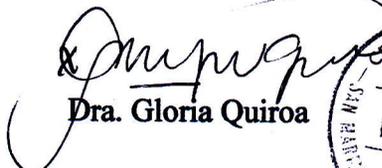
Psicología y Consejería Social

Universidad Panamericana. Ext. Chimaltenango

Respetuosamente hago de su conocimiento que el alumno practicante: MARVIN AUGUSTO LÓPEZ ALVARADO realizó el día de hoy una capacitación a parejas de matrimonios, del tema: "Educando con amor y lógica a nuestros hijos".

Siendo la misma de gran beneficio para ellos.

Atentamente:


Dra. Gloria Quiroa
Directora Centro de Salud



Chimaltenango, 17 de julio de 2011

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida
Psicología y Consejería Social
Universidad Panamericana. Ext. Chimaltenango

Respetuosamente hago de su conocimiento que el alumno practicante: MARVIN AUGUSTO LÓPEZ ALVARADO realizó el día de hoy una capacitación a la Sociedad de Jóvenes de ésta Iglesia, del tema: "Intervención en la conducta para reducir el riesgo de contraer SIDA".

Siendo la misma de gran beneficio para ellos.

Atentamente:



Ottoniel Díaz Pérez



Pastor Iglesia Getsemani

Anexo 3
Fotografías

