

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



Principales enfermedades que afectan emocionalmente a la población
atendida en el Hospital Nacional de Chimaltenango
(Informe de práctica profesional dirigida)

Rosa Virginia Martínez Sanabria

Chimaltenango noviembre de 2,010

Principales enfermedades que afectan emocionalmente a la población
atendida en el Hospital Nacional de Chimaltenango
(Informe de práctica profesional dirigida)

Rosa Virginia Martínez Sanabria (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango noviembre 2,010



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN APROBACION PARA ELABORAR INFORME DE PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: **Rosa Virginia Martínez Sanabria** estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, de esta Facultad solicita autorización para la realización de la Práctica Profesional Dirigida para completar requisitos de graduación.

Dictamen No. 012-10/2010

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

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: "**Principales enfermedades que afectan emocionalmente a la población atendida en el Hospital Nacional de Chimaltenango**". Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante **Rosa Virginia Martínez Sanabria** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.

M.A. José Riquadro Bolaños
Facultad de Ciencias de la Educación
Decano



C.C. Archivo

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Asociación Casa Alianza de Guatemala, presentado por la estudiante

Rosa Virginia Martínez Sanabria

Quien se identifica con número de carné 0601790 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con la temática: **Principales enfermedades que afectan emocionalmente a la población atendida en el Hospital Nacional de Chimaltenango**. Presentado por la estudiante **Rosa Virginia Martínez Sanabria**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Karen Dubón
Revisor (a)



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

*Sapientia ante todo, adquiere sapientia

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Principales enfermedades que afectan emocionalmente a la población atendida en el Hospital Nacional de Chimaltenango**. Presentado por la estudiante **Rosa Virginia Martínez Sanabria**, previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


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



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 Marco de referencia	
1.1 Descripción de la institución	3
1.2 Misión	3
1.3 Visión	4
1.4 Organigrama	5
1.5 Objetivos	6
1.6 Población que atiende	6
1.6.1 Descripción de la población que atiende	6
1.7 Planteamiento del problema	7
Capítulo 2 Referente teórico	
Introducción	8
2.1 Principales enfermedades físicas que afectan emocionalmente	8
2.1.1 Diabetes	8
2.1.2 Tratamiento psicológico	12
2.1.3 Autoestima del diabético	15
2.2 Psicopatología	34
2.2.1 Historia de la psicopatología	35
2.2.2 Principales trastornos psicopatológicos	37
2.3. Métodos de psicodiagnóstico	53
2.4. Psicoterapia	76
2.4.1 La relación terapéutica	77
2.4.2 Proceso terapéutico	80
2.4.3 Modelos de la psicoterapia	82
2.4. 4 Formas de psicoterapia	95
Capítulo 3 Referente metodológico	
Introducción	108
3.1 Programa de estudio del curso práctica P.P.D	108
3.2 Planificación de práctica profesional dirigida	117
Capítulo 4 Presentación de resultados	
Introducción	132
4.1 Programa de atención de casos	132
4.1.1 Logros	132
4.1.2 Limitaciones	132

4.1.3 Conclusiones	133
4.1.4 Recomendaciones	133
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos	135
4.2 Programa de capacitación	149
4.2.1 Objetivos específicos	149
4.2.2 Limitaciones	149
4.2.3 Conclusiones	149
4.2.4 Recomendaciones	150
4.3. Cronograma de actividades Charla autoestima	152
5. Presentación de contenidos charlas y talleres	152
5.1 Autoestima del paciente diabético	152
5.2 Baja autoestima	153
5.3 Programa de elaboración proyecto de salud mental	153
Presentación de gráficas	164
Conclusiones	177
Recomendaciones	178
Referencias	179
Anexos	180
Anexo 1 Horas de práctica	
Anexo 2 Planificación mensual de actividades	
Anexo 3 Formatos utilizados	

Resumen

El ser humano es un ser único que cada día tiene que enfrentar un mundo donde encontrará situaciones diferentes, las cuales contribuirán a desenvolverse y a desarrollarse mejor como un ser único. Pero también encontrará dificultades en donde tendrá que enfrentar emociones negativas, que podrán afectar su salud física y emocional

Las emociones van siempre acompañadas de reacciones somáticas, que algunas veces se manifiestan en alteraciones circulatorias, cambios respiratorios etc. La corteza cerebral puede ejercer una gran influencia inhibitoria de las reacciones fisiológicas; de este modo algunas personas con entrenamiento, aprenden a controlar estas reacciones y llegan a mostrar un total control sobre ella, sin embargo existen algunas personas que reaccionan de una manera negativa, debido a factores psicológicos que el ser humano no ha sabido manejar adecuadamente y como respuesta a este mal manejo de las emociones el cuerpo enferma y necesita ser atendido profesionalmente.

Introducción

Cada día el ser humano enfrenta situaciones diferentes, las cuales pueden contribuir de manera positiva o negativa en el desarrollo psíquico y emocional.

Las actitudes que se tomen ante las adversidades que se enfrentan son determinantes para que se tenga una vida normal.

Existen factores estresantes en la vida diaria los cuales si el individuo no los sabe manejar afectarán no solo su cuerpo físico sino también su salud mental y emocional. Es necesario que al enfrentar situaciones que estresan, y que no se saben manejar con normalidad se busque la ayuda profesional para evitar problemas que le afecten más.

Al tener una salud mental sana será beneficiado el cuerpo y se evitarán los trastornos que se puedan sufrir como consecuencia de un mal manejo de las emociones que se presentan

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

La Práctica Profesional Dirigida se realizó en el Hospital Nacional del Departamento de Chimaltenango. A continuación se presentan algunos datos sobre dicha institución, para conocer su funcionamiento y organización, con el fin de tener una idea clara del servicio prestado.

1.1 Descripción de la institución

El Hospital Nacional de Chimaltenango está ubicado en la Calzada la Alameda, Chimaltenango. Cuenta con instalaciones adecuadas para la atención a los pacientes, tiene un módulo para atención a niños llamado Castillo Encantado. También tiene un área específica para los pacientes internos, y áreas de emergencia. En el hospital se prestan servicios de odontología, psicología, psiquiatría, traumatología, ginecología etc.

El Hospital cuenta con un Centro de Salud donde se brinda atención a los pacientes que lo necesiten tiene programas de ayuda a los pacientes tales como el Club de Diabéticos, y un club para los pacientes hipertensos, entre otros.

Así también cuenta con una clínica de psicología y psiquiatría para brindar ayuda y atención psicológica a los pacientes.

1.2 Misión

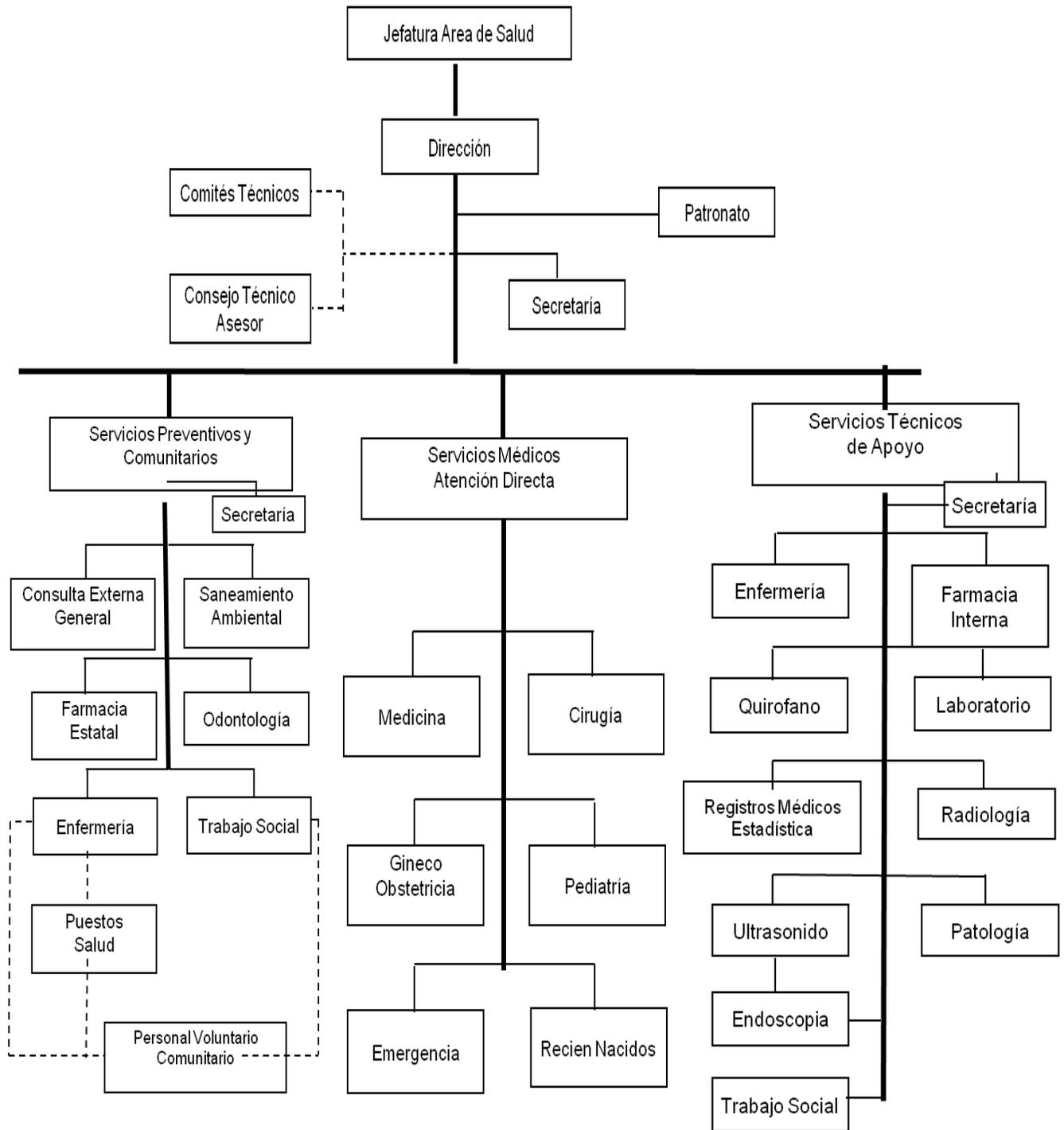
“Devolver o mejorar las condiciones de salud de las personas habitantes del Departamento de Chimaltenango, y de las que nos consultan para hacerlos personas capaces de contribuir al

desarrollo de sus familias y la sociedad a través de los servicios de prevención y recuperación de salud que les ofrecemos”

1.3 Visión

Mejorar la calidad de vida de la población del Departamento de Chimaltenango, en sus aspectos físicos, mentales y sociales enfocados en la recuperación y mantenimiento de una población sana.

1.4 Organigrama del Hospital Nacional de Chimaltenango



1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Mejorar los servicios de atención en salud en forma eficiente y de calidad a la población del Departamento de Chimaltenango, a un mediano plazo a través de nuestro recurso humano y actividades programadas.

1.5.2 Objetivos específicos

- Ampliar la cobertura en servicios de encamamiento, consulta externa y emergencias
- Mejorar la capacidad de ejecución operativa de nuestro recurso humano, a corto plazo mediante acciones de capacitación y motivación
- Mejorar la imagen y credibilidad de la institución, a través de la cantidad de atención a la población del Departamento de Chimaltenango.

1.6 Población que atiende

El Departamento de Chimaltenango, está dividido en catorce distritos con un centro de salud que sirve de sede administrativa a cada distrito. En el hospital se atiende a las personas de la cabecera departamental como también, personas de los municipios y aldeas que pertenecen al mismo.

1.6.1 Descripción de la población que atiende

La población que comúnmente atiende son indígenas, ladinos, personas con escasos recursos económicos y un porcentaje muy bajo de personas con un nivel económico elevado.

1.7 Planteamiento del problema

Los principales problemas psicológicos que presenta la población atendida en el Hospital Nacional de Chimaltenango, son trastornos psicosomáticos, maltrato físico, depresión, violencia intrafamiliar, problemas de pareja, baja autoestima y problemas de aprendizaje en los niños. Estos problemas son tratados constantemente en el hospital.

Estos problemas, se dan como resultado de conflictos no resueltos en el área familiar, debido a ello, se hace necesario brindarles ayuda psicológica. Los pacientes presentan diversos problemas entre ellos depresión, trastornos psicosomáticos, ansiedad, problemas de aprendizaje etc.

La ayuda psicológica para estos pacientes es necesaria, debido a los problemas emocionales que presentan.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

En este capítulo se presentan una recopilación de diferentes temáticas cuyo conocimiento fue de importancia durante el ejercicio profesional de la Práctica Profesional Dirigida.

A continuación se hace un análisis exhaustivo de dichos temas.

2.1 Principales enfermedades físicas que afectan emocionalmente al individuo

2.1.1 Diabetes

La diabetes es un desorden del metabolismo, (proceso que convierte el alimento que se ingiere en energía.) La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).

En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla:

- a.) El páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I).
- b.) las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II)

a) Diabetes tipo I

La diabetes tipo 1 no se puede predecir. Una vez contraída la enfermedad, es permanente y requiere tratamiento de por vida de inyecciones de insulina, seguir una dieta rigurosa y controlar el nivel de glucosa en la sangre.

La diabetes tipo 1 se contrae por genética. Ha de existir una predisposición genética y tiene que haber un factor desencadenante como estrés, infección viral, toxina que producen el efecto inmunológico que destruye las células beta.

Se puede padecer diabetes y no saberse ya que los síntomas no siempre se ven a simple vista y pueden tardar en aparecer. La diabetes tipo 1 puede aparecer de repente o de forma gradual.

Síntomas típicos: Orinar con mucha frecuencia. Debido a que los riñones reaccionan a niveles altos de glucosa en la sangre, un paciente con diabetes tipo 1 necesita orinar con mayor frecuencia.

Tener sed en exceso debido a orinar con mucha frecuencia puesto que el organismo necesita compensar la pérdida de agua para evitar la deshidratación. Un paciente con diabetes tipo 1 necesita mucha agua para mantener un nivel de hidratación normal en el organismo.

Sentir cansancio muy a menudo ya que el organismo no puede obtener correctamente la energía de la glucosa.

Perder peso aún teniendo apetito. En etapas de niñez o adolescencia, los pacientes de diabetes de tipo 1 es posible que tengan más apetito pero suelen perder peso debido a que el organismo, en un intento de proveer de energía a las células extenuadas, agota las grasas acumuladas.

b) Diabetes tipo II

La diabetes tipo II es una enfermedad crónica (que dura toda la vida), caracterizada por altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre.

El cuerpo no responde correctamente a la insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina y significa que la grasa, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina. Como resultado, el azúcar de la sangre (glucemia) no entra en las células con el fin de ser almacenado para obtener energía.

Cuando el azúcar no puede entrar en las células, se acumulan niveles altos en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia. Los niveles altos de glucemia con frecuencia provocan que el páncreas produzca insulina cada vez más, pero no la suficiente para seguir al ritmo de las demandas del cuerpo.

Las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de padecer resistencia a la insulina porque la grasa interfiere con la capacidad del cuerpo de usarla.

Por lo general, la diabetes tipo II se desarrolla gradualmente. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico; sin embargo, la diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas, especialmente en los ancianos.

Los síntomas típicos de la diabetes son: orina frecuente, sed constante, hambre excesiva, pérdida de peso inexplicable, aumento de fatiga y debilidad, irritabilidad, visión borrosa.

b).1 Factores de riesgo que predisponen a un individuo a desarrollar diabetes

- Los antecedentes familiares y la genética, juegan un papel importante
- Un bajo nivel de actividad (Sedentarismo)
- Una dieta deficiente
- Peso excesivo especialmente alrededor de la cintura
- Raza/etnia (las poblaciones de afroamericanos, hispanoamericanos e indígenas americanos tienen altos índices de diabetes)
- Edad superior a 45 años
- Intolerancia a la glucosa identificada previamente por el médico
- Presión arterial alta (Hipertensión)
- Colesterol HDL de menos de 35 mg/dL o niveles de triglicéridos superiores a 250 mg/dL (Dislipidemia)
- Antecedentes de diabetes gestacional en las mujeres.

b).2 Factores psicológicos familiares

Como reacciona la familia, de cómo maneja sus miedos y ansiedades ante el diagnóstico va a depender gran parte del éxito o fracaso, no solo de los mecanismos adaptativos del enfermo, sino, igualmente, de la intervención psicológica, si ésta fuera precisa.

El acercamiento analítico a la familia como factor de riesgo o protección frente a los problemas psicológicos del diabético se ha producido desde diversos paradigmas: sistémico, conductual, conductual-cognitivo y psicoanalítico. Sin entrar en aspectos específicos de cada uno de los modelos, se expondrán aquellas características sobre las que existe un consenso generalizado, independientemente del modelo explicativo del que procedan. El diagnóstico de diabetes supone para cualquier familia la necesidad de hacer frente a una enfermedad crónica.

Esto significa la puesta en marcha de mecanismo de afrontamiento y de reajustes en la dinámica familiar muy importantes, ya que, hablamos de una enfermedad que, aunque no incapacitante, si que se necesita poner en marcha la elaboración de estrategias que posibiliten el autocuidado. Al mismo tiempo que éstas no afecten significativamente la autonomía ni la calidad de vida del enfermo ni de la familia. Esto requiere una dedicación suplementaria por parte de los padres hacia el paciente. De aquí que la adaptación deba darse en todos los miembros de la familia, tanto en los padres como en los hermanos.

b).3 Mecanismos psicológicos generales familiares

A veces, dependiendo de las características de cada uno de los miembros de la familia y de las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas, los padres pueden sentirse desbordados por las nuevas responsabilidades con relación a los cuidados de su hijo dando lugar a situaciones de conflicto frente al enfermo o entre los padres.

Otro aspecto a considerar, y que necesariamente forma parte de la evaluación para el tratamiento psicológico, es la aparición de pautas educativas de sobreprotección hacia el paciente, impidiendo la autonomía social y dificultando la adherencia a los auto cuidados. Da lugar a enfermos

dependientes de los padres con limitaciones importantes en sus relaciones y actividades sociales. También se ha detectado que en algunas familias se produce un deterioro de la calidad de vida a través de un sentimiento de menor satisfacción personal, tanto en la convivencia intrafamiliar y en autoevaluación de la propia competencia en el nuevo rol de padres como por el impacto negativo que se produce en las relaciones sociales que con relativa frecuencia conducen a un aislamiento social con pérdida de las redes de apoyo habituales.

b).4 Principales dificultades del manejo psicológico de la diabetes

- Cumplimiento, y dificultades respecto a las normas sobre la alimentación.
- La no realización de los ejercicios recomendados.
- Dificultades y alegaciones en cuanto a la adherencia a las indicaciones médicas.
- Desajustes conductuales y/o emocionales. (Miedos, fobias, ansiedad, depresión, retraimiento)
- Problemas de interacción social
- Manejo impertinente de los familiares y amigos hacia la enfermedad.
- La cercanía o lejanía afectiva de cualquier persona hacia la persona que tiene diabetes.
- Nivel de comprensión de las indicaciones.
- diferencias entre los que rodean al paciente, ya sea familia y el personal de salud
- Estrés intrafamiliar a causa del enfermo
- la falta de Habilidades de los miembros de la familia para el ajuste y afrontamiento.
- Falta de Apoyo social.

2.1.2 Tratamiento psicológico

a) Técnicas de inoculación y afrontamiento al estrés

Básicamente esta técnica trata de analizar los factores estresantes así como la disponibilidad de recursos para hacer frente en cada miembro de la familia

La estrategia de superación que suelen utilizarse son las pláticas, que sirvan de catarsis y alivian el malestar. Suelen darse recomendaciones, tanto cognitivas como conductuales, que sean útiles para hacer frente a la situación.

Es recomendable basarse en el modelo de Folkman y Lazarus, que propone una serie de procesos cognitivos de valoración de la situación y valoración de los recursos del propio individuo para hacer frente a las consecuencias negativas de la situación, pero a la vez procurar adaptarlo a cada situación y familia con objeto de que sea lo más eficaz posible.

Se puede incluir alguna información acerca de la enfermedad, la insistencia en el mantenimiento del estilo de vida, tanto del paciente como de los demás miembros de la familia, así como la indicación de que participen en Grupos de Apoyo y Asociaciones de Afectados.

b) Terapia racional emotiva

Se cree que es una de las técnicas más útiles, tanto en el abordaje psicoterapéutico de los familiares como de los pacientes. Habitualmente el esquema clásico: la explicación del esquema A (acontecimiento activador), B (creencias acerca de A), C (consecuencia emocional y conductual); detección de creencias irracionales, discusión acerca de las creencias y alternativas.

La aplicación correcta es adaptada a cada caso y su indicación se realiza en base a los datos aportados por la evaluación inicial del problema.

c) Técnicas de condicionamiento clásico

Cuando existen miedos bien estructurados en relación a la enfermedad o a la toma en cargo por parte del sujeto de técnicas de auto cuidado (inyecciones de insulina) se suele aplicar algunas de las técnicas de desensibilización procedentes de este paradigma.

Posibles dificultades en el manejo al paciente, su familia, personal de salud y sus posibles soluciones.

2.1.3 Dinámicas para el paciente y la dinámica familiar

- Medidas puestas en marcha para evitar el aislamiento social.
- Evaluar las posibles limitaciones impuestas para la interacción.
- Miedos al rechazo social debido a la enfermedad
- Medidas puestas en marcha, e idoneidad de las mismas, para favorecer el auto cuidado.
- Aparición y abordaje de conductas internalizantes: Miedos, fobias, ansiedad, depresión,
- Aparición y abordaje de conductas externalizantes: Incumplimientos, desafíos a la autoridad

En la valoración de los aspectos anteriores se debería utilizar una entrevista estandarizada apoyada por cuestionarios específicos con suficiente validez y fiabilidad.

Una vez obtenida la información se debe priorizar cual será el área de intervención y las hipótesis respecto a las causas que estén motivando los problemas detectados. Normalmente, las áreas de intervención pueden darse en:

- El ámbito familiar como sistema
- En el ámbito neurocognitivo y escolar
- En el ámbito individual

Es importante mencionar que la diabetes es una enfermedad no solo que afecta al cuerpo humano propiamente dicho si no que se vuelve un problema que puede llevar a problemas psicológicos, como el estrés, depresión, solidaridad, sentimiento incapacitante etc. Lo cual puede tener grandes repercusiones en el estado de ánimo del paciente.

2.1.4 Autoestima del diabético

La autoestima es el amor propio o auto apreciación, es la percepción profunda, que las personas tienen de sí mismas. La autoestima es el amor propio o auto apreciación, es la percepción profunda, que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor a uno mismo. Implica ser consciente de las virtudes y defectos propios, es el requisito indispensable para las relaciones sanas.

Autoestima del latín *estimare* que significa “determinar el valor de” Autoestima es "el sentimiento valorativo de nuestro ser".

La autoestima es el juicio positivo que se hace de sí mismo, a partir de cuatro elementos básicos del ser humano. Elemento Físico, Psicológico, Social y cultural. La autoestima es la instancia psíquica a través de la cual el individuo, se evalúa así mismo, es parte del auto concepto, es decir, del concepto que tiene la persona de sí misma.

Las personas diabéticas deben de estar conscientes del valor que tienen aun cuando tengan problemas en su salud deben de hacer las siguientes consideraciones

Mostrarse tal como son:

- Escuchar su propia voz y ser consecuentes con lo que piensan
- Marcar y poner límites
- Desarrollar un “ego” sano
- Dar y recibir
- Amarse, valorarse y respetarse

Es importante que las personas con diabetes consideren de que sí están afectadas en lo físico y probablemente se han visto afectados los elementos , psicológicos, social y cultural, pero manteniendo una actitud positiva ante la enfermedad podrán salir adelante ante los problemas

físicos que tengan, una actitud positiva es necesaria y esto llevará al paciente a seguir las instrucciones médicas, a tener una alimentación sana, realizar ejercicios físicos y sobre todo teniendo una mente positiva para mantener una conducta positiva ante la enfermedad.

Cuando la autoestima es negativa o baja, la salud se resiente, porque falta confianza en sí mismo, para abandonar los sucesivos retos que se presentan en la vida desde una perspectiva positiva y esto hace que la calidad de vida no sea del todo óptima como pudiera serlo.

Por lo general las personas con este nivel de auto estima son recuentes al cambio y son incapaces de amar a otros, ya que así mismo no se aman, el individuo llega a ser prisionero psicológico de su propia auto imagen negativa

La autoestima positiva o alta, aporta un conjunto de efectos beneficiosos para la salud y calidad de vida, se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria

2.1.5 Colon irritable

El Colon Irritable es lo que los médicos llaman una enfermedad funcional, es decir, no existe ningún correlato orgánico que les permita diagnosticarlo. Por esta razón se le atribuye a los nervios de la persona

Dependiendo de la gravedad para una persona puede significar únicamente una leve molestia y otra puede tener serios problemas personales, sociales y laborales

Se pueden establecer hasta tres tipos básicos de Colon Irritable dependiendo de los síntomas como son:

- Con predominio de episodios diarreicos
- Con predominio de episodio de estreñimiento
- Con episodios alternantes diarreicos-estreñimiento

a.) Causas

El síndrome del intestino irritable implica una combinación de dolor abdominal y estreñimiento, diarrea o un patrón alternante de estos problemas.

Existen muchas causas posibles; por ejemplo, puede haber un problema con el movimiento muscular en el intestino o una baja tolerancia al estiramiento y movimiento intestinal. Sin embargo, no existe ningún problema en la estructura del intestino.

No está claro por qué los pacientes desarrollan este síndrome, pero, en algunos casos, ocurre después de una infección intestinal. Esto se denomina síndrome del intestino irritable pos infeccioso. Igualmente, puede haber otros desencadenantes.

Este síndrome puede ocurrir a cualquier edad, pero a menudo comienza en la adolescencia o a principios de la vida adulta y es más común en las mujeres. Esta afección es la queja intestinal más frecuente por la cual los pacientes son remitidos al gastroenterólogo.

Se asocia a factores predisponentes como:

- Estrés
- Dieta pobre en fibras
- Uso de laxantes

b.) Síntomas

Los síntomas van de leves a severos, sin embargo, la mayoría de las personas tiene síntomas leves. Los síntomas pueden abarcar:

- Distensión abdominal
- Llenura abdominal, gases, distensión
- Dolor o sensibilidad abdominal que:
- Aparece y desaparece
- Disminuye o desaparece después de las defecaciones
- Ocurre después de las comidas
- Estreñimiento crónico y frecuente, generalmente acompañado de dolor
- Diarrea frecuente y crónica, generalmente acompañada de dolor

c). Síntomas psicológicos

Aunque se desconoce la causa, aproximadamente la mitad de los enfermos señala que el comienzo de sus síntomas coincidió con un acontecimiento importante en sus vidas, como un cambio de residencia o de trabajo, o un episodio luctuoso. Esto sugiere que puede existir un desencadenante psicológico en pacientes susceptibles. Una proporción menor de enfermos refiere que el comienzo de sus síntomas coincidió con el padecimiento de una gastroenteritis aguda. En otros no se identifica factor desencadenante alguno.

Los síntomas del síndrome del intestino irritable pueden ser peores en pacientes que también tengan trastornos de estrés o del estado anímico, como ansiedad y depresión.

d.) Tratamiento médico

Para aminorar la sensación de dolor, espasmos, diarrea y estreñimiento se recurre a ciertos medicamentos que deben ser prescritos por tu médico previo los análisis correspondientes.

Para ello, como sistema preventivo debe establecerse una dieta, pero como no todos los pacientes

Reaccionan igual, el médico debe estudiar cada caso en particular.

El consumo de alimentos ricos en fibra, como pan integral, frutas con cáscara y verduras de todo tipo. Come más salvado de trigo y bebe por lo menos dos litros diarios de agua pura.

Es necesario cambiar ciertos hábitos alimenticios, por ejemplo, come poca grasa y más proteínas, como carne de pescado y soya. Come despacio y mastica bien.

Evitar las comidas excesivas. Es mejor comer con más frecuencia, pero con menos abundancia. Evita a toda costa los alimentos que desencadenen las crisis, lo que se reduce en abstenerse de beber alcohol, gaseosas, café y cualquier alimento irritante como el chile.

e.) Tratamiento psicológico

Los psicoterapeutas tienen mucho conocimiento y experiencia, que puede ser agudizada al conocer la profundidad fisiopatológica del cuadro. De esta forma, se puede ayudar más eficientemente a este perfil de pacientes.

En la franja de pacientes que consultan por padecer este síndrome se pueden encontrar una gran dosis de conflictos psicológicos, los cuales necesitan de buenas intervenciones psicoterapéuticas.

Para el síndrome de intestino irritable, se puede tomar como base esencial, la Psicología Cognitiva- Conductual Standard de A. Beck, sobre la que se asienta este abordaje, especialmente en las propuestas de trabajo grupal y de tiempo limitado.

A este enfoque se suma el de la Psicología Cognitiva Constructivista en los tratamientos Individuales con pacientes más severos y a más largo plazo. El abordaje deberá ser necesariamente desde una perspectiva que incluya lo biológico, lo psicológico y lo social. Desarrollar nuevas conductas de afrontamiento para transformar la actitud personal del paciente Desde este enfoque básico de tipo Cognitivo- Conductual se trabaja fundamentalmente para poder superar las creencias disfuncionales, las dificultades emocionales y las distorsiones que acarrearán los síntomas provocando depresión y baja autoestima.

Se procura analizar la forma de pensar y de enfrentar los conflictos para que el paciente descubra nuevas formas de encarar su enfermedad.

Se trabaja sobre las actitudes, las conductas, la expresión de las emociones y la manera de resolver los problemas interpersonales. Se buscan nuevas formas de disminuir la ansiedad y combatir los pensamientos negativos.

Básicamente se trata de ayudar a esclarecer y modificar las creencias distorsionadas y las conductas que estas originan. Para ello, se implementa el reconocimiento de las distorsiones cognitivas, que son aquellos errores sistemáticos en el procesamiento de la información, que afectan las funciones cognitivas de:

- La selección perceptual
- La atención
- Los procesos lógicos de razonamiento
- La memoria

2.1.5.1 Artritis

La artritis es la inflamación o desgaste de una articulación, siendo esta de dos tipos:

a.) Osteoartritis

Es una deformación producida por el desgaste de los cartílagos entre los huesos, de tal manera que estos cartílagos desaparecen provocando que se rocen los huesos unos con otros, principalmente en las extremidades.

La osteoartritis es una enfermedad de las articulaciones o coyunturas que afectan principalmente al cartílago. El cartílago es un tejido resbaladizo que cubre los extremos de los huesos en una articulación. El cartílago permite que los huesos se deslicen suavemente el uno contra el otro.

También amortigua los golpes que se producen con el movimiento físico. Con la osteoartritis, la capa superior del cartílago se rompe y se desgasta. Como consecuencia, las partes de los huesos que antes estaban cubiertas por el cartílago empiezan a rozarse una contra otra.

La fricción causa dolor, hinchazón y pérdida de movimiento en la articulación. Con el tiempo, la articulación puede perder su aspecto normal. Además, pueden crecer espolones alrededor de la articulación. Algunos pedazos de hueso o de cartílago pueden desprenderse y quedar atrapados dentro del espacio que existe en la articulación lo que causa más dolor y daño.

Las personas con osteoartritis a menudo tienen dolor en las articulaciones y limitación de movimientos. La osteoartritis es el tipo de artritis más común y sólo afecta a las articulaciones.

Existen otras formas de artritis que afectan a otras partes del cuerpo. La artritis reumatoide, que es el segundo tipo de artritis más común, afecta a las articulaciones y a los órganos.

b.) Artritis reumatoide

A diferencia de la anterior se extiende a todo el cuerpo inflamando los cartílagos y la membrana sinovial alrededor de las uniones de los huesos, produciéndose la salida del líquido sinovial (líquido grasoso que sirve para lubricar y proteger contra el roce y desgaste de los huesos).

Artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por provocar inflamación crónica principalmente de las articulaciones, que produce destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional.

En ocasiones, su comportamiento es extra articular puede causar daños en cartílagos, huesos, tendones y ligamentos de las articulaciones pudiendo afectar a diversos órganos y sistemas, como ojos, pulmones y pleura, corazón y pericardio, piel o vasos sanguíneos.

Aunque el trastorno es de causa desconocida, la autoinmunidad juega un papel primordial en que sea una enfermedad crónica y en la forma como la enfermedad progresa.

Aproximadamente 1% de la población mundial está afectada por la artritis reumatoide siendo las mujeres tres veces más propensas a la enfermedad que los hombres.

La aparición suele ocurrir entre los 40 y 50 años de edad, sin embargo, puede aparecer a cualquier edad. La artritis reumatoide puede llegar a ser una enfermedad muy dolorosa e incapacitante.

Se diagnostica fundamentalmente por los signos y síntomas clínicos, así como con ciertos exámenes de laboratorio, incluyendo el factor reumatoideo y la radiografía. Tanto el diagnóstico como el manejo de la AR están a cargo de especialistas en reumatología.

b).1 Síntomas psicológicos

El dolor muscular suele estar producido por estrés, situaciones de tensión, La artritis reumatoide proviene de la frecuente observación de que la aparición o la exacerbación de la enfermedad se ha relacionado con períodos de stress emocional.

El paciente es un individuo emocionalmente tranquilo, que rara vez expresa abiertamente sus sentimientos y que parece tener satisfacciones sirviendo a los demás.

Se acompaña de fatiga, sienten como si les faltara energía, y alteraciones del sueño. El movimiento de intensidad un poco mayor a lo normal produce dolor, por lo que intentan evitarlo.

Cada vez realizan menos esfuerzo, la masa muscular se empobrece y el nivel de tolerancia al ejercicio desciende aún más. Para algunos autores éste síndrome se debería encuadrar dentro de los "Reumatismos Psicógenos" (o de causa psíquica). Todos los reumatismos tienen un componente psicológico importante. Cuerpo-mente

Síntomas físicos

Los síntomas o signos de advertencia de la artritis más común que se manifiestan en las articulaciones o en la zona que las rodean son cuatro.

- Dolor
- Rigidez
- Hinchazón (a veces)
- Dificultad para mover una articulación

b).2 Causas psicológicas

La comprensión científica del dolor va evolucionando rápidamente. Antes se pensaba que su presencia implicaba únicamente la existencia de un daño físico, sin embargo, actualmente la ciencia nos ha llevado a descubrir la importancia que tienen las consecuencias de la vivencia del dolor. Porque el dolor genera importantes reacciones emocionales que pueden potenciar el sufrimiento que lleva asociado.

Pero, además, si el dolor se hace crónico puede tener un impacto devastador en todos los aspectos vitales de la persona que lo sufre:

- Socialmente, porque se tienen que disminuir las relaciones sociales con amigos y allegados.
- Laboralmente, puede llegar a afectar a la capacidad de trabajar, produciendo un sentimiento de inutilidad y problemas económicos.
- En las relaciones de familia y de pareja, porque no se pueden cumplir las expectativas de nuestros seres queridos.

Un dolor crónico llega a hacer que las personas se planteen el para qué y el por qué de la vida. Normalmente se tiene la experiencia de que el dolor es pasajero y controlable; pero cuando aparece un dolor resistente, que no se pasa, la concepción del mundo se tambalea. Surge entonces la necesidad de construir una nueva en la que tenga sentido la existencia de un dolor que no se puede evitar y en la que se pueda dar cabida a:

- Sensaciones corporales incontrolables.
- Limitaciones en la capacidad corporal.
- Pérdida de contacto social.
- Problemas laborales que pueden incluir incertidumbre económica, etc.

Finalmente, cuando se ve que no es posible acabar para siempre con él, se puede caer en una depresión o al menos a un estado de ánimo deprimido que hace perder el sentido de la alegría.

La continuidad del dolor puede producir ansiedad social. Si impide la actividad normal, puede llegar a generar un sentimiento de inutilidad y de sentirse no necesario.

Si hay esfuerzo en luchar contra ello y que nada cambie, se puede llegar a intentar mantener niveles de actividad similares a los que se tenían cuando no se sentía dolor, muy por encima de las posibilidades actuales, además del daño físico, el dolor lleva asociados una serie de procesos psicológicos tan desagradables, duros y amenazantes como el propio dolor y que se unen indisolublemente a él. Para entender estos fenómenos hay que distinguir bien entre dolor y sufrimiento.

b).3 Tratamiento psicológico

Otros aspectos importantes del tratamiento son el apoyo psicológico y emocional, que puede estar a cargo de profesionales de la salud y grupos de apoyo a pacientes que sufren de los huesos. Ese apoyo puede ser de gran utilidad a la hora de aliviar la sensación de aislamiento y la depresión que sufren muchos pacientes.

También es de vital importancia la ayuda práctica, por ejemplo, el asesoramiento sobre cómo reducir el riesgo de caídas, los dispositivos como andadores, protectores de cadera, y las técnicas para “movimientos seguros” en las actividades cotidianas, tales como caminar, alcanzar y levantar objetos, realizar quehaceres domésticos y jardinería.

b).4 Tratamiento médico

El tratamiento de la artritis depende de la causa, la gravedad, las articulaciones comprometidas y la forma como esta dolencia afecta las actividades diarias. Además, la edad y la ocupación también se tienen en cuenta cuando el médico trabaja con uno para elaborar un plan de tratamiento.

De ser posible, el tratamiento se enfocará hacia la eliminación de la causa de la artritis. Sin embargo, por lo general, la causa no necesariamente se puede curar, como sucede con la osteoartritis y la artritis reumatoidea; por lo tanto, el tratamiento se orienta a reducir el dolor y el malestar y evitar una discapacidad posterior.

Es posible mejorar enormemente los síntomas de osteoartritis y otros tipos de artritis crónicas sin el uso de medicamentos.

- cambios en el estilo de vida sin el uso de medicamento
- El ejercicio para la artritis es necesario para mantener las articulaciones saludables, aliviar la rigidez, reducir el dolor y la fatiga, y mejorar la fortaleza ósea y muscular. El programa de ejercicios se debe diseñar para de manera individual.
- Se debe trabajar con un fisioterapeuta para diseñar el programa individualizado.
- Actividad aeróbica de bajo impacto (también llamada ejercicios de resistencia)
- Ejercicios de rango de movimiento para la flexibilidad
- Ejercicios de fortaleza para el tono muscular
- También puede pensar en la hidroterapia, el mensaje con hielo o la neuro estimulación eléctrica transcutánea.
- El descanso es tan importante como el ejercicio. De hecho, dormir de 8 a 10 horas cada noche y hacer siestas durante el día puede ayudarlo a uno a recuperarse más rápidamente de un recrudescimiento de la enfermedad y puede incluso ayudar a prevenir el empeoramiento de la misma. Igualmente uno debe:

- Evitar mantener una posición durante mucho tiempo. Evitar posiciones o movimientos que ejerzan tensión adicional sobre las articulaciones afectadas.
- Hacer modificaciones en el hogar con el fin de facilitar las actividades; por ejemplo, tener barandas de donde tomarse en el baño, la tina o cerca del sanitario.
- Reducir el estrés que puede empeorar los síntomas. Ensayar la meditación o las imágenes guiadas.

2.1.5.2 Hipertensión

¿Qué es la hipertensión arterial?

La presión arterial (PA) o tensión arterial (TA) es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar. Es la fuerza de la sangre contra las paredes de las arterias. Se miden dos niveles de presión arterial: La más alta, o sistólica, que ocurre cada vez que el corazón bombea sangre en los vasos sanguíneos, y la más baja, o diastólica, que ocurre cuando el corazón descansa.

El sistema circulatorio es parecido a una cañería en el cual, la bomba que impulsa el líquido es el corazón; la tubería, las arterias, que en el ser humano son elásticas, y el líquido, es la sangre.

Para que la sangre circule normalmente por el organismo, es necesario que lo haga con cierta presión. Esta presión se debe al efecto de bomba expulsiva del corazón y a la elasticidad de las arterias, que se ensanchan para aceptar la cantidad de sangre que expulsa el corazón.

A la presión de la sangre dentro del sistema arterial se llama presión sanguínea, y que puede ser medida en nuestros brazos, con aparatos llamados esfigmomanómetros.

La hipertensión arterial conocida como presión alta, es cuando se presentan cifras de presión arterial mayores de 140/90. Presión sistólica 140 / 90 Presión diastólica

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

Se denomina hipertensión arterial sistólica cuando la presión sistólica es mayor de 150 mmHg y la diastólica es menor de 90 mmHg.

En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representa riesgo de daño orgánico es aquellas por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica y de 90 mmHg para la presión diastólica, cuando ésta se mantienen en forma sostenida.

Por lo tanto, se define como hipertensión arterial cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90 mmHg en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas más arriba, en más del 50% de las tomas registradas.

La hipertensión arterial ocasiona daño a diversos órganos y el grado de éste y el tiempo requerido para que aparezcan se relacionan directamente con el grado de hipertensión arterial. La hipertensión arterial ocasiona daño a diversos órganos y el grado de éste y el tiempo requerido para que aparezcan se relacionan directamente con el grado de hipertensión arterial De acuerdo con las cifras tensionales la hipertensión arterial se puede clasificar en diferentes etapas:

a) Etapas

- Etapa I

Sin alteraciones orgánicas

- Etapa II

El paciente muestra uno de los siguientes signos, aún cuando se encuentre asintomático.

a) Hipertrofia ventricular izquierda (palpación, radiografía del tórax, ECG, eco cardiograma)

b) Angiotonía en arterias retinianas.

c) Proteinuria y/o elevación leve de la creatinina (hasta 2 mg/d).

d) Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografía) en carótidas, aorta, ilíacas y femorales.

- Etapa III

Manifestaciones sintomáticas de daño orgánico:

a) Angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardíaca.

b) Isquemia cerebral transitoria, trombosis cerebral o encefalopatía hipertensiva.

c) Exudados y hemorragias retinianas; papiledema.

d) Insuficiencia renal crónica.

e) Aneurisma de la aorta o aterosclerosis ocliterante de miembros inferiores.

La hipertensión arterial es un problema de salud de primera importancia ya que se estima que se encuentra en el 21 al 25% de la población adulta general. Esta cifra obliga a que todo médico, independientemente de su grado académico o especialización, deba tener un conocimiento claro y lo más profundo posible del padecimiento, ya que sería imposible que la hipertensión arterial fuera vista y tratada solamente por especialistas. Se comprende que los casos de difícil manejo o de etiología no bien precisada deban ser derivados al especialista apropiado.

b) Causas de hipertensión

La hipertensión arterial tiene muchos orígenes, por eso es muy difícil identificar la causa o factores de ella. Entre las más importantes están: la presencia de hipertensos en la familia, el alto consumo de sal, tensión emocional (estrés), obesidad, consumo elevado de grasas y azúcares, tabaquismo.

La presión arterial tiende a aumentar con la edad, a menos que se tomen medidas para evitarlo o para controlar esta situación.

Ciertos problemas médicos, como la enfermedad renal crónica, las enfermedades de la tiroides y la apnea del sueño, pueden hacer que la presión arterial se eleve. Ciertas medicinas, como las medicinas para el asma (por ejemplo, los corticoesteroides) y las medicinas para el alivio del resfriado, también pueden subir la presión arterial.

En algunas mujeres, la presión arterial se puede subir si usan píldoras anticonceptivas, quedan embarazadas o toman tratamiento hormonal reemplazativo.

Los niños menores de 10 años que tienen hipertensión a menudo tienen otro problema de salud que la causa (por ejemplo, una enfermedad de los riñones). El tratamiento de la enfermedad principal puede hacer desaparecer la presión arterial alta.

c) Casos psicológicos

La psicología de la salud ha contribuido con estudios que pretenden explicar la relación de las enfermedades cardiovasculares con diversos factores psicológicos; por ejemplo, varios autores han mostrado que factores psicosociales específicos tales como estrés, ansiedad, depresión, ira, hostilidad y bajos niveles de apoyo social percibido, hacen a los individuos más vulnerables a desarrollar problemas cardiovasculares y contribuyen a agudizar la enfermedad en quienes ya la padecen.

Diversas investigaciones han destacado el papel del estrés en la hipertensión arterial, la mayoría

Llevados a cabo en laboratorios con personas de diferentes edades sometidas a variadas Situaciones de estrés mental (pruebas aritméticas, exposición al público, tareas de juegos de video, etc.)

Se ha encontrado que el estrés está relacionado con la adopción de estilos de vida perjudiciales, lo cual conduce a incrementar el riesgo de hipertensión. Al parecer, el estrés asociado a otros Factores de tipo psicosocial como la depresión y el aislamiento social, puede también aumentar la Incidencia de hipertensión, a través de una asociación con los comportamientos de riesgo de salud.

Además, cuando los factores de riesgo cardiovascular conocidos se relacionan con estrés, el efecto sobre la presión arterial se multiplica.

d) Síntomas emocionales

Cuando se está estresado, ansioso o enojado, el cuerpo trata de decir que algo no anda bien. Por ejemplo, una presión arterial elevada o una úlcera estomacal podría desarrollarse después de un evento particularmente estresante, tal como la muerte de un ser querido. Los siguientes síntomas pueden ser evidencia de que su salud emocional está desequilibrada:

- Dolor de espalda
- Cambio de apetito
- Dolor en el pecho
- Estreñimiento o diarrea
- Resequedad en la boca
- Cansancio excesivo
- Malestares y dolores generalizados
- Dolores de cabeza
- Presión arterial (sanguínea) elevada
- Insomnio (dificultad para dormir)
- Mareos

- Palpitaciones, es decir, una sensación de que su corazón late aceleradamente
- Problemas sexuales
- Sensación de "falta de aire"
- Tensión en el cuello
- Sudar
- Malestar estomacal

La mala salud emocional puede debilitar su sistema inmune haciendo que de más resfriados y otras infecciones durante épocas emocionalmente difíciles. Además, cuando uno se siente estresado, ansioso o perturbado, puede no cuidar de su salud como debiera. Puede no sentir deseos de hacer ejercicio, comer comidas nutritivas o tomar el medicamento que su médico le receta. Abusar del alcohol, tabaco u otras drogas también puede ser una señal de una salud emocional mala.

e) Síntomas físicos

Durante los diez primeros años del padecimiento no se producen síntomas, ya se han establecido las complicaciones. Por esta razón es que a la hipertensión arterial se le ha denominado "Asesino silencioso"

Los síntomas de la hipertensión se confunden con otras enfermedades. Por eso la única manera para saber si se es hipertenso consiste en que se tome la presión arterial, en un centro de salud o con una persona debidamente capacitada en esta práctica

f) Tratamiento psicológico

El mejor método para hacerle frente al estrés es aprender a manejar el estrés que acompaña cualquier reto; ya sea bueno o malo. El arte de manejar el estrés se va perfeccionando si se usa con regularidad, no solamente cuando se está bajo presión. Saber cómo eliminar el estrés y hacerlo durante situaciones calmadas puede ayudar a pasar por circunstancias difíciles que puedan surgir. A continuación mencionamos varias sugerencias que ayudan a controlar el estrés:

- No sobrecargarse con actividades. Al estar tenso, es necesario eliminar una o dos actividades optando por mantener las más importantes.
- Ser realista. Sin tratar de ser perfecto, y sin esperar perfección de los demás, esto aumenta el nivel de estrés, si se necesita ayuda en el trabajo hay que pedirla.
- Dormir bien. cuando se duerme la cantidad de horas necesarias, el cuerpo y la mente se mantienen en buen estado, pudiendo manejar cualquier situación negativa que cause estrés.
- Aprender a relajarse. El antídoto natural del cuerpo para el estrés se llama respuesta de relajamiento. Es lo opuesto al estrés y crea una sensación de calma y bienestar. Los beneficios químicos de la respuesta de relajamiento pueden activarse simplemente relajándose. Puedes provocar la respuesta de relajamiento si aprendes unos simples ejercicios de respiración y los usas cuando estés en una situación que te cause estrés.

Es importante participar de actividades que relajen y sean placenteras tales como: leer un buen libro, tomar tiempo para disfrutar de su pasatiempo favorito, jugar con su animal preferido, darse un baño relajante.

- Cuidar el cuerpo. Los expertos están de acuerdo en que ejercitarse con regularidad ayuda a las personas a manejar el estrés. (El ejercicio excesivo o compulsivo puede contribuir al estrés, por lo tanto, debe hacerse con moderación) Aliméntate bien para que tu cuerpo funcione de la mejor forma posible.
- Cuidar los pensamientos. Las perspectivas, actitud y pensamientos influyen mucho en la manera en que percibes las situaciones. Una buena dosis de optimismo te ayudará a salir adelante en situaciones difíciles. Aunque no se tengas práctica o seas algo pesimista, todos podemos aprender a pensar con más optimismo y disfrutar de los beneficios.

- Resolver los problemas sencillos. Aprender a resolver los problemas cotidianos hace sentir en control. Evitarlos puede hacer sentir que se tiene poco control de la situación, causando todavía más estrés. Aprender a evaluar la situación con calma, a pensar en las opciones que se tienen, y a tomar los pasos necesarios para resolver el problema. Cuando se siente capaz de resolver problemas pequeños, se tendrá la confianza necesaria para resolver problemas más complejos - lo cual te ayudará en situaciones que causen mucho estrés.

- Aumentar la resistencia

Ciertas personas parecen adaptarse a las circunstancias difíciles sin alterarse, se mantienen serenos bajo presión y pueden resolver los problemas según van surgiendo. Los investigadores han identificado las cualidades que hacen que ciertas personas posean una resistencia natural aun cuando se enfrentan a circunstancias que producen mucho estrés. Para aumentar la resistencia debes aumentar las siguientes actitudes y comportamientos-

- Aprender a pensar que los retos son oportunidades y las situaciones difíciles no son desastres, sino problemas momentáneos.
- Resolver los problemas y pedir ayuda y consejos de otras personas, en vez de quejarse y permitir que se acumule el estrés.
- Fijar las metas y mantenerse al tanto el progreso.
- Tomar tiempo para relajarse.
- Ser optimista. Creer en uno mismo. Respirar, permitir que un poquito de estrés motive a tomar una acción positiva y ayude a alcanzar las metas.

g) Tratamiento médico

El tratamiento debe ser ofrecido y supervisado por el personal médico especializado en este tipo de problemas, y tiene como objetivo controlar o eliminar aquellos factores, costumbres o hábitos que son capaces de desarrollar o complicar la enfermedad, pero sólo su médico tratante sabrá cuáles usar y en qué momento.

Para que su tratamiento sea efectivo, tómelo de acuerdo con las recomendaciones del médico tratante. Aunque usted se sienta bien, por ningún motivo suspenda el tratamiento sin autorización del doctor.

2.2 Psicopatología

Es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales en un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disfunción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatómicas, podría ser clasificado de psicopatología.

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

a) Como designación de un área de estudio, es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje

b) Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico

c) Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados "no-sanos" en el proceso mental.

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

2.2.1 Historia de la psicopatología

La psicopatología ha sido estudiada habitualmente por los médicos, y se encuentra, en los términos, conceptos y estructuras de la medicina somática. En medicina somática se comienza por estudiar la anatomía y la fisiología humanas. Después se continúa por las manifestaciones patológicas más o menos aisladas, síntomas y síndromes- del organismo humano, lo que constituye la patología general

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

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

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

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

La Iglesia tuvo que hacer frente al dilema de determinar si la persona que mostraba una conducta desviada era un santo o un enviado del diablo. Ya a fines del s. VII la locura se clasificaba perversa en tanto era una acción contra Dios provocada por el demonio.

La causa no era atribuible al individuo, sino que era causa de una transgresión a la voluntad del individuo por arte de un ser superior. Por lo tanto, estos individuos debían ser puestos bajo el control de las autoridades religiosas porque sólo ellos estaban legitimados a luchar contra el mal. Estas ideas demonológicas prevalecieron en los albores del Renacimiento salvo notables excepciones como Vives y Weyes.

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

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

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

La mentalidad anatomopatológica da paso a los planteamientos fisiopatológicos sobre las enfermedades. Whytt y Collen elevarán el S.N. a la primera posición dentro de la fisiopatología, la patología y la neurología.

2.2.2 Principales trastornos psicopatológicos

Se define como trastorno psicósomático aquel que teniendo origen psicológico, presenta síntomas fisiológicos que pueden producir alteraciones a nivel corporal. Se refiere pues a los dolores físicos que tienen las personas que no son producidos por una enfermedad orgánica sino como consecuencia de problemas psicológicos que deriva en un dolor físico.

El estudio de los trastornos psicósomáticos siempre ha planteado problemas de índole teórico Clínica que han dado lugar a numerosos estudios y a controversias, podríamos definir este tipo de trastorno como la vivencia de los conflictos a través de diversas reacciones somáticas: úlceras, anorexias, cardiopatías, colitis, asma, insomnio.

Todos, en un momento dado, hemos sufrido sintomatología psicósomática. Hay personas que aunque no se las definiría como un paciente psicósomático, ante situaciones de crisis acaban agravando o padeciendo una enfermedad; pero hay un tipo de persona concreto que tiene una especial predisposición para desarrollar un trastorno psicósomático.

Estos pacientes también tienen muchas dificultades para elaborar las separaciones. En muchas ocasiones la aparición de la sintomatología psicósomática aparece tras una pérdida o una separación. Viven éstas como peligrosas, pues los puede llevar a desorganizaciones primitivas.

Cuando se produce una interacción cuerpo-mente, originado por estrés social o psicológico, puede desencadenar una serie de enfermedades graves, tales como la diabetes, el lupus eritematos, la leucemia o la esclerosis múltiple. Asimismo las emociones negativas pueden afectar a ciertas funciones corporales como la frecuencia cardíaca, la sudoración, los patrones del sueño y el ritmo de las evacuaciones intestinales.

En muchos casos llegan a realizarse muchas pruebas diagnósticas infructuosamente, tratando de descubrir la causa del aumento del ritmo cardíaco, de los dolores de cabeza o de los dolores de espalda, sin encontrar la causa orgánica que los produce.

a) Causas psicológicas

Una característica de personalidad que suelen compartir los pacientes afectados es la dificultad para expresar sentimientos y/o para afrontar factores estresantes generales (p. ej., la muerte de un familiar, un divorcio, un embarazo, etc). Estos estados anímicos activan o inhiben procesos corporales

Se han definido ciertos patrones de conducta que parecen asociarse a algunas enfermedades: la llamada personalidad tipo A (sujetos hiperactivos, agresivos, impacientes, muy implicados en el trabajo) es un factor de riesgo para padecer cardiopatía isquémica (angina de pecho, infarto de miocardio (IAM)); la personalidad tipo B (personas tranquilas, confiadas, con expresión abierta de sus emociones) no está asociada a ninguna enfermedad (actuaría como factor "protector"), y la personalidad tipo C (sujetos pasivos, conformistas, sumisos, con escasa expresión de sus emociones) parece predisponer a algunos tipos de cáncer.

La frustración y los conflictos son un quehacer ordinario en la vidas. Ellos no sólo interactúan entre sí, sino que viene hacer una de las fuentes más importantes del comportamiento humano. Y de tal modo, que la manera como el individuo los resuelva, dependerá, en gran medida su salud mental.

En primer lugar, están las frustraciones de origen externo, que pueden ser "físicas", como la imposibilidad de encender el carro antes de salir del trabajo, y "sociales", como la falta de dinero para llevar a una fiesta a una amiga, o las negativas de la misma para acompañar.

En segundo lugar, están las frustraciones de origen interno: que son, entre otras, la inadaptación emocional y la falta de tolerancia a las mismas. De este modo el logro y el fracaso, así como la dependencia e independencia, son las principales fuentes internas de frustración y de acción.

La repetición de la frustración tiende a desarrollar la distancia entre su causa y la reacción; y puede llegar el momento en que se ha perdido la noción del origen de la frustración.

b) Tratamiento psicológico

Dado que son los factores psicológicos los que originan y modifican estas enfermedades, el enfoque terapéutico va a ser la psicoterapia. Las técnicas de modificación de conducta y de relajación son muy eficaces en algunos casos. Es muy importante evitar en lo posible los psicofármacos, por su potencial adictivo. Solo en casos de intensa ansiedad se pueden asociar antidepresivos o sedantes, dependiendo de los síntomas, bajo la estricta supervisión del psiquiatra, siempre que sea posible. En los casos asociados a enfermedades orgánicas el paciente deberá acudir, además, al especialista correspondiente (cardiólogo, neumólogo, etc.), siendo muy aconsejable en estos procesos el enfoque multidisciplinar (médico, psicólogo, psiquiatra) para poner en común todos los aspectos que intervienen en el trastorno de la enfermedad

2.2.3 Clasificación

2.2.3.1 Hipocondría

La hipocondría es una enfermedad por la que el/la paciente cree de forma infundada que padece alguna enfermedad grave. La hipocondría es, en esencia, una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondríaca está constantemente sometida a un análisis minucioso y preocupado, incluso obsesionado de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica.

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo. Puede ocurrir, por ejemplo, con lunares, pequeñas heridas, toses, incluso latidos del corazón, movimientos involuntarios, o sensaciones físicas no muy claras. Aunque el médico le asegure que no tiene nada, el hipocondríaco solamente se queda tranquilo un rato, pero su preocupación vuelve de nuevo.

La interpretación catastrófica de los signos corporales más ínfimos por parte del individuo, es el mecanismo que desencadena la hipocondría. Se sabe que este trastorno afecta a menudo a

ambientes familiares, es decir, que muchos miembros de una familia tienden a estar afectados. Hay familias que son especialmente sensibles y están muy inclinadas hacia la interpretación de los signos de enfermedad en todos los ámbitos de la vida. De esta forma, los miembros de la misma familia aprenden a interpretar de negativamente cualquier signo corporal y lo asocian con angustia, miedo o ansiedad.

No se debe descartar que una persona hipocondríaca esté realmente enferma. En muchas ocasiones lo que hace es centrar su atención en síntomas leves o imaginarios (mareos, dolor de cabeza, etc.), y no en los verdaderamente importantes. Asimismo, el hipocondríaco al centrar su atención emocional en una determinada función biológica, puede terminar por formar síntomas orgánicos reales (trastorno psicósomático).

a).1 Síntomas emocionales

Estamos ante un trastorno asociado muy a menudo con la ansiedad, por lo que el principal síntoma de la hipocondría es la preocupación exagerada que siente por su salud.

La sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que experimenta acompañada de una especial alteración negativa del estado de ánimo, sumamente desagradable, y que le hace colocarse en una actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves. Finalmente, el hipocondríaco acaba renunciando a casi todo para consagrarse a cuidar su enfermedad imaginaria.

La hipocondría hay que distinguirla de ser aprensivo; en la hipocondría el malestar es significativo y afecta la vida laboral, social u otras áreas importantes de la vida del sujeto. Hay que considerar también que la duración de la sintomatología sea significativa, al menos 6 meses, antes de diagnosticar dicha enfermedad.

Se debe asegurar que el paciente no tenga verdaderamente ninguna enfermedad física. Una vez que se ha descartado, si el paciente sigue con angustia, preocupación y dudas acerca de su estado de salud, es conveniente estudiar la posibilidad de un trastorno psicológico.

a).2 Causas psicológicas

- Experiencias traumáticas relacionadas directa o indirectamente con el padecimiento de una enfermedad grave por parte de un familiar o amigo cercano, sobretodo que haya podido causarle la muerte.
- Haber padecido una enfermedad durante la infancia, sobretodo si fue grave.
- Interpretación errónea de síntomas.

2.2.3.2 Trastornos del estado de ánimo

Trastornos del estado de ánimo es el término que reciben un grupo de trastornos definidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, para los cuales se teorizan una serie de características subyacentes como causa de alteraciones en el estado de ánimo.

Los desordenes del estado de ánimo se encuentran entre los trastornos más frecuentes observados, tanto en la práctica psiquiátrica como en el ejercicio cotidiano del médico general.

Entre los desordenes de los estados de ánimo, la psicosis maníaco depresiva es la única entidad bien individualizada; es la más frecuente, representando más o menos 20% de los enfermos hospitalizados por trastornos tímicos.

el trastorno del estado de ánimo es primario, fundamental, endógeno, todos los otros trastornos observados durante las crisis dentro de los dominios de la actividad psíquica, del comportamiento, de las funciones biológicas, son en correlación con la perturbación tímica y desaparecen con ella

El trastorno de estado ánimo puede ser también sintomático de una afección psíquica caracterizada (esquizofrenia) o de un ataque cerebral orgánico (epilepsia, tumor cerebral, estado pre demencial). El afecto depresivo es en este caso más frecuente que la excitación eufórica.

La sección de los trastornos del estado ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo.

Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (por ej. trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I).

Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

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

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

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado ánimo

mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos episodios de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (por ej. una agitación aguda).

a) Síntomas psicológicos

Como síntoma básico de la depresión aparece la tristeza, una tristeza profunda e inconsolada, se encuentra emocionalmente decaído. Disminuye o se pierde por completo el interés por las cosas que antes resultaban interesantes (anhedonia).

La persona comienza a ver su pasado, presente y futuro de forma pesimista, incluso se forman sentimientos de culpabilidad, ideas suicidas o pensamientos sobre la muerte. Se trastorna el sueño, no duermen bien o duermen demasiado.

Físicamente también se producen cambios, aparece fatiga, se encuentran profundamente cansados, se pierde el apetito con la consecuente pérdida de peso aunque en otros casos es todo lo contrario, surgen problemas sexuales, presentan dolores de cabeza, de espalda, Vómitos, estreñimiento, micciones dolorosas.

Cuando una persona presenta todos estos síntomas físicos se debe tener cuidado de no olvidar el trastorno afectivo ya que pueden estar enmascarados y lleve a un error de diagnóstico.

b) Causas psicológicas

No existe una idea clara y definitiva sobre la causa de los trastornos del estado de ánimo. No se puede hablar tampoco de un único origen de las depresiones, lo mismo que se sabe que no existe un único tipo de depresión (desde siempre se ha hablado de depresiones exógenas o reactivas y depresiones endógenas, dando a entender que había depresiones motivadas principalmente por factores externos -las exógenas- y depresiones que estaban más determinadas por la constitución misma de la persona, y aparentemente no tenían desencadenantes externos -las endógenas).

El tema se ha abordado desde diferentes puntos de vista, dando lugar a diferentes modelos explicativos que inciden en aspectos biológicos, psicológicos o sociales. Con el paso del tiempo se ha reconocido que no se puede aplicar un modelo explicativo único que aclare completamente el origen de un trastorno depresivo, observándose que estos modelos se han de integrar entre sí y no son excluyentes entre ellos.

En general, se puede decir que existe una mayor o menor predisposición a padecer un trastorno depresivo ante unos desencadenantes de mayor o menor magnitud.

Según la persona uno o varios factores de vulnerabilidad de base se combinarían de una determinada manera y frente, a una o varias circunstancias, en un determinado momento del curso de la vida desembocarían en una depresión.

c) Tratamiento psicológico

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

Los pacientes bipolares han sido contemplados tradicionalmente como poco aptos para participar en grupos terapéuticos. Afortunadamente, en los últimos diez o quince años, y gracias a iniciativas como las de la *National Depressive and Manic-Depressive Association* de Estados Unidos, se está volviendo a la creación de grupos terapéuticos para bipolares como método de apoyo al cumplimiento del tratamiento farmacológico, resolución de problemas relacionados con la enfermedad, información sobre la enfermedad y desestigmatización; es decir, se trata de grupos fundamentalmente psicoeducativos y de apoyo. En el tratamiento de trastornos de estado de ánimo se debe de considerar:

- Garantizar la seguridad del paciente.
- Evaluación diagnóstica completa.
- Abordaje terapéutico.
- Psicoterapia: Psicodinámica. Cognitiva. Interpersonal.
- Farmacoterapia: Para la elección del fármaco: buena respuesta anterior en el paciente .

2.2. 3.3 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos Externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

Las personas con trastorno de ansiedad están incapacitadas por sentimientos de incapacidad crónocos e intensos: sentimientos tan fuertes que son incapaces de funcionar en forma cotidiana. Su ansiedad es desagradable y les impide disfrutar muchas situaciones ordinarias, pero, además, tratan de evitar situaciones que las hacen sentir ansiosas. Como resultado, pueden perder oportunidades para disfrutar o actuar mejor para sus propios fines.

Es causado por una combinación de factores biológicos. Se caracteriza por un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente respecto de una variedad de eventos o actividades. Los síntomas deben extenderse al menos por 6 meses para poder efectuar el diagnóstico.

Es causado por una combinación de factores biológicos y de circunstancias vitales. Muchas de las personas que la padecen también experimentan otros trastornos médicos, como depresión y/o pánico, que al parecer implican cambios en los procesos químicos cerebrales, en particular anomalías en los niveles de la serotonina.

Es común en este tipo de pacientes el llevar consigo tiras de medicamentos, generalmente benzodiacepinas para aliviar un supuesto brote súbito de ansiedad, el no portar los medicamentos puede ser una causa más de ansiedad para ellos.

que la padecen también experimentan otros trastornos médicos, como depresión y/o pánico, que al parecer implican cambios en los y de circunstancias vitales. Muchas de las personas procesos químicos cerebrales, en particular anomalías en los niveles de la serotonina.

a) Síntomas psicológicos

Los síntomas psicológicos son: preocupación crónica y exagerada, agitación, tensión e irritabilidad, aparentemente sin causa alguna, o más intensas de lo que sería razonable en esa situación en particular. La gente que la padece también puede tener problemas de concentración y dificultades para conciliar el sueño (siendo el primero que se afecta en cualquier trastorno), con frecuencia suelen aparecer signos físicos, como temblores, dolor de cabeza, mareos, agitación, tensión muscular, dolores o molestias, molestias abdominales y sudoración.

Se revisan las formas de intervención sobre el trastorno de ansiedad generalizada más investigadas. Varios estudios muestran una importante convergencia en señalar que las terapias cognitivo-comportamentales alcanzan los resultados más satisfactorios, especialmente reduciendo abandonos y manteniendo los efectos a medio plazo. Las terapias de conducta son también útiles, pero en menor grado, aunque superiores a los tratamientos farmacológicos, cuyos efectos beneficiosos lo son sólo a corto plazo y acompañados de efectos secundarios. No parece que una combinación entre los distintos tratamientos mejore significativamente los efectos de las terapias cognitivo-comportamentales. Por lo tanto, la evidencia disponible indica que éstas son las terapias de elección para este trastorno.

b) Causas psicológicas

Otros trastornos médicos, como depresión y/o pánico, que al parecer implican cambios en los procesos químicos cerebrales, en particular anomalías en los niveles de la serotonina. Las patologías relacionadas con la ansiedad con frecuencia aparecen tras padecer situaciones de estrés, llegando a ser crónicas se las causas de dicho estrés persisten. El estrés causará inevitable toda una serie de cambios físicos, como por ejemplo el aumento del ritmo cardíaco, de la

respiración, la tensión muscular, etc., pero el estrés también provocará cambios psíquicos y emocionales, como por ejemplo la aparición de la ansiedad, en caso de que sea continuad

c) Tratamiento psicológico

En la terapia cognitiva post-racionalista se ve el proceso de cambio como reorganización del significado personal del paciente y este trabajo psicoterapéutico se realiza en una relación confidencial, colaborativa y de aceptación incondicional del paciente por parte del terapeuta. Esto significa que el terapeuta no critica ni enjuicia al paciente, como tampoco le señala que es lo que debe hacer.

Es absolutamente inconveniente que intervenga la familia o cualquier otra persona en este proceso, ya que como lo señalamos son experiencias personales del paciente. Lo que se pretende es que el paciente ponga en funcionamiento sus propios recursos, que hasta ese momento no están disponibles, de este modo la terapia apuesta por la autonomía del paciente.

2.2.3.4 Depresión

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede ser causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición

Un trastorno como la depresión afecta el ánimo de manera radical y no como arranques emocionales que resultan de problemas particulares, los cuales generalmente, son de un tiempo mucho mas corto. Los síntomas centrales de la depresión son

A.1 Síntomas principales que la definen

a) Tristeza patológica

Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual.

Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir.

Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Un dato tremendo: el 15% de los deprimidos termina suicidándose.

b) Trastorno de ansiedad

Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante.

Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

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

c) 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.

b) 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 la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

e) 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. La mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso. Pérdida de energía e interés Sensación de enfermedad física o debilitamiento.

f) Disminución de las funciones físicas y mentales

Un trastorno como la depresión afecta el ánimo de manera radical y no como arranques emocionales que resultan de problemas particulares, los cuales generalmente, son de un tiempo mucho mas corto. La depresión probablemente se da por sentimientos de desesperanza, desamparo, culpa.

g) Tratamiento para la depresión

- tratamiento farmacológico
- tratamientos cognitivos
- tratamientos conductuales

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta.

El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean

Se usarán técnicas cognitivas y conductuales. En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos.

A.2 Causas de la depresión

a) Herencia

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

b) Factores bioquímicos

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores.

Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo.

c) Situaciones estresantes

Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

d) Estacionalidad – (Trastorno afectivo estacional (SAD))

Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

e) Personalidad

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a

padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

2.3 Métodos de psicodiagnóstico

El diagnóstico se enmarca dentro de la evaluación psicológica, y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas.

En términos de la práctica médica, el diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.

El diagnóstico psicológico es una evaluación que tiene como objetivo conocer mejor al consultante para determinar la posible existencia de alguna clase de trastorno. Es una herramienta para conocer la forma en que un sujeto se organiza y procesa la información que le llega del mundo exterior, la manera en que se valora. La evaluación concluye con un informe escrito que se comunica al paciente.

Para confeccionar el diagnóstico deben emplearse varias entrevistas en las que se conforma una ficha con los datos personales del consultante. Durante las entrevistas se observa al paciente y se le aplica una serie de técnicas proyectivas en las que se evalúa el estado emocional, la forma de relacionarse, la familia, los rasgos de la personalidad, entre otros.

El diagnóstico presuntivo aclara si existe un problema emocional o si hay evidencias de otras causas. Se realiza un pronóstico sobre el tiempo que demandaría un posible tratamiento y el grado del trastorno.

Para la psicología, los trastornos emocionales son evidencia de una disfunción psicológica, biológica o comporta mental.

Entre las técnicas proyectivas que se incluyen en el diagnóstico están: Test de Rorschach, Test de inteligencia, etc. Puede incluir además, pruebas neuropsicológicas para evaluar, localizar y medir algún problema psico-orgánico.

Resultado al que llega un profesional de la Psicología (Psicólogo o PsicoPedagogo), tras haber realizado diversas pruebas psicotécnicas y valorado las características del contexto familiar y escolar, mediante las cuales puede distinguir, de entre otros posibles diagnósticos, el que corresponde al caso en estudio.

2.3.1 Etapas del diagnóstico psicológico

- La evaluación psicológica implica una serie de etapas
- entrevista clínica
- aplicación de test psicológicos
- análisis de los resultados
- dictamen del análisis
- conclusión y comunicación al consultante.

El diagnóstico permite al psicólogo elaborar un plan de trabajo razonable y anticiparse a los posibles escollos que este plan pueda tener. Al diagnóstico inicial, le siguen diagnósticos procesales, los que se emplean para reevaluar el estado del paciente a lo largo del tratamiento.

El diagnóstico psicológico puede realizarse como un estudio técnico para quien lo solicite, o puede efectuarse como parte de una terapia, siendo el punto de partida de la misma, como instrumento imprescindible para decidir sobre el tipo de tratamiento idóneo para el caso.

2.3.2 Herramientas diagnósticas

El psicólogo cuenta con herramientas que le ayudarán para realizar su trabajo profesional de una manera efectiva, al utilizarlas en su profesión el paciente obtendrá la ayuda psicoterapéutica que necesita, esto le ayudará a conocer el problema que afecta al paciente y a encontrar el camino para poder realizar su trabajo de manera eficiente y profesional. Entre estas herramientas se encuentran las pruebas o test psicológicos, este un procedimiento estandarizado para obtener muestras del comportamiento y escribirlo con puntuaciones o categorías. En la mayor parte de casos, una prueba es percibida como una evaluación, esto es que el examinado sabe que está siendo probado.

La particularidad crucial de las pruebas psicológicas incluye las siguientes características

1. El uso de procedimiento estandarizado
2. El muestreo de comportamiento
3. La producción de puntuaciones o categorías
4. La interpretación por medio de normas o estándares
5. La predicción del comportamiento no puesto a prueba

El psicólogo tiene acceso a las pruebas más ampliamente usadas que evalúan la inteligencia, el funcionamiento neuropsicológico, la personalidad y los intereses o valores individuales, pruebas de inteligencia y pruebas relacionadas. Las pruebas de inteligencia muestran generalmente una amplia serie de habilidades para evaluar el nivel general de la habilidad mental del examinado. Las pruebas de inteligencia pueden llamarse también pruebas de habilidad puesto que avalan la habilidad actual.

- Pruebas de intereses y valores

Las pruebas de intereses y valores evalúan la preferencia de un individuo por ciertas actividades y valores. Estas pruebas están basadas en la suposición explícita de que los patrones de intereses y

de los valores personales pueden usarse para predecir la satisfacción dentro de ocupaciones específicas. Ayudan a las personas a encontrar una ocupación adecuada.

- Pruebas especializadas

Muchas pruebas están diseñadas para aplicaciones altamente especializadas o que pretenden usarse dentro de sub posiciones específicas.

2.3.3 Métodos utilizados para el psicodiagnóstico

A. La observación

Generalmente se habla de método de verificación observacional cuando se intenta verificar una hipótesis o recabar datos de la realidad sin introducir ningún tipo de artificio, sin ejercer un control sobre las variables independientes o sobre los sujetos a estudiar, simplemente observando las conductas que espontáneamente ejecutan los sujetos.

Este método es necesario porque a veces no es posible utilizar ni la verificación experimental ni la correlacional, como ocurre por ejemplo cuando intentamos estudiar la conducta del maestro en el aula, o las relaciones entre los miembros de una familia, o el comportamiento del líder en una banda juvenil.

La observación que se realiza en este método es observación sistemática, y con ella podemos medir una serie de Parámetros de conducta (duración, intensidad, frecuencia,...) en unas circunstancias de lugar, tiempo y situación.

La observación sistemática se hace utilizando técnicas de registro (por ejemplo los protocolos de anotaciones), y en algunos casos utilizando también medios técnicos (cámaras de video, grabadoras,...) Se suele estudiar la conducta no verbal (movimientos corporales), la conducta espacial.

(La distancia espacial interpersonal en la comunicación), la conducta extralingüística (tono de voz, rapidez, secuencia en las intervenciones) y la conducta lingüística. Se utiliza fundamentalmente en la etología y en la intervención psicológica o psicoterapia.

Para llevarla a cabo, el investigador puede optar por convertirse en un miembro más del grupo (observación participante), o bien por observarlos desde fuera (observación no participante u ordinaria). El investigador debe ganarse, en cualquier caso, la confianza de las personas que va a estudiar, lograr su aceptación y evitar en lo posible que su presencia interfiera o perturbe de algún modo las actividades cotidianas del grupo.

B. Métodos de cuestionarios (encuesta, test)

El Cuestionario es un instrumento de investigación. Este instrumento se utiliza, de un modo preferente, en el desarrollo de una investigación en el campo de las ciencias sociales: es una técnica ampliamente aplicada en la investigación de carácter cualitativa.

No obstante lo anterior, su construcción, aplicación y tabulación poseen un alto grado científico y objetivo. Elaborar un Cuestionario válido no es una cuestión fácil; implica controlar una serie de variables. El Cuestionario es "un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve". En su construcción pueden considerarse preguntas cerradas, abiertas o mixtas.

Dentro de la perspectiva funcionalista los métodos más usados son la entrevista, el cuestionario, el análisis de las redes de comunicación, la entrevista grupal, el análisis de experiencias críticas de comunicación, y el análisis de la difusión de mensajes.

- Técnicas proyectivas
- Consiste en presentar a un sujeto un material poco estructurado, con instrucciones vagas y pidiéndole que lo organice a su manera, cosas que no puede hacer sin proyectar la estructura de su propia personalidad.

- Técnicas cuantitativas aplicables:

Encuesta. La información recogida por medio de esta técnica puede emplearse para un análisis cuantitativo con el fin de identificar y conocer la magnitud de los problemas que se suponen o se conocen en forma parcial o imprecisa. El método que puede utilizarse para levantar la encuesta es el cuestionario.

C. La entrevista psiquiátrica

La psiquiatría es definida como el campo de estudios de las relaciones Interpersonales destacando más la interacción de los participantes de una situación social que concentrándose exclusivamente en la economía supuestamente privada de cualquiera de los participantes.

La entrevista psiquiátrica es un ejemplo especial de las relaciones interpersonales. Y el término según es empleado aquí, no se refiere exclusivamente a la reunión de un psiquiatra y su paciente.

La entrevista se caracteriza por la reunión de dos personas, una de ellas conocida como experta en materia de relaciones interpersonales y la otra conocida como el cliente entrevistado o paciente que espera extraer algún provecho de una discusión seria con el experto sobre sus necesidades.

La situación está destinada a dar claridad a ciertas normas características a la vida del cliente, con la perspectiva de que tala elucidación le resulte de provecho. El término psiquiátrico según se lo emplea aquí indica simplemente que la entrevista es considerada como un fenómeno interpersonal.

Y que los datos para sus estudios y comprensión deben ser derivados de la observación sobre lo que ocurre entre los participantes de la entrevista o para decirlo de otra manera la observación del campo de su interacción.

El término “entrevista psiquiatra” según se emplea en este libro tiene amplias implicaciones y la discusión del mismo no solamente con el psiquiatra y su paciente sino con el entrevistador y el entrevistado, en una gran variedad de situaciones.

El término “entrevista” no es aplicado a un cierto período fijo de tiempo, sino a un curso de hechos interpersonales que pueden estar comprendidos, en cierto modo, en una sola conferencia de sesenta y noventa minutos de duración desarrollados con mayor amplitud durante el transcurso de varias conferencias.

El psiquiatra considera la reunión como un medio de practicar su profesión y de ganarse la vida. El paciente llega a la entrevista con el propósito de aprender más sobre ciertas características. De su conducta que el considera que son de cierto modo un obstáculo, y con la esperanza de modificar las mismas para su mayor satisfacción.

Una característica notable de la entrevista psiquiátrica es el hecho de que el paciente no habrá de resultarle fácil la presentación de su caso al psiquiatra, que frecuentemente incurrirá en evasivas de cuyas sutilezas puede muy bien no darse cuenta y hasta puede desear retirarse de la situación antes de haber obtenido de ellas beneficios apreciables.

El psiquiatra puede observar que su labor es obstaculizada por su propia irritación, fastidio, falta de atención y otras reacciones aparentemente son inapropiadas para el experto en esta especialidad. De esta manera, tanto el psiquiatra como el paciente, si bien se reúnen por motivos poderosos están al mismo tiempo movidos por la ansiedad de retirarse uno del otro.

Los contactos personales que son ingredientes de ambos papeles, pueden parecerle demasiado dolorosos para arriesgarse a sus efectos, no obstante, sin la experiencia de la ansiedad uno no podría convertirse en paciente y sin tal experiencia no es probable que uno se preocupase tanto por las sutilezas de la acción humana como para convertirse en un psiquiatra en su trabajo con los pacientes esquizofrénicos.

Sullivan en la página 102 del libro “entrevista psiquiátrica” observó que ha menudo empleaban el lenguaje como medio de defensa que de comunicación, lo que hablan servía para mantener a la gente a distancia, protegiendo a sí una estimación propia ya bastante baja.

Al considerar la ansiedad como un lugar destructivo en el ser humano, como el motor de mucha tensión de grupos y como fuerza de tal significado en sus efectos que debe ser tratada por el grupo y por medio de medidas de salud pública. Si se llega a comprender claramente que un buen número de los desordenes emocionales son reflejo de las experiencias de las vidas de quienes lo sufren y si se comprende así mismo que muy pocas personas enfocan siquiera remotamente una plena comprensión de sus posibilidades y que tal desperdicio de potencial humano es prácticamente una plena comprensión de potencial humano es prácticamente costoso y destructivo para el grupo social general.

C.1 Conceptos básicos de la entrevista Psiquiátrica

Los datos psiquiátricos son originados de una observación participante de interacción social, si es que nos inclinamos al enfoque socio psicológico, o de relaciones interpersonales si la inclinación va hacia el enfoque psiquiátrico los dos términos significan hasta donde me es posible determinarlo precisamente la misma cosa.

C.2 Definición de la entrevista psiquiátrica

Es una situación de comunicación vocal es un grupo de dos o mas o menos voluntariamente integrados sobre una base progresivamente desarrollada de expertos a clientes son el propósito de solucionar pautas características de vivir.

C.3 Carácter de la entrevista

La entrevista psiquiátrica expresa que tal entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal no solamente comunicación verbal.

C.4 El reconocimiento de la terapia intensiva

El reconocimiento puede durar veinte minutos, en el caso de que no se vuelva haber a la persona durará entre siete y media a quince horas, que parece aproximadamente el promedio cuando el tiempo no es factor de suma importancia. Pero también puede durar más.

La habilidad que un entrevistador puede manifestar en la abstención e interpretación de esa historia en bosquejo, tiene mucho que ver con la facilidad o dificultad de interrogatorio detallado subsiguiente que, si el entrevistador es un psiquiatra que está realizando el tratamiento de un paciente, significa ordinariamente el prolongado lapso

La psiquiatría es definida como el campo de estudio de las relaciones interpersonales destacando más la interacción de los participantes de una situación social, que concentrándose exclusivamente en la economía supuestamente privada de cualquiera de los participantes.

El término “Entrevista” no es aplicado a un cierto periodo fijo de tiempo sino más bien a un curso de hechos interpersonales que pueden estar comprendidos en cierto modo en una sola conferencia de sesenta a noventa minutos de duración desarrollando con mayor amplitud de varias conferencias.

El fin de la entrevista no es eliminar los movimientos sino reconocer, explorar sus orígenes y llegar a un entendimiento a una comprensión de su significado a la situación que se estudia.

Sullivan en la pág. 115 del libro “La entrevista psiquiátrica” llegó a considerar a la ansiedad como un lugar común destructivo en el ser humano, como el motor de mucha tensión de grupo y como fuerza de tal significado en sus efectos que debe ser tratada por el grupo y por medio de medidas de salud pública.

Los datos psiquiátricos son originados por una observación participante de interacción social, si es que nos inclinamos al enfoque socio psicológico o de relaciones interpersonales si nuestra inclinación va hacia el enfoque psiquiátrico.

C.5 Las relaciones entre profesionales y el cliente

El experto en psiquiatría debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales esta área de problema es peculiarmente el campo de la observación participante, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con sus pacientes. La entrevista psiquiátrica según se le considera aquí es precisamente un grupo de dos en el cual se crea una relación de experto- cliente, el entrevistado espera que la persona que está sentada frente a él detrás del escritorio demuestre una comprensión realmente experta de las complicaciones de las relaciones interpersonales espera a sí mismo que el entrevistador muestre pericia en la conducción de la entrevista, cuanto mayor sea esta pericia siendo los demás factores iguales más fácilmente se logrará el propósito que persigue la entrevista el entrevistador tiene que descubrir quien es el cliente es decir debe investigar que curso de acontecimientos ha experimentado para llegar a ser lo que es en el momento de la entrevista. Lo que tiene en materia de antecedentes y experiencias y sobre la base de quien es la persona. El entrevistador tiene que enterarse de que es lo que considera como problemático en su vivir y lo que le parece difícil.

El objeto de la entrevista es que la persona se retire con una cierta medida de claridad sobre sí misma y su modo de vivir con sus semejantes es objeto esencial de dicha entrevista.

La entrevista psiquiátrica puede ser considerada como compuesta por una serie de etapas que si bien son realmente hipotéticas novelescas abstractas y artificiales pueden resultar de suma utilidad para el psiquiatra si las tiene ordenadas en su mente para disponer su tiempo con el paciente. Pero lo que es más importante aún y que son completamente necesarias para alcanzar el propósito de una intensa relación de esta clase. Esas etapas son: primera el comienzo formal, segunda el reconocimiento; tercera la investigación o interrogatorio detallado y cuarta la terminación.

C.6 El reconocimiento

Consiste en obtener un bosquejo a grandes trazos de la historia social o personal del paciente. En esta etapa el entrevistador se preocupa de lograr alguna noción de la identidad de la persona,

el entrevistador formula preguntas convencionales sobre la edad, orden de los hermanos, fecha de casamiento y así sucesivamente.

C.7 La primera etapa de la entrevista

a) El comienzo formal

Se incluye la recepción del entrevistador y el establecimiento abierto.

c) Encuentro físico

Propiamente dicho entre el psiquiatra y el entrevistado la forma en que es recibido el entrevistado puede acelerar notablemente el logro del resultado que se desea, donde el entrevistador tiene que darse cuenta de que su propia conveniencia, sus propios errores pasados no son ni remotamente de tanta importancia como la asunción de que ahí una persona que debe ser tratada con respetuosa seriedad porque desea ser beneficiada o por lo menos puede ser beneficiada. Esto significa que el entrevistador no saluda a su paciente que puede ser una persona penetrante y hostil con un montón de palabrería social que puede estar muy bien para saludar a ancianos o a parientes maternos.

Las palabras ceremoniosas no son quizá la manera ideal de comenzar una entrevista psiquiátrica, un extraño está tan perturbado por la perspectiva de conocer al entrevistador, como es lo estaría en una situación similar.

Tiene que tratar al paciente como si fuese esperado por el entrevistador, se debe de conocer el nombre de la persona que pide hora para una consulta y se debe de pedir que entre lo cual es una forma de hospitalidad y luego le indica donde debe de sentarse seguidamente se le puede dar a conocer la causa por lo cual está en el consultorio el final de la primera etapa de la entrevista llega en el momento en que el pariente ha formulado la declaración que cree haber transmitido, sobre su problema y sobre sí mismo no se debe de tratar a esta altura sobre lo que le aqueja nadie puede llegar a conocer que aqueja a una la persona sin conocerla.

Cuando llega este momento ambos deben de estar listos, para pasar a la segunda etapa la entrevista se debe de tratar en base a los datos que reciben durante la misma.

c) El reconocimiento

Se inicia preguntando la edad ¿Donde nació? ¿Vive su padre y su madre? Y si alguno de los padres o ambos han muerto ¿Cuándo y de que murieron? si el paciente no sabe de que murieron sus padres, esto puede llevar al descubrimiento que su padre no vivió en el hogar de la familia durante los últimos veinte años.

Se le pregunta seguidamente sobre los parientes consanguíneos que tiene, incluso sobre los que hayan muerto. Y quienes además de sus padres Vivian en la casa hasta que él cumplió sus 7 años.

C.8 Resumen del reconocimiento

Es recomendable que el psiquiatra después de una serie de entrevistas con un paciente ponga fin al reconocimiento preliminar con una declaración que constituya de lo realizado hasta entonces, así el resumen sería elaborado al final de digamos una siete a quince horas de entrevista y precedería a los esfuerzos detallados de la psicoterapia el resumen al final del reconocimiento.

Se señala que el resumen ahorrará bastante tiempo a los dos y ayudará a evitar interpretaciones erróneas, con mucha frecuencia el paciente acepta y adopta esta sugerión y ambos salen beneficiados del procedimiento.

C.9 La investigación detallada

La etapa del interrogatorio detallado en la entrevista psiquiátrica donde hay que mejorar las primeras aproximaciones de comprensión en este proceso pueden producirse cambios en las impresiones psiquiátricas, el trabajo del entrevistador se centrará en la apreciación de las declaraciones que hace el paciente y siendo observador de aquellas que evade.

C.10 El concepto de la ansiedad

La ansiedad es el concepto explicativo general para el intento del entrevistado de crear una impresión favorable de sí misma, una parte importante de una comprensión razonable del concepto de ansiedad porque describe de manera enteramente simple “la presencia de la ansiedad es mucho peor que su ausencia”

C.11 El desarrollo del sistema del yo en la personalidad

Desarrollamos un vasto sistema de procesos estados de alerta símbolos y señales de peligro a fin de proteger la sensación de bienes se siente el vasto sistema de operaciones preocupaciones vigilancias y demás podrían ser denominados con perfecta propiedad el sistema del yo.

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

El paciente cree con frecuencia que ha descubierto la impresión exacta que está causando el psiquiatra y se entusiasma mucho sobre lo que cree que está transmitiendo a él mismo, el paciente continuará probablemente entusiasmado hasta que una sencilla y vulgar pregunta del psiquiatra le demuestre que su concepto sobre la impresión que estaba produciendo al terapeuta estaba completamente equivocado. En este punto el paciente experimentará una considerable ansiedad por penosa que resulte la experiencia el paciente no parece a menudo haber aprendido nada de ella.

Como ser humano las operaciones del sistema del yo están siempre en oposición al logro del propósito que persigue la entrevista.

Uno de los aspectos notables del sistema del yo es que después de sufrir una derrota reacciona de inmediato y se pone a trabajar. Este hecho contiene en sí algunas inferencias prácticas para el manejo por el entrevistador de aquellas acciones procesos observaciones y hechos que tienen principalmente como propósito proteger el sistema del yo del entrevistado.

C.12 La entrevista como proceso

La entrevista es un proceso o un sistema de procesos y la palabra proceso supone un cambio. Una clase de cambio que puede producirse en una situación entrevista.

Es un cambio en la actitud de la otra persona es bastante fácil de advertir para cualquiera en un caso de conversación. Esos cambios son cambios en la actitud del entrevistador reflejados por el entrevistado dicho en otros términos, el entrevistador debe preguntarse a sí mismo ¿Qué actitud mía es reflejada por el entrevistado? ¿Qué parece que él está experimentando frente a mí actitud? ¿Qué cree él que estoy haciendo?

Si la situación en la entrevista es mala es decir si la entrevista es dura por cualquier motivo conviene que el entrevistador tenga alguna idea sobre que operaciones suyas son responsables del fracaso en lo que respecta a producir algún cambio aun cuando pueda haber pensado que aquellas operaciones estaban bien ajustadas para un mejoramiento de la situación.

La historia del desarrollo como marco de referencia en la investigación detallada Es muy importante que el entrevistador preste atención a la ansiedad y en especial a su propia ansiedad, la personalidad está dividida en el sistema del yo y el resto de la personalidad.

El entrevistador está constantemente en contacto con este sistema del yo del entrevistado. Cada vez que uno está tratando con un extraño tanto el entrevistador como el extraño están muy seriamente preocupados por cuestiones de apreciación de estimación de respeto, deferencia prestigio etc. Y que todas esas son manifestaciones del sistema del yo.

El sistema del yo del entrevistado en todo momento pero en diversos grados en oposición a que se alcance el propósito que persigue la entrevista. Signos diagnósticos y patrones de desorden mental moderado y grave, los Signos son fenómenos que el psiquiatra puede observar más o menos objetivamente mientras que los síntomas tienen que ser informados por el paciente solo el paciente experimentará los síntomas.

Mucho más comunes en la experiencia común son los estados de tristeza y depresión

Puede decirse que todo lo contrario de la tristeza es el júbilo en cuyo estado la persona experimentará una gran elevación de espíritu.

C.13 La terminación de la entrevista

Una parte importante de toda entrevista psiquiátrica es su terminación o interrupción. Al poner fin a la entrevista o interrumpirla por algún tiempo, lo importante es consolidar todo el progreso que pueda haberse alcanzado durante la sesión o serie de sesiones.

Ese progreso está representado, no por las interpretaciones que han sido hechas por el entrevistador, sino por el grado hasta el cual el propósito o expectativa del entrevistado debe obtener algún beneficio que sea duradero como resultado de la experiencia haya sido materializado.

La consolidación del propósito de la entrevista es realizada en términos generales mediante las cuatro medidas que siguen. El entrevistador formula una declaración final al entrevistado en la cual resume todo cuanto ha sabido durante el curso de la entrevista.

El entrevistador da al entrevistado una preinscripción de acción en la cual el entrevistado deberá de empeñarse en adelante. El entrevistador hace una apreciación final de los probables efectos sobre el curso de la vida del entrevistado que puede ser que puede razonablemente esperarse de la declaración y la prescripción y sigue después de la despedida oficial entre el entrevistador y entrevistado. La primera medida que debe adoptarse en la terminación definitiva de una entrevista o serie de entrevistas, es decir resulta de utilidad para el entrevistador repetir las pruebas a que somete los hechos observados de la entrevista. Está presentando las pruebas finales del resultado de la entrevista de lo cual ya está seguro por completo.

C.14 Técnicas cuantitativas aplicables

Encuesta. La información recogida por medio de esta técnica puede emplearse para un análisis cuantitativo con el fin de identificar y conocer la magnitud de los problemas que se suponen o se

conocen en forma parcial o imprecisa. El método que puede utilizarse para levantar la encuesta es el cuestionario

2.3.4 Manuales de psicodiagnóstico

A. Manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-IV-TR)

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

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

El uso racional del DSM-IV-TR permite hacer más confiables los diagnósticos, convirtiéndose en una útil y acertada guía para la práctica clínica. Este manual no tiene la finalidad de explicar las diversas patologías, así como tampoco proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. De igual forma, no se adscribe a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

Para su adecuada interpretación es necesario recurrir al juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

A.1 Historia

El DSM, en su primera versión (DSM-I), al igual que el CIE, surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo respecto a qué contenidos debería incluir y, también, respecto al método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Algunos eventos importantes para la creación del DSM fueron los siguientes:

- La necesidad de recolectar datos de tipo estadístico en relación con los trastornos mentales, para el censo de 1840 en los Estados Unidos.
- El trabajo conjunto de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) y la Academia de Medicina de Nueva York para la elaboración de una nomenclatura o listado aceptable para todo el país (para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas).
- El ejército de los Estados Unidos, por su parte, confeccionó a la par del DSM, una nomenclatura más amplia, que permitiera incluir enfermos de la segunda guerra mundial.
- Por primera vez en el CIE-6 se incluyó un apartado sobre trastornos mentales.

Fue en 1952 cuando surge la primera edición, el DSM-I, el cual era una variante del CIE-6. Sin embargo, surgieron ciertos desacuerdos que fueron generando nuevas versiones de cada uno. Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV-TR, y el CIE utiliza la versión CIE-10.

La creación del DSM-IV estuvo a cargo de trece grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por cinco o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de una amplia gama de perspectivas y experiencias en el campo de los trastornos mentales y médicos). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros respecto de los avances obtenidos, así como de las conclusiones a las que se llegaban.

Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer que se generara la mayor

compatibilidad posible entre ambos documentos. De esta manera, todos los profesionistas que utilizaran ambos manuales estarían bajo un mismo lineamiento para el diagnóstico.

A.2 Evaluación Multiaxial: Ejes que trabaja el DSM-IV-TR

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

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

Eje I: Trastornos Clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, sino configura ningún trastorno (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobias, específicas, etc.). Se exceptúan los trastornos de la personalidad y el retraso, mental, los cuales conforman el siguiente eje.

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

Eje III: Enfermedades Médicas: Este Eje incluye enfermedades médicas actuales, que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental

Del sujeto. El DSMIV-TR distingue enfermedades médicas con la finalidad de llevar al profesional a un estudio minucioso de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionistas de la salud mental.

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

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

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

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia)
- Problemas Problemas relativos al ambiente social
- Problemas relativos a la enseñanza
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria

Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), en base al criterio clínico del profesionista que evalúa. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución del caso.

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

El primero se refiere a la gravedad de los síntomas

El segundo a la actividad del individuo

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

B. Clasificación estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE 10.

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

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

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

Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá publicó su versión en el 2000, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

En EE.UU se añadió el anexo con el sistema de clasificación de procedimientos o ICD-10-PCS

Este sistema de clasificación tiene como finalidad la ayuda en la comparación internacional de los diferentes datos necesarios para poder realizar estadísticas. Gracias a este tipo de clasificaciones se han centrado mucho más los diferentes trastornos, ya que antiguamente un mismo trastorno se le daba diferentes nombres, hasta que se implantaron este tipo de clasificaciones.

Sigue manteniendo la estructura tradicional, uno de los cambios significativos que ha experimentado ha sido el de la clave numérica por una alfanumérica

Las revisiones de esta clasificación están realizadas por la Organización Mundial de la Salud, que las efectúa de forma periódica para ir actualizando y modificando lo que sea necesario.

C. Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico. GLADP

En la CIE-10 se ha introducido cambios de significación respecto a la CIE-9. Como quiera que la GLADP no es más que la CIE-10 adaptada a las cualidades específicas del entorno latinoamericano y a la forma en que los clínicos de la región conciben la salud mental y sus desviaciones, esos cambios le han sido incorporados. Por lo tanto, siempre que no se haga explícito lo contrario, debe inferirse que las modificaciones introducidas en la CIE-10 aquí reflejadas, han sido literalmente incorporadas a la GLADP.

Siguiendo la estrategia de lograr un máximo de similitudes y un mínimo de diferencias con las versiones de habla española y portuguesa de la CIE-10, en la GLADP se ha conservado la estructura, el sistema de codificación y las descripciones y criterios diagnósticos del manual de

uso clínico de la OMS. Asimismo, sus criterios diagnósticos son aquellos de la versión para investigaciones de la CIE-10, que durante las múltiples discusiones para la elaboración de la Guía, se consideraron de mayor refinamiento y fiabilidad.

Aunque se ha formulado un total de más de 190 anotaciones latinoamericanas a la nosología del Capítulo V (F) de la CIE-10, en general, las descripciones clínicas y la organización taxonómica del sistema de la OMS. Se ha considerado adecuado para la práctica clínica, la investigación y la enseñanza de la psiquiatría y especialidades aliadas en la región. En consecuencia, muchas de estas anotaciones parecen aplicables universalmente y pueden constituir una contribución de la psiquiatría latinoamericana al progresivo desarrollo de los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales. Tal es el caso de la reorganización del texto en F1, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, lo que ha permitido una mayor congruencia entre el índice general de esta categoría y las descripciones de cada trastorno inducido por las drogas específicas.

C.1 Clasificación de trastornos mentales en la GLADP

- Utilización de un sistema alfanumérico (ver Uso de la Guía) que permitió aumentar a 100 el número de categorías de 3 dígitos.
- El establecimiento de pautas diagnósticas, o sea de criterios estandarizados, que deben ser satisfechos para poder formular los diagnósticos pertinentes. En la CIE-10 para uso clínico se aclara que estas "pautas para el diagnóstico" deben ser manejadas con cierto grado de flexibilidad por el clínico (sobre todo en lo que a la duración de las manifestaciones sintomáticas se refiere). En la GLADP, se va un poco más allá (ver Uso de la Guía), dando al criterio del clínico el papel rector en el proceso diagnóstico. El clínico puede formular un diagnóstico, aún cuando el caso clínico no satisfaga los requerimientos exigidos por las pautas del sistema; aunque, cuando así ocurra, debe aclarar mediante el uso de las siglas D.N.P. (Diagnóstico No Pautado), que el diagnóstico formulado no satisface los requerimientos exigidos por la GLADP. Se recomienda, además que tal opción se reserve para clínicos de mucha experiencia y que no se abuse de ella

- La "familia" de las versiones de la OMS. para esta 10ª revisión del capítulo V de la CIE consta de varios manuales, con propósitos específicos. Así, existe una versión para uso clínico, otra para investigaciones (CDI-10) y un sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos, además de una versión simplificada para asistencia primaria. La GLADP, sin embargo, es un manual que puede ser empleado para los usos arriba indicados, excepto para la atención primaria.
- La agrupación de los trastornos mentales en dos grandes categorías (psicosis y neurosis) según su nivel de funcionamiento, usada en la CIE-9, no ha sido mantenida en la CIE-10. En esta última, el ordenamiento se hace con base en el tema principal común o la semejanza diagnóstica, excepto para las categorías F00-F09 (trastornos orgánicos) y F10-F19 (trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas). No obstante, el término "psicótico" es utilizado para indicar la presencia de dicho nivel de funcionamiento con base en la presencia de delusiones, alucinaciones, gran excitación o hiperactividad, manifestaciones catatónicas y aislamiento social grave y prolongado (no debido a depresión o ansiedad). De modo similar, en la CIE-10 el término "neurótico" se usa ocasionalmente y para el encabezamiento de la categoría F40, sin que se le defina en ningún sentido, con lo que los términos neurosis y neurótico pierden su connotación, tanto como definidores de un nivel específico de funcionamiento (el segundo) como de categoría agrupadora de ciertas afecciones mentales con características comunes (las neurosis). En la GLADP se ha propuesto fórmulas de consenso, para preservar el concepto neurosis sin contradecir el enfoque de la CIE-10. Ver frase calificativa "con desarrollo neurótico".
- El manual de la OMS utiliza ampliamente el término trastorno, debido a que su ambigüedad tolera la inclusión de múltiples cuadros clínicos, independientemente de sus causas y sin hacer alusión al carácter morboso o no de esas "desviaciones".
- La palabra "delirio", ha sido excluida de la CIE-10, pues se ha utilizado, tanto para referirse al cuadro orgánico (confusional) también conocido por "delirium", como para hacer alusión al trastorno del pensamiento caracterizado por ideas delirantes. Si bien, esta situación puede salvarse reservando el vocablo "delirio" para el segundo caso, no hay manera de usar de forma inequívoca su adjetivo "delirante" (también excluido de la CIE-10, donde se utiliza en su lugar "ideas delirantes"). Sin embargo los términos delirio y delirante son usados en el

manual oficial de la OMS. La GLADP utiliza los términos “delusiones”, “delusivos” e “ideas delusivas” en reemplazo de “delirios”, “delirantes” e “ideas delirantes” (H. Delgado, 1958), y mantiene el uso propuesto por la CIE-10 para el término “delirium”.

- Términos como dislexia y autismo, no son utilizados en la CIE-10 por las diferentes connotaciones con que han sido empleadas.
- El uso de diagnósticos psiquiátricos múltiples (cuando sea pertinente) es aconsejado por la OMS, así como el registro, además, de aquellos con base somática, correspondientes a otros capítulos de la CIE.
- La CIE-10 tiene un enfoque básicamente descriptivo, evitando, en lo posible, toda referencia (o influencia) a las distintas escuelas psicológicas y presuntas bases etiológicas en las descripciones, pautas diagnósticas y ordenamiento de los trastornos mentales.
- Los cambios introducidos en cada una de las diez grandes categorías de tres dígitos contenidas en la CIE-10, son explicados en las anotaciones correspondientes a cada una de ellas.
- Aquellos síndromes propios de determinadas culturas ("síndromes culturales"), serán clasificados dentro de la CIE-10 según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad, depresivos, de adaptaciones, etc.), señalando además el "trastorno cultural" específico de que se trata. Los síndromes culturales más importantes para la región latinoamericana son descritos en detalle en la Sección correspondiente de la GLADP.

2.4 Psicoterapia

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

Es un tratamiento de desordenes o desequilibrios psicológicos empleando una técnica profesional, como el psicoanálisis, la terapia de grupo, o terapia del comportamiento. La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de

manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

La terapia o psicoterapia es un proceso de aprendizaje y reaprendizaje sobre aspectos intelectuales, sexuales, físicos y emocionales. Mediante el análisis, la reflexión y los "rituales o tareas" se pretenden una recuperación del significado y el goce de vivir.

A través de lo cotidiano, de lo rutinario perdemos el placer de vivir, no apreciamos aquello que tenemos pues pareciera que es para siempre hay un proverbio chino que dice "nada es para siempre" ni lo bueno, ni lo malo, ya que la vida pasa, todo se acaba, todo termina.

Sin embargo, nos da miedo cambiar y nos aferramos a situaciones pasadas o a "máscaras" de nuestra personalidad que en algún momento nos funcionaron pero que ahora resultan acartonadas, todo eso produce un profundo sufrimiento.

2.4.1 La relación terapéutica

Se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el terapeuta posea tres competencias relacionales (Rogers, 1951): Aceptación, Empatía y Autenticidad. Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática

Interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto.

Para detectar esas percepciones es útil utilizar preguntas de feedback dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación (p.e "¿Qué piensas y sientes sobre mi forma de relacionarme contigo? ¿Qué piensas que siento sobre ti?"). La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace este.

La psicoterapia cognitiva considera que hay 3 factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada.

a) La confianza básica

Trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como seguro y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites, etc.) a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente.

b) El rapport

Se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente si le parecen si le parece poco razonable o inadecuada.

También el terapeuta se pone en la misma "onda" del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del feedback). El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo.

c) La colaboración terapéutica

El terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación (empirismo colaborativo).

Se explican al paciente las tareas a desarrollar (p.e mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso. En la fase de socialización terapéutica se inicia esta actividad

1. Las relaciones terapéuticas son unilaterales debido a que se centran en el cliente. La relación sólo tiene una parte porque los problemas y cuestiones a los que se enfrenta el cliente son importantes, mientras que los problemas y cuestiones del terapeuta no se discuten. La interacción entre terapeuta y cliente está dirigida a ayudar al cliente a resolver ciertos problemas y a alcanzar ciertas metas.
2. Las relaciones terapéuticas son formales, dado que la interacción está confinada a tiempos y lugares concretos. La relación terapéutica está restringida a ayudar a los clientes a alcanzar sus objetivos. El terapeuta no tiene otros roles, obligaciones o responsabilidades que aquellas definidas en el contrato terapéutico.
3. Las relaciones terapéuticas están limitadas en el tiempo. La relación termina cuando se alcanzan los objetivos y metas inicialmente acordadas.
4. La relación terapéutica proporciona más que apoyo; también ofrece a los clientes la oportunidad de asumir riesgos y generalizar lo que han aprendido en la terapia al mundo exterior. Las relaciones terapéuticas son procesos dirigidos y centrados en el aquí y ahora. Schofield (1964) en su libro *Psychotherapy: the purchase of friendship*, advierte a los terapeutas contra el peligro de caer en el rol de “amigos de alquiler”. Schofield considera que los terapeutas deben enseñar a los clientes cómo conseguir la amistad en su vida exterior de manera que no desarrollen la creencia errónea de que “sólo un terapeuta podría quererme”.
5. La respuesta de contenido se centra en el significado literal de las palabras. La respuesta de proceso no se fija en las palabras del cliente sino en el mensaje que éste está comunicando

Ejemplo: un cliente que está discutiendo sus dificultades maritales pregunta al terapeuta si éste está casado.

2.4.2 Proceso terapéutico

El proceso terapéutico hace referencia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento Psicológico y que abarca desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento.

Desde el punto de vista de distintos terapeutas el proceso terapeuta pasa por diferentes fases:

1ª. Alude al establecimiento de una relación terapeuta.

Establece un buen raptor psicológico.

2ª. Fase. La evaluación conductual

Consiste en recopilación de datos lo más exhaustiva posible, haciendo referencia a las distintas áreas de la vida del paciente como las relaciones familiares, relaciones sociales, aspectos laborales y ocupacionales, relaciones de pareja y sexualidad.

Aspectos fisiológicos (tipos de enfermedades)

Hacer una buena entrevista es indispensable para determinar los objetivos, áreas de intervención.

3ª. Hipótesis explicativa.

Se enmarcan los resultados del análisis conductual en un esquema teórico, se formula una explicación del problema, se plantea cual ha podido ser el origen del mismo y que ocasiona que el problema se mantenga.

Seleccionamos las áreas de intervención o las conductas a modificar.

Una vez aplicada las técnicas y ya recuperado el paciente se valoran los resultados y se establece un seguimiento del paciente.

Cautela y Upper dividen el proceso terapéutico en.

- Comienzo de la relación
- Análisis conductual y diagnóstico
- Elección terapéutica
- Evaluación de la eficacia del tratamiento
- Modificación de la estrategia terapéutica
- Decisión de terminar la terapia

En esta 1ª, entrevista, el terapeuta deberá tener la suficiente habilidad para

obtener la mayor cantidad de información trascendente para evaluar diagnosticar y utilizar el más breve tiempo posible. Crear y mantener una buena relación de trabajo con el paciente de estos componentes resulta fundamental conseguir los datos básicos y establecer rapport.

Una vez concluida la primera entrevista de aproximadamente una hora de duración debemos:

- a) haber obtenido información básica del paciente
- b) haber establecido las bases para una buena relación de trabajo

La información reunida ha de ser comprensiva y se hade extraer desde perspectivas diferentes como son: conductual, social, médica, entre otras.

En otras palabras la información incluirá datos biográficos, familiares, de salud mental y física, así como de un nivel conductual y de pensamiento.

Variables y cualidades del paciente.

- La edad
- Sexo del paciente

- Estado civil
- Nivel intelectual

Variables y características del terapeuta.

- Aceptación

Esta característica alude al respeto a la preocupación y al interés que el terapeuta muestra por el paciente, lo cual es importante que el paciente perciba.

Al prestarle atención al paciente el terapeuta le está transmitiendo su aceptación. Además esta se expresa entre otros rasgos a través de sus gestos, su tono de voz y sus expresiones verbales

- Empatía

Alude a la capacidad para comprender los sentimientos del otro. La empatía o comprensión empática favorece una buena relación terapéutica-paciente así como

- Lugar de tratamiento.

La efectividad del tratamiento no dependerá de la habitación.

El requisito esencial del lugar sería que fuese cómodo y privado

2.4.3 Modelos de la psicoterapia

Los principales disidentes del psicoanálisis freudiano (Adler y Jung) habían formado parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos psicológicos y psicoterapéuticos. Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación, proponiendo un método terapéutico más directivo centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales y es el fundador de las primeras clínicas de trabajo psicológico con problemas infantiles. Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobre todo en las religiones.

A. Modelo fenomenológico

En los modelos de la psicología clínica se considera que la conducta humana está

Principalmente bajo la influencia de:

- 1) los instintos y los conflictos intrapsíquicos
- 2) el ambiente físico y social
- 3) una tercera opción conocida como el modelo fenomenológico o cognitivo, afirma que la conducta de cada ser humano en cualquier momento está determinada principalmente por la percepción del mundo que tenga el individuo, supone que cada persona es única, que la perspectiva de la realidad de cada persona es un poco diferente a la de los demás y que la conducta de cada persona refleja esa perspectiva (cambiante) conforme se da un momento a otro.

La mayoría de las versiones del modelo fenomenológico comparten los siguientes puntos

1.) A los seres humanos no se les considera ni como “portadores” de estructuras psíquicas o impulsos ni “receptores” de reforzamiento sino como personas activas, pensantes que son responsables de manera individual por las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento.

2.) A pesar de que el modelo fenomenológico reconoce la existencia de las necesidades biológicas, les resta importancia como determinantes de la conducta y su desarrollo. En lugar de esto, supone que cada persona nace con una potencia para el desarrollo y que ésta proporciona el motor de la conducta.

3.) otra implicación importante de la perspectiva fenomenológica es que nadie puede comprender verdaderamente a otra persona a menos que hubiese percibido el mundo a través de sus ojos. De acuerdo con esta noción, el modelo fenomenológico (como el modelo del aprendizaje social) rechaza el concepto de enfermedad.

4.) En el trabajo clínico, a las personas no se les puede tratar como objetos que representan procesos psicológicos, son seres humanos y nuestros semejantes.

La “escuela Gestal” en oposición al estructuralismo de Wundt, estos autores afirmaron que la mente es algo más que la suma de sus partes y que, con respecto a la percepción, el individuo es un participante activo, y no tan solo una estación pasiva de recepción. Para apoyar su punto de vista, los gestalistas señalaron que hay muchos casos en que la percepción subjetiva de una persona trasciende los estímulos que “objetivamente” están presentes, y muchas situaciones en que un mismo objeto se puede interpretar de diferentes formas.

Como otros fenomenólogos, Roger también supone que las personas poseen una motivación o tendencia innata hacia el crecimiento, a la que denomina autorrealización. Se considera que esta motivación es suficiente como para explicar la aparición de toda conducta humana, desde la búsqueda de alimentación básica hasta los actos más sublimes de creatividad artística. La autorrealización se define como “la tendencia directiva que es evidente en toda la vida orgánica y humana la propensión a desarrollarse a extenderse, a expandirse, a madurar, la disposición a expresar y activar todas las capacidades del organismo.

Rogers por lo consiguiente considera que toda conducta humana, tanto la problemática como la no problemática, refleja los esfuerzos del individuo para lograr la autorrealización en un mundo en que él percibe de una manera única. Estos esfuerzos comienzan desde el nacimiento y continúan a través de toda la vida; algunas veces no encuentran obstáculos y logran el éxito, pero también pueden ser frustrados y producir resultados problemáticos.

Según Rogers todas las experiencias de una persona, inclusive la experiencia del “sí mismo”, se someten a una evaluación y se valoran como experiencias con la tendencia de autorrealización.

De acuerdo con Rogers, las personas valoran tanto la estimación que obtienen de las otras personas que a menudo buscan lograrla aun cuando la experiencia orgásmica y el motivo de autorrealización esta tendencia se fomenta a través de lo que Rogers denomina las condiciones de valor.

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

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

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

B. Modelo psicodinámico

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentra en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo XIX, pero se ha ampliado tanto que incluye ideas de los pensadores que han revisado los conceptos de Freud e incluso aquéllos que las han rechazado. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones:

1.- la conducta humana y su desarrollo se determinan principalmente mediante hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente (es decir intrapsíquico)

2.- los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean problemáticas o no. Por lo tanto, así como la ansiedad que incapacita o los delirios de persecución de un paciente perturbado se adjudicarían a conflictos no resueltos o necesidades no satisfechas. La conducta extrovertida y amistosa de un conocido en contraste podría verse como ocasionada a partir de los sentimientos internos de temor o minusvalía o de un deseo latente de lograr más popularidad que un hermano.

3.- los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Debido a la participación fundamental y potencial. Relacionadas con las necesidades básicas.

4.- la evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían de dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica la cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

C. Modelo conductual

La extensión de los modelos conductistas al campo de la clínica y la psicoterapia viene marcado por varios hechos históricos. Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comienzan a ejercer sus funciones como seleccionadores de personal y como ayuda de los psiquiatras en tareas de diagnóstico. Después de este conflicto se dedicaron al cuidado de los veteranos de la guerra en instituciones públicas. En 1949 se desarrolla la conferencia Boulder, donde se define el papel del psicólogo clínico. Socialmente, la profesión del psicólogo clínico se va consolidando y lleva de la mano una nueva forma de abordar los trastornos mentales. Por un lado se comienza a cuestionar el diagnóstico basado en clasificaciones particulares (fiabilidad baja, efecto de "marca" negativa de la etiqueta, circularidad explicativa y poca relación con la etiología) y por otro la relación de estos diagnósticos con su tratamiento (escasa relación entre el tipo de trastorno y el tipo de tratamiento).

A partir de 1950 surgen tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta: En Inglaterra H. J. Eysenck (1952) publica su acido artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis (entiéndase terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofármacos). Este autor siguiendo la tradición de Pablo basa su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. Desde Surafrica, Wolpe (1958) desarrolla 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. El tercer foco deriva de 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.

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

Algunos autores destacan como su último desarrollo las llamadas terapias cognitivas. Para otros autores (p.e Beck) las terapias cognitivas se basan en un modelo del hombre y la terapia distinto al mantenido en la terapia de conducta más tradicional. Sin embargo en la terapia cognitiva se

utiliza con profusión las técnicas conductuales como procedimiento de cambio de significados cognitivos. Nosotros trataremos estas terapias en otro punto por tener algunas características distintivas a estos modelos conductuales.

Los postulados básicos del modelo conductual (Kazdin, 1975; Skinner, 1975) son:

1. La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma "superficial" de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.

2. La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.

3. La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta.

4. La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.

a.) El estudio del "sujeto conductual" consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.

b.) El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como se suele malinterpretar, sino más bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta (Skinner, 1974).

c.) La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en

función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingencia les actuales.

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

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que podemos agrupar en los cinco siguientes(Grimm y Cunningham,1988): (1º) La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta(salvo en el caso de los conductistas cognitivos); (2º) La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos; (3º) La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por moldeamiento).

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

Los principios del condicionamiento operante han sido propuestos para explicar y modificar diversas conductas anormales como la depresión (Lewinsohn,1974), evitación o "defensas" de los trastornos neuróticos (Mowrer,1949), conducta histriónica (Ulmén y Krasner, 1969),

esquizofrenia(Ulmén y Krasner, 1975), problemas de la pareja (Lineman y Rosenthal, 1979), toxicomanías(Kepner, 1964), etc.

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

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

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

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

3.) Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos

y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Afectividad.

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

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

Los desarrollos actuales del conductismo y la terapia de conducta se mueven entre dos polaridades más o menos extremas, los que defienden los principios conductistas más radicales (Conductismo Radical de Skinner), los que combinan principios conductistas y cognitivos (Psicólogos Cognitivos-Conductuales (Beck, Ellis...)) y aquellos que se consideran ajenos al conductismo, aunque conectados históricamente al mismo (Psicólogos Cognitivos-Constructivistas como Mahoney y Guidano). Estos tres grupos a su vez suelen ser denominados en la psicoterapia como pertenecientes a la Modificación de Conducta. Aunque sus objetivos filosofías y métodos suelen ser diversos, por lo general son complementarios, al intervenir sobre distintos niveles, áreas o dominios conductuales.

D. Modelo humanista

La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano.

El pensamiento que influyó en el surgimiento de esta corriente es muy amplio y podría resumirse como el que generaron todos aquellos que se han resistido a reducir la psicología y el estudio de los seres humanos a una mera ciencia natural.

Sin embargo, se pueden sistematizar sus influencias en varios grupos principales:

D.1 Planteamientos fundamentales

Dentro de esta corriente los enfoques teóricos y terapéuticos son tan diversos que no es posible plantear un modelo teórico único. Lo que sí se puede extrapolar de estas diversas teorías y enfoques es una serie de principios y énfasis (Kalawski, citado por Bagladi):

1. Énfasis en lo único y personal de la naturaleza humana: el ser humano es considerado único e irrepetible. Tenemos la tarea de desarrollar eso único y especial que somos, así, ámbitos como el juego y la creatividad son considerados fundamentales
- 2.- Confianza en la naturaleza y búsqueda de lo natural: el ser humano es de naturaleza intrínsecamente buena y con tendencia innata a la autorrealización. La naturaleza, de la que este ser humano forma parte, expresa una sabiduría mayor. Por lo tanto, como seres humanos debemos confiar en la forma en que las cosas ocurren, evitando controlarnos o controlar nuestro entorno.
- 3.- Concepto de conciencia ampliado: la conciencia que tenemos de nosotros mismos y la forma en que nos identificamos con nuestro yo o ego, es uno de los varios estados y niveles de conciencia a los que podemos llegar, pero no es el único.
- 4.- Trascendencia del Ego y direccionamiento hacia la Totalidad que somos: la tendencia en el curso de nuestra autorrealización es ir alcanzando cada vez niveles de conciencia más evolucionados, que se caracterizan por ser cada vez más integradores (de partes de nosotros mismos y de nuestra relación con el resto, y con la totalidad. Véase también Psicología transpersonal).

5.-Superación de la escisión mente/cuerpo: la psicología humanista parte desde un reconocimiento del cuerpo como una fuente válida de mensajes acerca de lo que somos, hacemos y sentimos, así como medio de expresión de nuestras intenciones y pensamientos. Funcionamos como un organismo total, en que mente y cuerpo son distinciones hechas sólo para facilitar la comprensión teórica.

Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento. Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow, denominó a este movimiento La Tercera Fuerza para mostrar lo que se proponía con esta corriente: integrar las formas (aparentemente opuestas) en que se expresaba el quehacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).

E. Modelo sistémico

El modelo sistémico es un enfoque psicoterapéutico que se aplica a trastornos y enfermedades de tipo psíquico debidos a una alteración en la interacción, estilos relacionales y patrones comunicacionales de la familia vista como un todo.

El modelo Sistémico comprende al individuo en su contexto y expresa que la relación entre las personas y su entorno está sujeta a una dinámica circular de influencias recíprocas.

El contexto más significativo es la familia, la cual se entiende como un sistema. Así, las disfunciones de los individuos se consideran en conexión con los comportamientos y las expectativas de otros miembros del sistema en el cual evolucionan y se mantienen.

Este enfoque terapéutico es una modalidad de Intervención que tiene en cuenta e interviene en el contexto donde aparecen los conflictos.

Su práctica abarca la Psicopatología y los conflictos de relación tanto en el individuo, pareja y familia, como en las organizaciones, instituciones, empresas, en los procesos de separación y divorcio y en las dificultades propias del medio escolar, sanitario y social.

Está basado en conceptos y aplicaciones de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética, la Pragmática de la Comunicación Humana y los modelos construccionistas.

A diferencia de otras orientaciones terapéuticas, el tratamiento suele ser de corta duración por lo que también se le llama Terapia Breve.

El número total de sesiones depende de los avances obtenidos en el proceso psicoterapéutico, por lo general suelen estar alrededor de las 10 sesiones - excepto en el caso de los trastornos de alimentación que se puede prolongar hasta más del doble-.

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950?1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. En la línea anterior Ackerman estudio los problemas de los mineros y sus familias, y como el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar (Ackerman, 1937).

Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática (en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infantojuveniles en los años treinta) y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados.

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas (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.

2.4.3.1 Formas de psicoterapia

a). Psicoterapia psicoanalítica

El grupo psicoanalítico se funda en los principios del psicoanálisis, por ejemplo en las asociaciones libres, la interpretación de los sueños y el análisis de los mecanismos de defensa. El trabajo grupal se dirige a la reorganización profunda de las tendencias instintivas y sus consecuencias en la vida de los participantes. La teoría y práctica de la terapia individual se lleva a la situación de grupo. Es quizá, la forma más frecuente de terapia grupal.

En el grupo psicoanalítico, el terapeuta consigue una atmósfera que favorece la exploración verbal y la interacción. Esta interacción dentro de los integrantes del grupo ayuda a investigar las conductas, sensaciones y pensamientos, la historia de su propio desarrollo y la psicodinámica de la personalidad de los miembros del grupo. La labor del analista de grupo es conseguir tal interacción que pueda diferenciar los contenidos y su significado en la alianza personal e interpersonal.

La teoría psicoanalítica acepta a una persona como enferma. Mientras no pueda percibir la realidad y no llegue a la autodeterminación. En este caso, su yo, la percepción y la integración funciona disminuida, sus pensamientos y sentimientos están limitados debido a las fijaciones que tiene. Las causas de estas problemáticas son múltiples, y frente a ellas, el neurótico cree que su percepción del mundo es real.

La psicoterapia analítica tiene como finalidad mejorar la percepción y la adaptación real. Entonces, se trabajará sobre los mecanismos defensivos de abandono y omnipotencia. El paciente encuentra en el grupo otras personas con las cuales cualitativamente va a interactuar de un modo benéfico.

b) Psicoanálisis

Conviene hacer resaltar que el término psicoanálisis se aplica, en realidad, a tres cosas diferentes:

1) A un método de investigación mediante el cual las regiones más íntimas y ocultas del espíritu pueden ser puestas en evidencia y estudiadas. Esto puede considerarse como la disección de la mente y el estudio de su anatomía.

2) una teoría que se elabora con los resultados de ese análisis, llevado a cabo en muchos casos semejantes que se estudian comparativamente, para poner en evidencia rasgos y reacciones características en cada uno. De esta suerte se elabora una verdadera fisiología de la mente y se señalan las formas de su funcionamiento. Es la teoría psicodinámica del desarrollo de la personalidad

3) una técnica de aplicación que tiene por finalidad adoptar el método analítico conocida la estructura de la mente y su funcionamiento, al tratamiento de los desequilibrios del espíritu. Esta acción terapéutica a través del inconsciente es la que verdaderamente ha de llevar el nombre de técnica analítica o psicoanálisis

Freud como hombre de su tiempo, fue formado en las escuelas positivistas herencia inglesa y alemana completamente en boga en aquella época, permea la teoría psicoanalítica de principio a fin con conceptos más bien sacados de la física, la biología y la termodinámica. La hermenéutica le viene por la línea de los clásicos, del romanticismo, del ambiente filosófico del siglo XIX, de sus múltiples lecturas de juventud.

c) Psicoterapia breve y de emergencia

En la actualidad, la exigencia de las problemáticas más abrumadoras que se viven han llevado a ofrecer más y mejores servicios de salud mental a la psicología, a plantear nuevas formas de intervención, breves y rápidas, con el propósito de atender una demanda poblacional que se incrementa día a día.

En determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos y trastornos mentales.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos no acostumbrados para la solución de problemas y obteniendo un resultado radicalmente positivo o negativo.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

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

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

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

a) Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.

b) Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

d) Cognitivo conductual

La psicoterapia de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica, entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer pensar y sentir, para los conductistas la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición y el afecto; para los cognitivistas el papel central se le otorga a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que “como tú piensas, tu sientes y actúas”. Finalmente para los teóricos emotivos el sentimiento es primario, y es lo más poderoso.

Se pueden considerar varios hechos que facilitan la aparición y rápida implantación de las terapias cognitivo conductuales. Primeramente la complejidad de los problemas de los pacientes, la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad más compleja.

Esto es una de las consecuencias de la adquisición del rol del psicólogo clínico como terapeuta, ampliar su campo de intervención (clínico, comunitario, salud mental, psicología de la salud, infanto-juvenil, vejez, etc.) y solicitarle a otros profesionales a distintos problemas.

En segundo lugar, la dificultad de eliminar, a pesar de la complejidad de su validación empírica, de las intervenciones clínicas, aspectos como valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos, entre otros

e) La terapia racional emotiva de Ellis

La terapia racional emotiva se basa en el esquema ABC, el cual contribuye la teoría de Ellis acerca de cómo las personas tienen trastornos. A es cualquier evento activante que, de acuerdo con las creencias B racionales o irracionales que se tengan sobre A producirá consecuencias (C) conductuales y emocionales. Las creencias, racionales o irracionales, están en la base de las consecuencias que va a percibir la persona. La terapia se va a centrar, mediante, la disputa (D), en cambiar dichas creencias irracionales.

Subyacente a lo anterior, se halla una de las ideas centrales de Ellis, muchos por no decir todos, de los problemas emocionales que las personas tienen se debe a su modo erróneo e irracional de pensar.

Ellis fue uno de los primeros en apuntar que el pensamiento, la emoción y la conducta están íntimamente interrelacionados entre sí y que el cambio en uno de ellos influye en los otros, subrayando la importancia del cambio cognitivo, de las creencias y pensamientos irracionales, como necesarios para modificar los componentes emocionales y conductuales.

Las personas irracionales más comunes que las personas tienen son las siguientes:

- 1) la idea de que uno debe de ser amado y aceptado por cualquier persona significativa y relevante de su vida.
- 2) la idea que uno tiene que ser muy competente y eficaz para poderse considerar útil y válido
- 3) la idea de que hay un cierto tipo de gente indeseable y despreciable que debería de ser severamente castigada

- 4.) la idea de que es terrible y catastrófico que las cosas no sucedan como a uno le gustan.
- 5) la idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente no tiene alguna posibilidad de controlarlas
- 6) la idea de que si algo puede llegar a ser peligroso o terrible uno debe de estar muy preocupado y deberá estar pensando de manera constante en la posibilidad de que esto ocurra.
- 7) la idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas posibilidades y dificultades en la vida

Entre las técnicas cognitivas destaca su debate filosófico, la detección de las creencias irracionales y las técnicas de persuasión verbal y dialogo socrático, como análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo, análisis y evaluación empírica, reacción incrédula del terapeuta, analogías, fantasía racional emotiva, entre otras.

Lo que se pretende en concreto es que el paciente adquiera una nueva filosofía de la vida, donde transforme sus creencias o pensamientos irracionales, que le generan el problema, por creencias y pensamientos racionales, lo que lleva en muchos casos, de modo inevitable, a una nueva filosofía de la vida fruto del cambio emocional y conductual correlativo.

f) Psicoterapia centrada en el cliente

"Cliente" pretende enfatizar un matiz semántico distinto a "paciente", ya que un cliente permanece con la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico como un agente activo, en contraposición de "paciente", como indica éste termino en su sentido literal

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

La psicoterapia centrada en el cliente es una teoría psicológica aplicada en el trabajo terapéutico con personas en busca de ayuda psicológica.

Ha sido creada por el psicólogo norteamericano y profesor de psicología Carl Rogers (1902 - 1987).

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

Cliente en oposición a paciente

Para muchos el uso del término cliente puede resultar chocante y contrario al espíritu de la psicología humanista. El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la connotación del vocablo, relacionado con la patología, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta o sanador. La contrapropuesta es que no existe tal cosa como la enfermedad mental, sino formas disfuncionales de vivir.

El solicitante de un servicio o proceso psicoterapéutico toma así el término cliente, ya que es una persona activa en la solución de su problema y, como parte de esa búsqueda activa, ha decidido iniciar este proceso psicoterapéutico.

Dentro de la relación terapéutica, cliente y psicoterapeuta tienen por tanto el mismo "*estatus*", de modo que el cliente es totalmente libre para dirigir por medio de la psicoterapia su propio camino de desarrollo personal.

g) Logoterapia

En oposición a todas las demás psicoterapias la logoterapia no se encierra en el ámbito de la neurosis, sino que lo desborda y penetra en la dimensión de los fenómenos específicamente humanos, la logoterapia asciende hasta la dimensión humana y de este modo es capaz de incluir en su instrumental los fenómenos específicamente humanos que surgen en aquella dimensión.

En cuanto a la logoterapia no se dirige al síntoma sino que lo que intenta es provocar un cambio de actitud, una modificación personal respecto del síntoma se trata de una auténtica psicoterapia personalista.

La logoterapia intenta inducir al paciente a enfrentarse, aunque sea solo decimas de segundo con lo que tanto teme, es decir a desearlo paradójicamente, o aceptarlo por anticipado.

El Dr. Viktor Emil Frankl nació en Viena, Austria el 26 de Marzo de 1905. Neuropsiquiatra y fundador de la Tercera Escuela de Psicoterapia vienesa conocida como Análisis Existencial y Logoterapia; forma de psicoterapia centrada en el sentido de la vida. Sobreviviente de cuatro campos de concentración nazis, Frank afirma que la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, aún en situaciones límite como el dolor, la enfermedad, la pérdida de un ser querido, etc.

Logos es una palabra griega que equivale a "sentido", "significado" o "propósito". La Logoterapia centra su atención en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre.

La búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una "racionalización secundaria" de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido." (Viktor E. Frankl. 'El hombre en busca de sentido')

El logoterapeuta tiene la función de ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de significados y principios. Nunca debe imponer juicios sino dejar que el paciente busque por sí mismo.

Cada uno ha de buscarlo por sí mismo en consonancia con su propia voluntad y sus valores. La tarea es única al igual que su modo de llevarla a cabo.

Para otros la vida cobra sentido a través de la realización de valores orientados hacia más allá de uno mismo (valores morales), hacia otras personas queridas, hacia el trabajo, hacia la autorrealización, factores estéticos, etc.

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

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

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 (en esto se asemeja a ciertos postulados de Sartre). Para entender la génesis de la logoterapia corresponde saber que Frankl fue prisionero en un campo de concentración. Allí, considera haber podido sobrevivir más que nada porque le supo dar un logos (en griego: sentido, significado) a su existencia. De su experiencia da cuenta en el libro *El hombre en busca de sentido*

Consta de tres partes que son fundamentales para su desarrollo:

1. La libertad de voluntad (Antropología): que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo (Pandeterminismo).
2. La voluntad de sentido (Psicoterapia): expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del "componente exterior", desvirtuando la idea del animatismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal (Psicologismo).

3. El sentido de vida (Filosofía): que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana. La Logoterapia es una percepción positiva del mundo (Reduccionismo).

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

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

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

En el *auto distanciamiento*, el "compañero existencial" -como se le llama al cliente o paciente- aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él. En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio.

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

La logoterapia se vale en alta medida del Psicodrama, una dramatización realizada por el paciente, pensando que su vida se acaba en ese preciso momento. De esta dramatización surgen planteos usualmente conocidos como "lo que cambiaría si tuviera una segunda oportunidad". Esos cambios serán puestos en práctica por el paciente para lograr alcanzar su propio "logos" o sentido de su vida.

h) Psicoterapia sistémica

Es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y una persona que acude a consultarlo, que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

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

El contacto directo y personal entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.

La calidad de “relación terapéutica” del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de privacidad o confiabilidad de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia.

Por esto, la habitación de quienes pueden ejercer la psicoterapia requiere una formación universitaria y de un proceso de entrenamiento guiado por terapeutas que cuentan con mayor tiempo, de experiencia o estudios dentro del campo respectivo.

El enfoque o la terapia Sistémica es un modelo de psicoterapia que se aplica en trastornos y enfermedades psíquicas concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones estilos relaciones y patrones comunicacionales de la familia vista como un todo.

Para su desarrollo utiliza conceptos y aplicaciones de la teoría general de los sistemas, la cibernética, la pragmática de comunicación humana y los modelos construccionistas.

El centro de su accionar se basa en interacción bidireccional de las relaciones humanas, con fenómenos de retroalimentación constantes que influyen en la conducta de los individuos, siendo el más afectado el llamado miembro sintomático que expresa la patología y al cual muchas veces se estigmatiza o rotula como por ej. de inútil, burro, enfermo. Vago, caprichoso, mala conducta, etc.

i) Terapia de familia

A causa de las similitudes que existen entre los enfoques estructurales y los estratégicos, hemos decidió entrelazar las técnicas de ambas.

Tal y como lo explicamos en la sección anterior, dentro de las terapias sistémicas de familia se hace hincapié en obtener cambios en la homeostasis familiar patológica. En el modelo estructural se desea lograr cambios sustantivos en una estructura jerárquica en donde existen triangulaciones o coaliciones entre hijos y padres que no son apropiadas. Para alcanzar esto, es indispensable que el terapeuta lleve a cabo de manera exitosa las siguientes tres acciones:

- a) se une a la familia en una posición de liderazgo
- b) se realiza un mapa de la estructura subyacente de dicha familia (coaliciones, triangulaciones, distanciamientos, enredos, fronteras,)
- c) se interviene en forma activa para transformar la estructura.

Conclusiones

1. Los modelos psicoterapéuticos dan una guía para que el terapeuta pueda aplicar, mejores técnicas con sus pacientes.
2. Los manuales de psicodiagnóstico son utilizados por los profesionales de la salud mental y sirven de guía para facilitar y estandarizar el diagnóstico de los desordenes mentales.
3. Las herramientas diagnósticas como las pruebas o test psicológicos, son procedimientos estandarizados para obtener muestras del comportamiento y escribirlos con puntuaciones o categorías.
4. La terapia racional emotiva es una de las técnicas más útiles, tanto en el abordaje psicoterapéutico de los familiares como de los pacientes.
5. El diagnóstico psicológico puede realizarse como un estudio técnico para quien lo solicite, o puede efectuarse como parte de una terapia, es el instrumento imprescindible para decidir sobre el tipo de tratamiento idóneo para el caso.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

El siguiente capítulo contiene la información para poder conocer, las actividades que se planificaron y se realizaron durante la Práctica Profesional Dirigida, del último año de la carrera de Psicología y Consejería Social, dicha práctica profesional dirigida es requisito para culminar la carrera Universitaria.

En el presente capítulo se dan los instrumentos que se utilizaron para poder realizar la práctica profesional dirigida, entre ellos la programación, planificación, y cronogramas de trabajo.

3.1. Programa de práctica profesional dirigida

I. Propósito del curso

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

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

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

II. Competencias a fortalecer

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

III. Indicadores de logro

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

IV. Contenido temático del curso

1. Planificación de programas de aplicación de la Psicología.
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico.
3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico.
4. Detección y atención de casos.
5. Capacitación en salud mental.
6. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala.

7. Atención a comunidades de riesgo.
8. Detección de situaciones de resiliencia.
9. Creación de programas y proyectos.

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

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

- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución

VI. Cronograma de actividades Formas / Técnicas / Procedimientos de Evaluación

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

El curso se aprueba con 70 puntos.

VII. Cronograma de Práctica Profesional Dirigida

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
29 y 5-02	<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos 	Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos
12 y 19-26 y 5-	<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
12 y 19 03	Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico	Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de Marzo Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades	Entrega y revisión Valor 5 puntos
		Investigación de problemática Principal atendida en el centro de Práctica	Entrega y revisión Valor 5 puntos

Continuación.....I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabaj os
26 y 9-	Referente metodológico	Elaboración de Referente metodológico	Entrega y revisión Valor 5 puntos
Mes de marzo	Detección y atención de casos en centro de práctica	Actividades de rapport e inicio de detección de casos/dinámicas, juegos, Entrevistas, etc. Discusión de casos	Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos 2 casos)
16 y 3-04	Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios	Entrega y revisión Valor 5 puntos
30-4 y 14 y 21- 05	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 da mes

II. FASE DEL 28 de mayo al 21 de agosto

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega De Trabajos
28 -05 4-06 11 y - 06	Supervisión Actividades primer grupo Supervisión actividades segundo grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro Práctica. Valor 10 puntos
Meses junio y julio	Atención de casos individuales ,familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ lleva caso principal al aula	Presentación de 5 Historias Clínicas. Valor 5 puntos Participación
2 y 9-	Aplicación de técnicas de Intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega dtema.Valor5 puntos
16, 23- 30-07	Psicopatología encontradas durante la práctica	Investigación	Investigación Sobre tema de Psicopatología. Valor 5 puntos
6 y 13- 08	Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos
20 y 27- 08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

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

3.2 Planificación de Práctica Profesional Dirigida



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Ciclo 2,010
Mes de marzo

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Descubrir las necesidades y fortalezas del centro de práctica	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar el diagnóstico institucional del centro de práctica - Observar la problemática institucional del centro de práctica -Entrevistas con el personal administrativo y laboral del centro de práctica 	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Internet Recurso humano Material didáctico 	Obtiene la información oral y escrita requerida, para poder realizar una labor efectiva
Servir en las necesidades que se presenten en el centro de práctica.	-Atender los casos que se presenten dentro del centro de práctica.	<ul style="list-style-type: none"> Material didáctico Cuaderno Lapicero ,lápiz Cuestionario de entrevistas 	Reciben la ayuda psicológica para resolver problemas

Rosa Virginia Martínez
Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de abril

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Entregar la metodología del trabajo al centro de práctica.	-Entregar por escrito las actividades que se realizaran en la institución -Tener entrevistas con los encargados de la institución para mejorar el trabajo en el centro de práctica	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel boom	Se atienden las inquietudes de las autoridades de la institución y existe satisfacción de las mismas por la atención dada.
Dar a conocer los casos atendidos en el centro de práctica	-Realizar entrevistas -Aplicación de Tests	Hojas de papel bond Cuaderno Lapicero ,lápiz	Se elabora informe y se analiza el mismo.

Rosa Virginia Martínez
Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
 Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
 Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
 Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de mayo del 2,010

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Informar sobre los casos atendidos y la evolución que se ha obtenido de cada uno de ellos	-Elaboración de historias clínicas. -Aplicación de Test Psicológicos	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel bond lápiz	Las personas encargadas del centro de práctica manifiestan su satisfacción por los casos atendidos.
Descubrir nuevas necesidades en el centro de práctica.	-Realizar entrevistas -Aplicación de Test -Programar citas para atender casos nuevos.	Hojas de papel bond Cuaderno Lapicero, lápiz Cuestionario de entrevistas	Las Personas reciben orientación psicológica y de esta manera aprenden a resolver sus problemas.

Rosa Virginia Martínez
 Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
 Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
 Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
 Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
 Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de junio

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Brindar seguimiento de atención a los casos atendidos en el centro de práctica	-Elaboración de historias clínicas. -Aplicación de técnicas de Psicoterapia -Entrevista clínicas	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel boom Lápiz	Las personas que reciben orientación psicológica manifiestan de manera oral los avances que han obtenido recibiendo psicoterapia
Compartir Charlas de autoestima, inteligencia emocional, en el centro de práctica	-Actividad interpersonal con los participantes de las charlas -Atender a los pacientes que lo requieran programando citas con cada uno de ellos.	Hojas de papel bond Cuaderno Lapicero, lápiz Cuestionario de entrevistas Computadora Cañonera Bocinas	Las personas manifiestan interés en los temas de orientación psicológica.

Rosa Virginia Martínez
 Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
 Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
 Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
 Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
 Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de Julio

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Brindar información sobre los avances de los casos atendidos a las autoridades correspondientes del centro de práctica.	-Elaboración de historias clínicas. -Aplicación de técnicas de Psicoterapia -Entrevista clínicas -Discusión de casos	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel boom Lápiz Cuaderno	Las autoridades del centro de práctica reciben información sobre los avances de los casos atendidos
Compartir charlas de orientación dentro del centro de práctica.	-Actividad interpersonal con los participantes de las charlas de orientación.	Hojas de papel boom Cuaderno Lapicero ,lápiz Cuestionario de entrevista	Las personas manifiestan interés en los temas de orientación psicológica.

Rosa Virginia Martínez
 Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
 Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
 Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
 Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
 Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de agosto

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Dar seguimiento a los casos atendidos en el centro de práctica	-Entrevistas con los pacientes -Elaboración de historias clínicas. -Aplicación de técnicas de Psicoterapia	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel boom Lápiz Cuaderno	Se comparten los avances que se han obtenido con los pacientes y se discuten dentro del aula.
Compartir charlas con el personal del centro de práctica	-Actividad interpersonal con los participantes de las charlas de orientación. -Compartir una refacción en el centro de práctica para los participantes dentro de la actividad.	Hojas de papel boom Cuaderno Lapicero ,lápiz Cuestionario de entrevistas Computadora Cañonera Bocinas	Los participantes comparten sus impresiones sobre el tema y hablan sobre la ayuda que reciben para resolver sus inquietudes relacionadas con la institución

Rosa Virginia Martínez
 Alumna practicante
 3.4 Subprogramas

Licda. Sonia Pappa
 Coordinadora de práctica

A .Programa de atención de casos

Introducción

El Programa de atención que se brinda a los pacientes consiste en tratamientos terapéuticos especializados dirigidos a cada uno de ellos. La asistencia psicológica es prestada con formación y experiencia clínica.

Pueden ser beneficiarias todas aquellas personas que necesiten atención psicológica, con la finalidad de establecer un diagnóstico inicial donde se identifique el problema que el paciente presenta. Las personas serán tratadas de acuerdo a su necesidad.

El tiempo de consulta para los pacientes es de aproximadamente 35 a 40 minutos en donde se da el tratamiento adecuado de acuerdo al problema que presenta.

Objetivos

a) Objetivo general

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

b) Objetivos específicos

Que los pacientes diabéticos estén en la capacidad de

- Valorarse como personas creadas a la imagen de Dios
- Valorar su cuerpo cuidándolo de no ingerir alimentos dañinos para su salud
- Tomar decisiones correctas para cuidar correctamente su salud

c.) Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Presentación de las alumnas practicantes por medio de títeres
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de títeres
- Charlas vivenciales
- Consejería individual
- Terapia cognitivo-conductual
- Terapia de apoyo
- Terapia de relajación
- Terapia de autocontrol

d.) Recursos

- Títeres
- Carteles
- Sillas
- Equipo de sonido
- Maskin tape
- Escenario para títeres
- Laptop
- cañonera

e.) Cronograma de actividades Charla autoestima

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Yo tenía un tic	10 minutos
Introducción del tema con una presentación con diapositiva	El cuidado de su cuerpo	10 minutos
Desarrollo del tema	Autoestima del diabético	20 minutos
Conclusión del tema	Como pueden aplicar el contenido del tema para sus vidas	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca de la sexualidad	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos
Refacción	Servir la refacción	15 minutos

B. Programa de Capacitación

Introducción

El programa de capacitación consiste en el desarrollo de talleres y charlas los cuales poseen como propósito fundamental contribuir al estudio, reflexión y capacitación de temas como principales enfermedades que afectan emocionalmente al individuo

Con la finalidad de brindar asesoramiento o asistencia psicológica a todos aquellos que necesiten apoyo, a través de charlas o talleres.

a) Objetivos generales

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

b) Objetivos específicos

- Conocer la demanda de problemas psicológicos que acuden al centro de práctica.
- Desarrollar programas de seguimiento para las patologías graves con el objetivo de derivarlas a salud mental.
- Desarrollar protocolos de detección-intervención y materiales específicos para atender la demanda de problemas psicológicos en atención primaria.

c) Actividades

- Charlas
- Dinámicas de autoconocimiento

- Dinámicas rompehielos
- Comunicación asertiva y afectiva

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha	Horas de horas
Primer contacto con las autoridades, presentación y conocer las instalaciones del centro de practica	Del 5 al 19 de marzo 2010	15 horas
Diagnostico Institucional	Del 22 al 26 de marzo	12 horas
Inicio de atención	Del 29 de marzo al 2 de abril 2010	15 horas
Atención de casos y seguimiento Participación en reunión de Equipo Técnico	Del 5 al 9 de abril	15 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 12 de abril al al 5 de julio 2010	141 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 12 de julio al 2 de agosto	48 horas
Atención y seguimiento de casos Participación en reunión de equipo técnico	Del 02 de agosto al 27 de agosto	48 horas
Total de horas de practica		294

C. Programa de elaboración de proyectos de salud mental

Introducción

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

Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza. Sin embargo, en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo.

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

Objetivos

General

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

- Específicos

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

- Actividades

- Analizar objetivamente la dimensión del evento catastrófico, y su impacto tanto en la sociedad como para la persona individual.
- Analizar las posibles soluciones, y la forma de ayuda psicológica que se pueda brindar.
- Realizar un adecuado contacto psicológico con el grupo y/o con la persona.

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

f) Cronograma de trabajo proyecto de salud mental

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

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante el ejercicio de la Práctica Profesional Dirigida.

En este capítulo se dan a conocer los logros y metas alcanzadas en la atención psicológica dada a la población.

4.1 Programa de atención de casos

4.1 Logros

- Se les brindó ayuda psicológica a las personas que realmente la necesitaban y que son de escasos recursos
- Se prestó servicio a la institución de una manera responsable ya que las practicantes se quedaron sin la psicóloga del hospital por unos dos meses y se cumplió a cabalidad con lo que el hospital necesitaba.

4.1.2 Limitaciones

- No se cuenta con mucha privacidad ya que solo hay una clínica muy pequeña y los practicantes sufren de incomodidad por no haber suficiente privacidad.
- No se tiene mucho acceso a las autoridades. Hubo poca supervisión de parte de las autoridades del hospital por lo menos en los primeros meses.

4.1.3 Conclusiones

- a) La práctica en el Hospital Nacional de Chimaltenango fue una experiencia muy enriquecedora e impactante ya que realmente si se aprende, pues las personas buscan la ayuda psicológica y por otro lado los profesionales del hospital (médicos) remiten a los pacientes.

- b) El Hospital es un centro de práctica ideal para todo alumno practicante de psicología ya que si se ejerce la labor psicológica y esto es un gran beneficio para los alumnos estudiantes de psicología.

4.1.4 Recomendaciones

- a) Es importante que se envíen practicantes a las Instituciones como el Hospital Nacional, ya que es una institución donde hay oportunidad de servir a las personas necesitadas que asisten para recibir atención psicológica.

- b) La orientación que la Universidad Panamericana les brinde a sus estudiantes que realizan la práctica será valiosa para que los responsables de la institución puedan comprender la seriedad y el compromiso de la Universidad por sus alumnos y por la institución a la cual sirven.

- c) Que se les informe a los alumnos desde el inicio de cuarto año sobre la práctica de quinto para que ellos busquen su centro de práctica con anticipación, para que pueda ser una práctica clínica donde ejercite su trabajo psicológico.

Cronograma de actividades

No. De casos atendidos	Técnicas utilizadas	Problemas principales	Logros esperados
5 hombre 15 mujeres 5 adolescentes 6 niños En total 31 Casos atendidos	Entrevistas Terapia breve y de emergencia Logoterapia Terapia grupal Ludo terapia	Depresión, ansiedad Violencia intra intrafamiliar Trastornos psicosomáticos Problemas conductuales Abuso sexual	Que las personas asistan y reciban el apoyo y la orientación adecuada para mejorar la calidad de vida.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos

Caso No. 1

1. Datos generales

Nombre:	M.C.R.J.
Edad:	50 años
Sexo	Femenino
Dirección:	Villas del Pedregal Parramos
Ocupación:	ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	San Miguel Pochuta 17 de enero 1,960
Escolaridad:	3er. Grado primaria
Religión:	Católica
Evaluador:	Rosa Virginia Martínez Sanabria.
Fecha:	25 de abril de 2,010

2. Motivo de consulta

Problemas de pareja, recibe mal trato verbal y físico de su esposo.

3. Síntomas

- Enumeración de los síntomas
- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta tristeza, desesperanza.
- Nivel conductual: muestra interés por mejorar.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: presenta problemas psicósomáticos.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

No existe comunicación entre la pareja debido a los constantes problemas que se viven

dentro del hogar, el esposo es agresivo en sus palabras y en sus relaciones con los miembros de su familia, vive alterado les grita . Presenta problemas laborales, su conducta dentro de la empresa le ha causado problemas con sus compañeros de trabajo.

4.1 Familia: constantemente recibe reproches y amenaza por parte de su pareja, ha adoptado un papel de víctima y no puede defenderse para no afectar a sus hijos

4.2 Relaciones sociales: ella dice que sí tiene buenas relaciones interpersonales y asiste a un grupo religioso donde ha encontrado apoyo y amigas.

5. Atribución sobre los problemas: falta de comprensión de parte del esposo falta de comunicación, celos de parte de él.

4.2 Historia del problema: ella manifiesta que su esposo ha sido desconsiderado y de malas relaciones con su familia, ha tenido problemas debido a su carácter en el trabajo y en su hogar, se ha mostrado desconsiderado con su esposa, en el área económica no ha sido una persona generosa, su forma de comunicarse es a través de los gritos y no está dispuesto a entablar dialogo con su familia

6. Historia familiar

Desde el pasado es decir desde recién casada con su esposo, ella lo conoció como una persona violenta, en la actualidad ella ha presentado su problema al juzgado familiar y él está bajo condiciones en la casa de su hija, ya que la casa que habitan pertenece a su hija mayor, por lo que han hablado con él, que si no cambia, él debe abandonar la casa, incluso han pensado irse la paciente y sus hijos, debido a que él no sale de la casa. Pero a la paciente le crea inseguridad, irse pues considera que después él puede llevar otra pareja a la casa y será peor el problema.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Sin diagnóstico
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Enfermedades del sistema nervioso
Eje IV	problema relativo al grupo primario de apoyo, problema de vivienda y problemas económicos
Eje V	Escala de Evaluación de Actividad Global = 70/61 Síntomas leves de humor, depresión, algunas dificultades en las actividades sociales y laborales.

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica

9. Tratamiento

Terapia racional emotiva

Terapia cognitivo conductual

Terapia de apoyo

Terapia de relajación

Terapia de pareja

Caso No. 2

1. Datos generales

Nombre:	C.M.C.B
Edad:	19 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	Patzun
Ocupación:	Secretaria Comercial
Lugar y fecha de nacimiento:	Patzun Chimaltenango 6 de febrero 1,991
Escolaridad:	Secretaria Comercial
Religión:	Católica
Evaluador:	Rosa Virginia Martínez Sanabria.
Fecha:	25 de mayo del 2,010

2. Motivo de consulta

La paciente manifiesta una conducta obsesiva compulsiva, constantemente tiene pensamientos repetitivos y conductas donde realiza rituales, todo esto está relacionado con la limpieza y con el arreglo personal, dice haber sido abusada sexualmente cuando era niña

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración
- Nivel afectivo: temor e inseguridad
- Nivel conductual: culpabilidad
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento
- Nivel físico: cansancio, sueño, desgano

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: ella comenta que las relaciones familiares son bastante buenas, pero que su mamá ha sido bastante exigente con ella desde que era muy pequeña. El padre de la paciente ha asistido a neuróticos anónimos.

4.2 Relaciones sociales: se relaciona muy poco con su hermano menor, tiene muy pocos amigos

5. Atribución sobre los problemas: se atribuye el problema al hecho de que ella fue abusada cuando era niña por su primo que ya murió.

5.1. Historia del problema: la paciente tiene pensamientos obsesivos compulsivos de sexualidad. Cuando ella barre dice que quiere hacer la limpieza bien sino la hace bien se siente mal. Cuando no está en la iglesia ella cree que está perdiendo el tiempo.

Le afecta que sus padres cuando se molestan por alguna situación o problema que han tenido tardan demasiado tiempo enojados.

Fue alumna distinguida, se graduó el año pasado de secretaria comercial, ella se encerraba para estudiar. En la actualidad ella dice que se pelea con Dios pues tiene ropa bonita pero dice ella que no la puede usar y eso la molesta con Dios. Lo trata mal le dice malas palabras

6. Historia familiar: no tiene mucha confianza con sus padres como quisiera, probablemente la conducta de ellos como esposos, la hace alejarse de ellos.

La relación de ella con sus hermanos es bastante buena excepto con su hermano menor

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno del estado de ánimo

Eje II Trastorno obsesivo compulsivo

Eje III Sin diagnóstico

Eje IV Sin diagnóstico

Eje V Escala de Evaluación de Actividad Global = 70/61 Síntomas leves de humor, depresión, algunas dificultades en las actividades sociales y laborales.

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica

9. Tratamiento

Terapia racional emotiva

Terapia cognitivo conductual

Terapia de apoyo

Terapia de relajación

Logoterapia

Caso No. 3

1. Datos generales

Nombre:	MSRM
Edad:	14 años
Dirección:	Colonia las Victorias Chimaltenango
Ocupación:	estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	11 de mayo de 1,996
Escolaridad:	6°. Primaria
Religión:	evangélico
Evaluador:	Rosa Virginia Martínez Sanabria.
Fecha:	24 de mayo del 2,010

2. Motivo de consulta

El paciente (adolescente) tiene problemas de aprendizaje según manifiesta su padrastro dice que a él le cuestan mucho los estudios, en la actualidad ha mejorado según comentaron ambos. El padrastro dice que él es muy travieso que desarma algunas cosas de la casa.

El jovencito comento acerca de la muerte de su padre que fue en el puerto, y que existen varias versiones acerca de los comentarios de su muerte y esto le afecta para poder estudiar.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: se nota pensativo, distraído
- Nivel afectivo: desanimado, desmotivado para seguir adelante
- Nivel conductual: desea ser diferente a su familia, no quiere participar en conductas que le traerán consecuencias negativas.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: se nota con buen estado físico

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

Su padrastro toma licor, cada lunes aproximadamente el padrastro se va al puerto y regresa el viernes. Su padrastro tenía su familia en el puerto pero la abandonó por que su mamá se vino con él. Este señor era el chofer de su papá él realizaba viajes a varios países con su papá.

El jovencito comentó acerca de la muerte de su padre que fue en el puerto, y que existen varias versiones acerca de los comentarios de su muerte. Manifiesta que su hermano de 16 años y su padrastro lo molestan porque él hace trabajos con sus compañeros y que lo molestan como si el fuera afeminado. Le han dicho que es bueno que él vaya a la zona roja porque es hombre.

4.2 Relaciones sociales: al paciente le gusta relacionarse con amigos, lo único que con su padrastro y hermano no se sienten tranquilo debido a que ellos lo invitan hacer cosas incorrectas, ellos quieren que él busque chicas de su edad para tener relaciones sexuales con ellas.

Atribución sobre los problemas: falta de comprensión por parte de su hermano y padrastro.

5. Atribución sobre los problemas

A la muerte de su padre, ya que fue una muerte trágica que fue presenciada por él.

5.1 Historia del problema

Sus padres trabajaban como encargados de una iglesia evangélica y comenta el paciente que su padre se desvió del camino correcto pues se hizo amigo de un hombre que le ofreció amistad y dinero a cambio de vender droga, esto hizo que su padre se apartara de los caminos de Dios y por haberse desviado de su fe cada día estuvo más involucrado en cosas ilícitas hasta que murió por el mismo estilo de vida que tenía.

6. Historia Familiar

En la actualidad, el adolescente vive con su madre, padrastro, y hermano, después de la muerte de su papá, él paciente recibe mucho apoyo de parte de su madre, pero se siente muy presionado por su hermano y padrastro para hacer las cosas que no quiere y que él sabe que no le agradan a Dios.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia F81.2
Eje II Ninguno
Eje III Ninguno
Eje IV Ninguno
Eje V Escala de Evaluación de Actividad Global = 70/61 Síntomas leves de humor, depresión, algunas dificultades en las actividades sociales, laborales y escolares.

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica

9. Tratamiento

Terapia racional emotiva

Terapia cognitivo conductual

Terapia de apoyo

Terapia de relajación

Logoterapia

Caso No. 4

1. Datos generales

Nombre:	RBZ
Edad:	39
Dirección:	4ª. Va 2-48 zona 2 Chimaltenango
Ocupación:	ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	11 de mayo de 2,010
Escolaridad:	Ninguno
Religión:	evangélica
Evaluador:	Rosa Virginia Martínez Sanabria.
Fecha:	24 de mayo del 2,010

3. Motivo de consulta

Hace 13 días tuvo a su bebe pero en el momento de nacer tuvo complicaciones, el bebe presentaba problemas de anoxia y le enviaron hacer tomografía ya que en el momento de nacer según dice ella el bebe comió sus heces y tuvo que estar hospitalizado algunos días.

Según refiere la paciente el padre del bebe trabaja como agente de seguridad en Ecosaba y ella tuvo relaciones sexuales con él sin conocerlo mucho y este señor estaba casado, después de que supo que la señora había quedado embarazada pidió traslado para otra parte, y actualmente no sabe nada de él.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: se nota distraída, como si no estuviera consciente del problema
- Nivel afectivo: desanimada, desmotivada para seguir adelante.
- Nivel conductual: sin deseos de actuar, no quiere tomar decisiones.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: se nota con buen estado físico.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

La paciente dice que pertenece a una familia que la apoya, pero que ella se siente triste pues ella creyó en un hombre que la enamoró, del cual ella resultó embarazada, la engañó ya que él era casado pero nunca se lo dijo.

se siente con autoestima baja cree que solamente fue usada por este hombre

5 Relaciones sociales

La paciente se muestra solitaria y de pocas amistades ya que es muy tímida y su autoestima es muy baja.

Atribución sobre los problemas: el padre del bebe que la paciente tuvo la engaño y ella se ha sentido solamente usada por él .

Historia del problema

Ella tiene 38 años y era una mujer sola pues no se había casado, pero estaba deseando tener un bebe, y este hombre la enamoró y ella consideró que era sincero con ella, pero realmente no lo fue.

6. Historia familiar

ella menciona que su familia ha sido de gran ayuda emocional para ella, los familiares quieren mucho a su bebe y le han ofrecido apoyo a la paciente.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV. Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, Problemas de Vivienda

Eje V. Escala de la evaluación de la actividad global.70-61

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica

9. Tratamiento

Terapia racional emotiva

Terapia cognitivo conductual

Terapia de apoyo

Terapia de relajación

Logoterapia

Caso No. 5

1. Datos generales

Nombre:	MLS
Edad:	39
Sexo:	Femenino
Dirección:	Santo Domingo Xenacoj Antigua Guatemala
Ocupación:	ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	11 de mayo de 1,971
Escolaridad:	3° primaria
Religión:	católica
Evaluador:	Rosa Virginia Martínez Sanabria.
Fecha:	28 de mayo del 2,010

2. Motivo de consulta

Fue remitida a psicología por los médicos debido a su padecimiento del colón irritable, los síntomas que presenta son ansiedad, tiene miedo a que algo malo vaya a pasarle, a ella o a su familia, se preocupa por todas las cosas y esto la hace enfermarse, ha estado varias veces hospitalizada por sus problemas de salud física.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: se nota muy preocupada por su problema de salud
- Nivel afectivo: está deseosa que se le ayude a superar su problema
- Nivel conductual: alteración en su conducta
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento
- Nivel físico: se nota muy mal en su salud, buena disposición para seguir el tratamiento

4. Historia familiar

La paciente dice que pertenece a una familia que ha sido muy unida, hace dos años aproximadamente murió su mamá y según comenta ella esto le ha ocasionado una profunda tristeza la cual no la ha superado después de dos años, ella considera que a partir de la muerte de su madre ella ha quedado afectada pues como comenta todo le preocupa.

5. Áreas afectadas en la vida del sujeto

Ella ha sido afectada en su vida emocional, económica, y en su salud física

5.1 Relaciones sociales

Tiene muy pocas relaciones con las demás personas y se muestra tímida al comunicarse.

6. Historia familiar

Las relaciones con su esposo y con su hijo son bastante buenas, lo que le preocupa mucho es la relación de su hijo con su novia, pues ambos son estudiantes y tuvieron relaciones sexuales y el padre de la señorita ha tratado muy mal a la paciente, y la ha llegado a lastimar a ella físicamente y emocionalmente.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad F41.2

Eje II Ninguno

Eje III Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)

Eje IV. Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

Eje V. Escala de la evaluación de la actividad global.70-61

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica.

9. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual

Terapia de relajación

Terapia de apoyo

Logoterapia

4.2 Programa de capacitación

4.2.1 .Objetivos específicos

Que los pacientes diabéticos estén en la capacidad de

- Valorarse como personas creadas a la imagen de Dios
- Valorar su cuerpo cuidándolo de no ingerir alimentos dañinos para su salud
- Tomar decisiones correctas para cuidar correctamente su salud

4.2.2 Limitaciones

- No se cuenta con un lugar suficientemente amplio, para que los pacientes estén cómodos
- No existe un presupuesto financiero para poder realizar este tipo de actividades dentro de la Institución.
- Existe poca comunicación entre las personas que participan en el programa dl club de diabéticos.

4.2.3 Conclusiones

- Los pacientes diabéticos necesitan ayuda psicológica para poder sobre llevar su enfermedad física.
- La enfermedad de la diabetes puede ser controlada por el paciente si su estado mental y emocional están siendo tratados por los profesionales.
- La atención que las instituciones brinden a los pacientes diabéticos será de beneficio para que ellos no se sientan solos ante el problema de salud que enfrentan.

4.2.4 Recomendaciones

- Que el Hospital nacional continúe dando la atención que los pacientes diabéticos necesitan, para ayudarles a sobre llevar su problema de salud.
- Que los profesionales en la salud mental y emocional sigan brindando a los pacientes diabéticos la atención psicológica que ellos necesitan.
- Que se les brinde el tratamiento médico y psicológico con costos módicos para que los pacientes tengan acceso a su tratamiento.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres

Charla No.1

Autoestima

Dirigida a los pacientes diabéticos del Hospital Nacional de Chimaltenango

Fecha Marzo del 2,010

1. Objetivos específicos

Que los pacientes diabéticos estén en la capacidad de

- Valorarse como personas creadas a la imagen de Dios
- Valorar su cuerpo cuidándolo de no ingerir alimentos dañinos para su salud
- Tomar decisiones correctas para cuidar correctamente su salud

2.) Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Presentación de las alumnas practicantes por medio de títeres
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de títeres

- Charlas vivenciales
- Consejería individual
- Terapia cognitivo-conductual
- Terapia de apoyo
- Terapia de relajación
- Terapia de autocontrol

3.) Recursos

Humanos

- Facilitador
- Participantes

Materiales

- Títeres
- Carteles
- Sillas
- Equipo de sonido
- Maskin tape
- Escenario para títeres
- Laptop
- cañonera

4.3 Cronograma de actividades Charla autoestima

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Yo tenía un tic	10 minutos
Introducción del tema con una presentación con diapositiva	El cuidado de su cuerpo	10 minutos
Desarrollo del tema	Autoestima del diabético	20 minutos
Conclusión del tema	Como pueden aplicar el contenido del tema para sus vidas	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos
Refacción	Servir la refacción	15 minutos

5. Contenido

Presentación de contenido de las charlas y talleres

Concepto de autoestima

La autoestima es el amor propio o auto apreciación, es la percepción profunda, que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor a uno mismo. Implica ser consciente de las virtudes y defectos propios, es el requisito indispensable para las relaciones sanas.

5-1 Autoestima del paciente diabético

Las personas diabéticas deben de estar conscientes del valor que tienen aun cuando tengan problemas en su salud deben de hacer las siguientes consideraciones:

1. Mostrarse tal como son
2. Escuchar su propia voz y ser consecuentes con lo que piensan

3. Marcar y poner límites
4. Desarrollar un “ego” sano
5. Dar y recibir
6. Amarse, valorarse y respetarse.

Es importante que las personas con diabetes consideren de que sí están afectadas en lo físico y probablemente se han visto afectados los elementos , psicológicos, social y cultural, pero manteniendo una actitud positiva ante la enfermedad podrán salir adelante ante los problemas físicos que tengan, una actitud positiva es necesaria y esto llevará al paciente a seguir las instrucciones médicas, a tener una alimentación sana, realizar ejercicios físicos y sobre todo teniendo una mente positiva para mantener una conducta positiva ante la enfermedad.

5.2 Baja autoestima

Cuando la autoestima es negativa o baja, la salud se reciente, porque falta confianza en sí mismo, para abandonar los sucesivos retos que se presentan en la vida desde una perspectiva positiva y esto hace que la calidad de vida no sea del todo óptima que pudiera. Por lo general las personas con este nivel de auto estima son recuentes al cambio y son incapaces de amar a otros, ya que así mismo no se aman, el individuo llega a ser prisionero psicológico de su propia auto imagen negativa

La autoestima positiva o alta, aporta un conjunto de efectos beneficiosos para la salud y calidad de vida, se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria.

5.3 Programa de elaboración de proyecto salud mental

5.3.1 Logros

- Se obtuvo el apoyo de las autoridades municipales, esto contribuyó enormemente para que la gente confiara en el proyecto médico psicológico realizado.

- La respuesta de las personas atendidas fue gratificante, ya que se les pudo brindar los servicios médicos y psicológicos que ellos necesitaban.
- Los hombres de la comunidad acudieron a recibir la ayuda médica que se les brindó, esto representa un logro, pues en estas comunidades las mujeres son las que generalmente hacen acto de presencia, representando a la familia.
- Se pudo brindar tratamientos médicos a las personas que lo necesitaban, esto representa un mejor servicio a los pacientes

5.3.2 Limitaciones

- Las personas de las comunidades atendidas son personas de escasos recursos económicos, y es necesario brindarles una ayuda mayor de la que se les pudo compartir. Esto debido a la limitación de recursos económicos por parte de los estudiantes.
- En estas comunidades es muy valiosa la presencia de las autoridades municipales, debido a la falta de tiempo por parte de ellos, no pudieron estar durante toda la actividad.
- Es un proyecto enriquecedor por la experiencia que se obtiene en el servicio que se brinda, hubiera sido un acontecimiento de mayor realce si los catedráticos de la Universidad se involucraran en su ejecución.

5.3.3 Introducción

El manejo de la crisis posterior a experimentar un evento catastrófico en la vida de una persona, en donde la intervención psicológica llega a ser una herramienta básica e indispensable para aceptar la situación posterior al evento vivido y llegar a restablecer el equilibrio emocional, psicológico y físico de la población afectada. Dada la complejidad que dicha labor representa, se requiere de profesionales de la Psicología que posean una alta capacidad de persuasión, comprensión, empatía y convicción tanto para lograr las

metas antes descritas, así como lograr enfocar a las personas atendidas hacia el descubrimiento de los factores positivos y recursos con los que cuenta, luego del evento.

Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza. Sin embargo, en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo. Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágatha que recientemente golpeara a Guatemala.

1 Antecedentes

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

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

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

los mayores desastres naturales que la población guatemalteca ha enfrentado en el presente siglo. Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país.

Dentro de los lugares más afectados a nivel de infraestructura, vivienda y vidas humanas, se encuentra el municipio de Santa Apolonia, del departamento de Chimaltenango. Los pobladores perdieron gran parte de sus pertenencias, reportándose al 31 de agosto, un total de 19 víctimas mortales y más de 1,500 personas damnificadas. Adicionalmente, la infraestructura vial y las viviendas de los pobladores quedaron seriamente dañadas, lo cual ha impedido continuar con una cotidianeidad normal y equilibrada, lo cual queda de manifiesto en la actitud de desolación que se palpa en una gran mayoría de los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del citado municipio.

2. Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, y luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores puedan lograr una resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian después del paso de la tormenta Ágatha; esto, a través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

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

salud mental de los pobladores, principalmente en cuanto al valor de la vida, la familia y los recursos con que aún cuentan.

3. Objetivo

3.1 General

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

3.2 Específicos

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

4. Descripción de la crisis provocada por el estrés postraumático

La crisis que un grupo social o bien una persona sufre luego de experimentar un evento catastrófico, es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios del individuo y del grupo, se hace presente un estado de invalidez, de

desprotección e incapacidad para continuar la vida cotidiana. Aún cuando todavía se cuenta con algunos medios y recursos para subsistir, el grupo o la persona, que está severamente afectada e impresionada, se niega de alguna forma, a ver el lado positivo de la situación, que radica en descubrir su potencial para salir adelante con lo que le ha quedado.

5. Pautas para elaborar un programa de intervención

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

6. Tratamiento del estrés postraumático

La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Con la intervención terapéutica se reduce el impacto psicológico y se evita la cronificación del trastorno.

Las alternativas terapéuticas que existen y las cuales el profesional puede utilizar para obtener los resultados deseados, son:

- Testimonio: Consiste en que el grupo o el paciente relate la historia lo más detalladamente posible; de este modo se gana control sobre el pasado y la experiencia va pasando de ser rígida, a ser más flexible y se consigue una reelaboración del trauma.
- Técnicas cognitivas:
 - Resolución de problemas
 - Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas
 - Análisis de creencias erróneas (no es culpable de su experiencia)
 - Inoculación del estrés para disminuir la tensión, la activación fisiológica, sustituir ideas negativas por pensamientos positivos
- Técnicas Conductuales:
 - Desensibilización sistemática para conseguir la habituación del objeto temido
 - Interrupción del pensamiento
 - Técnicas de relajación
 - Terapias de grupo (grupos de autoayuda)
 - Terapia familiar, si es necesaria
 - Recuperación de actividades cotidianas de acuerdo a la nueva situación general

7. Atención psicológica para el profesional

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

8. Metodología

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

8.1 Datos generales

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

8.2 Grupos de intervención psicológica

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

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

8.2.1 Plan de acción de cada grupo

Véanse anexos.

8.3 Comisiones de trabajo

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

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

8.4 Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

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

9. Cronograma de trabajo proyecto de salud mental

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

10. Conclusión

Las catástrofes repercuten en la integridad psicológica de los afectados, tanto víctimas como profesionales que actúan en el lugar del hecho. Es esencial el desempeño de la intervención psicológica que permita que las personas afectadas adquieran una actitud positiva dentro del difícil marco que están viviendo.

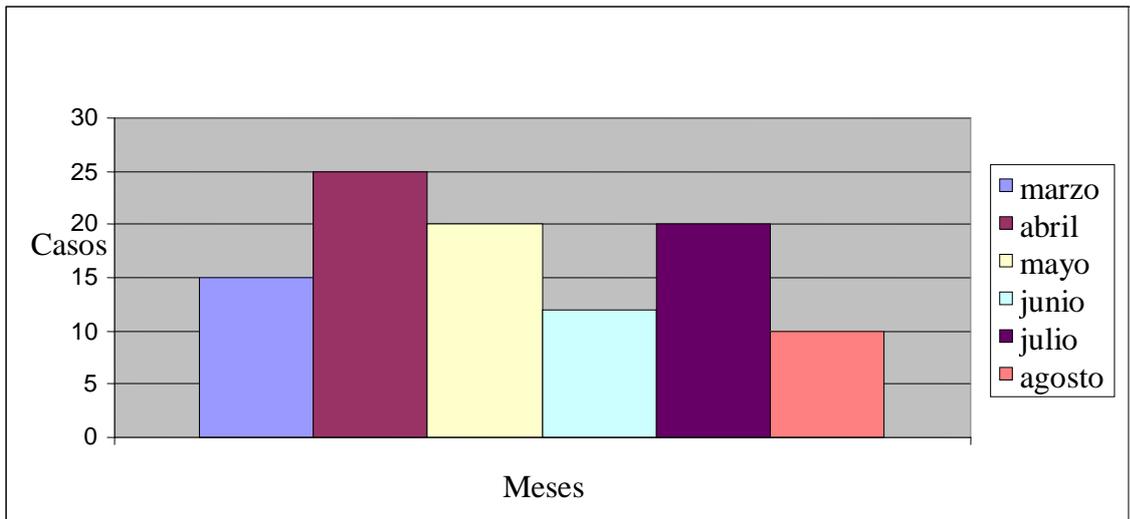
Esto se logrará a través de la intervención terapéutica adecuada, que irá restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis. Igualmente, esta ayuda será de gran beneficio para el correcto manejo del duelo resultante de la pérdida de seres queridos, víctimas de la catástrofe experimentada en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, de Santa Apolonia en Chimaltenango.

11. Recomendaciones

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

- Presentación de resultados
- Programa de atención de casos

Gráfica 1. Casos atendidos por mes



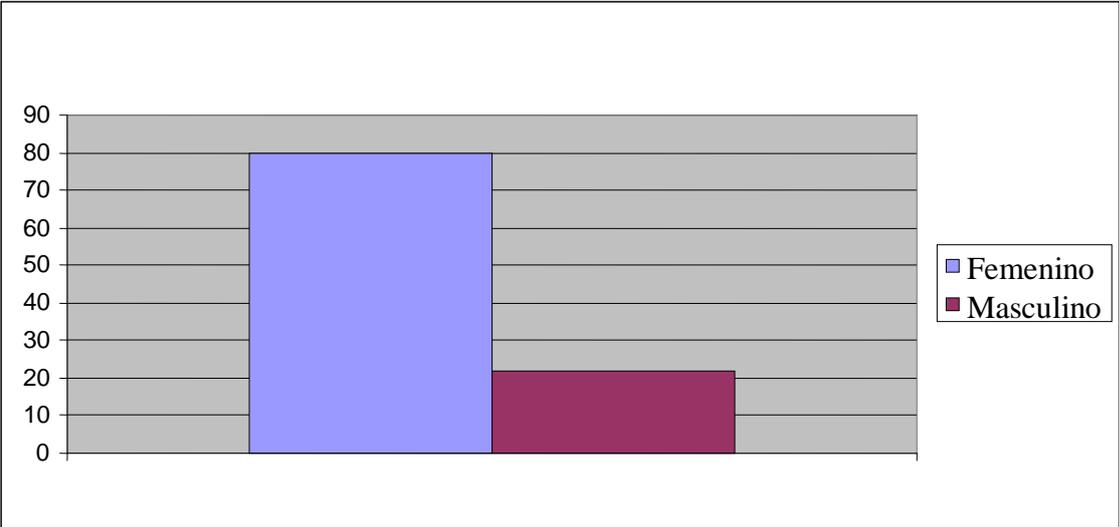
Fuente 100 pacientes atendidos durante los meses de marzo a agosto.

Tabla No.1

Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
15	25	20	10	20	10

En la gráfica se presenta, la cantidad de personas que se atendieron por mes dando inicio en el mes de marzo y finalizando en agosto.

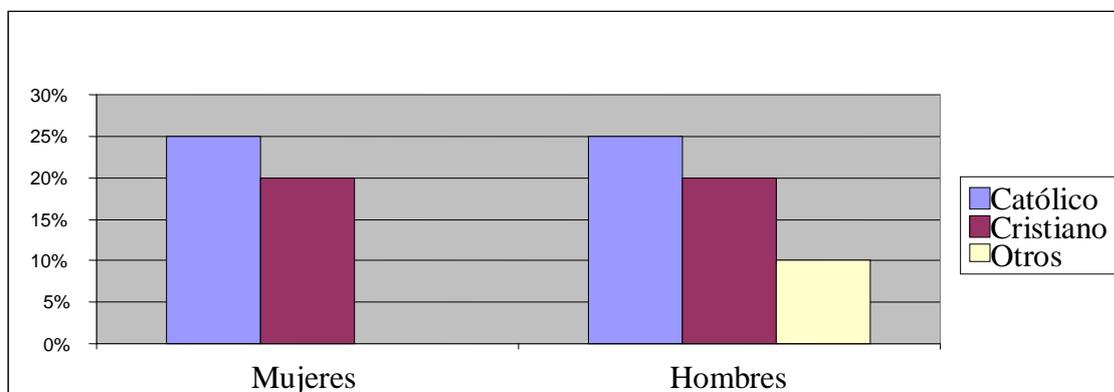
Gráfica 2. Rango programa de atención según su genero.



Fuente 100 pacientes atendidos. 80 pacientes mujeres y 20 hombres

En la gráfica que se presenta se puede observar que un grupo mayoritario que asistió al Hospital Nacional de Chimaltenango fueron mujeres como aparece en la gráfica un 80% de los pacientes atendidos fueron mujeres y un 20% de los casos atendidos fueron pacientes hombres.

Gráfica 3. Programa de atención de casos según la religión



Fuente 100 pacientes atendidos

Tabla No.2 casos atendidos según su religión (mujeres)

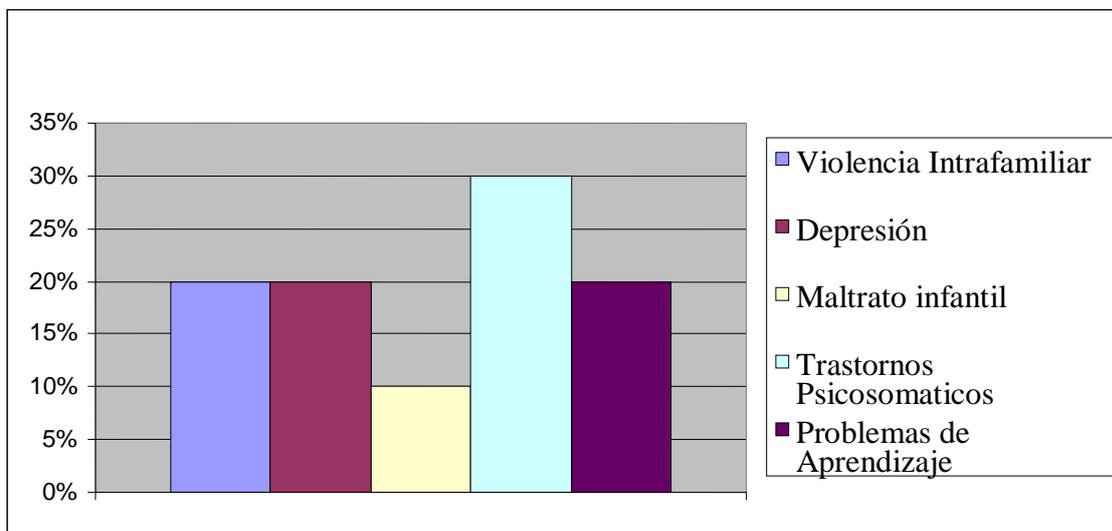
Católicos	Cristianos
25	20

Tabla No. 3 casos atendidos según religión (hombres)

Católicos	Cristianos	Otros
25	20	10

50 de las personas que asistieron eran de religión católica, 40 de los pacientes atendidos eran de religión evangélica y 10 profesaban otra religión.

Gráfica 4. Programa de atención de casos, principales problemas atendidos



Fuente 100 casos atendidos

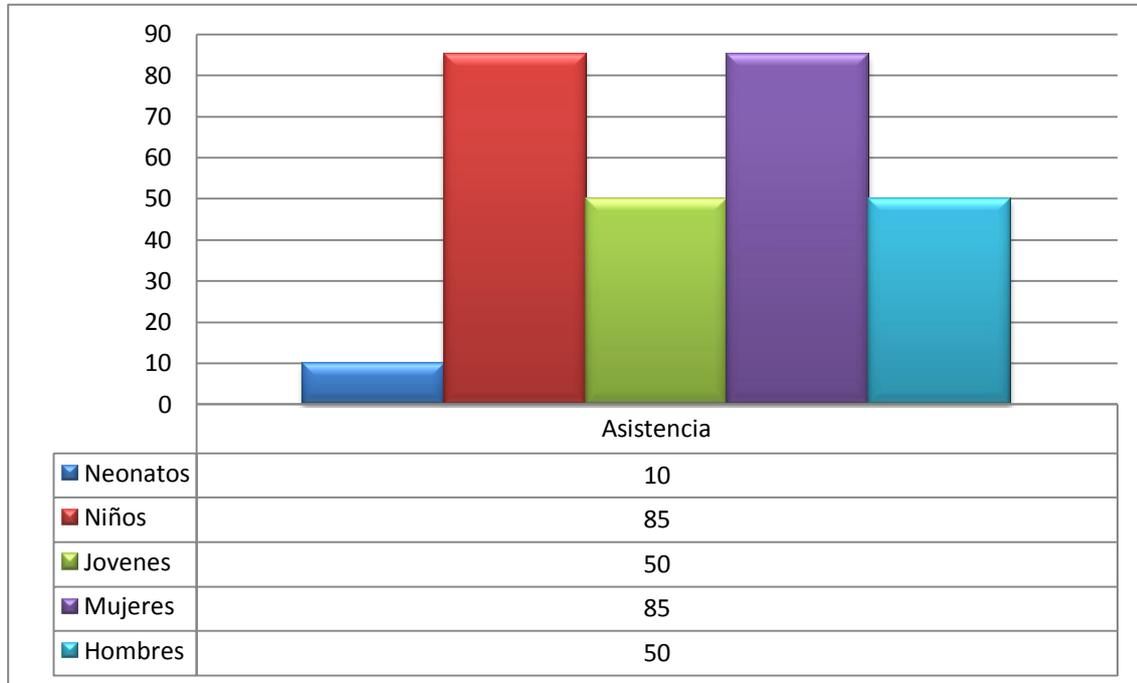
Tabla No.4 principales problemas atendidos.

Violencia intrafamiliar	Depresión	Maltrato infantil	Trastornos psicossomáticos	Problemas de aprendizaje
20	20	10	30	20

En la gráfica se representan los principales casos atendidos, un 20% de los pacientes asistió por violencia intra familiar, especialmente las mujeres, de igual manera un 20% de los casos tratados se debió a problemas depresivos tanto en hombre como en mujeres, un 10% de los casos atendidos fueron niños que son objeto de maltrato físico como psicológico. Un 30% de los problemas atendidos se debió a trastornos psicossomáticos y, un 20% se presentaron casos de niños con problemas de aprendizaje.

- Programa de proyecto de salud mental

Gráfica. 5. Población atendida en la intervención psicológica



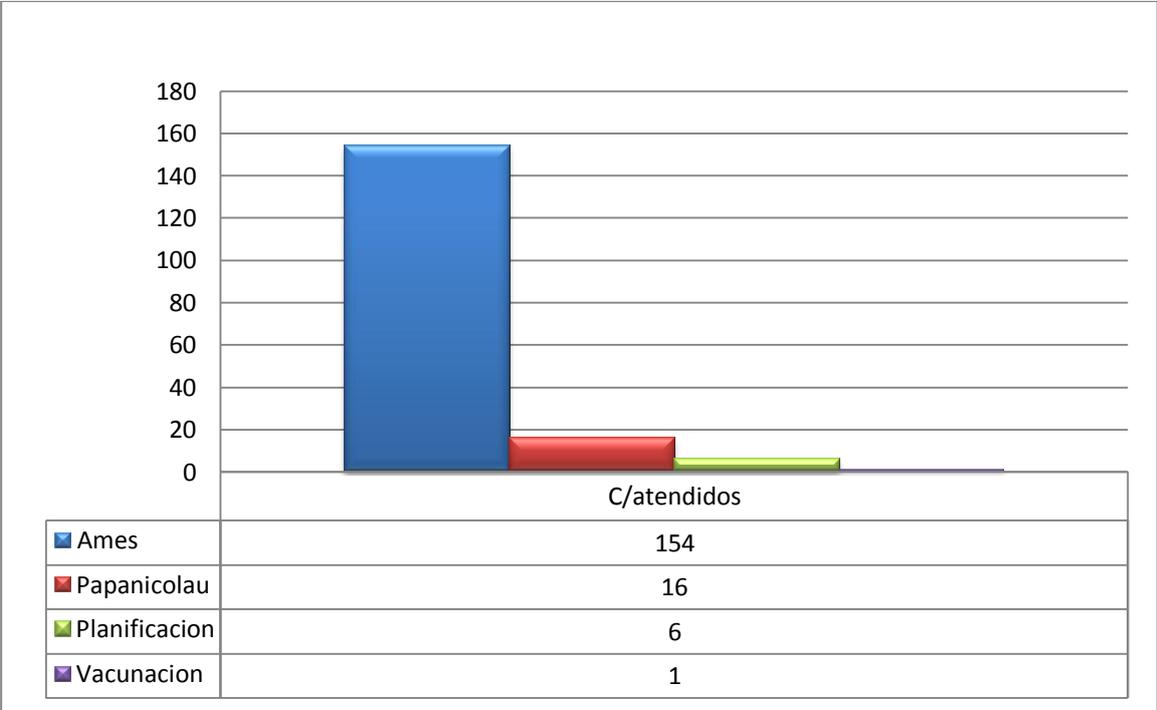
Fuente 280 casos atendidos.

Tabla No 5.

Neonatos	Niños	Jóvenes	mujeres	Hombres
10	85	50	85	50

En el análisis de la gráfica se puede observar la cantidad de personas que se atendieron en el proyecto de Salud mental.

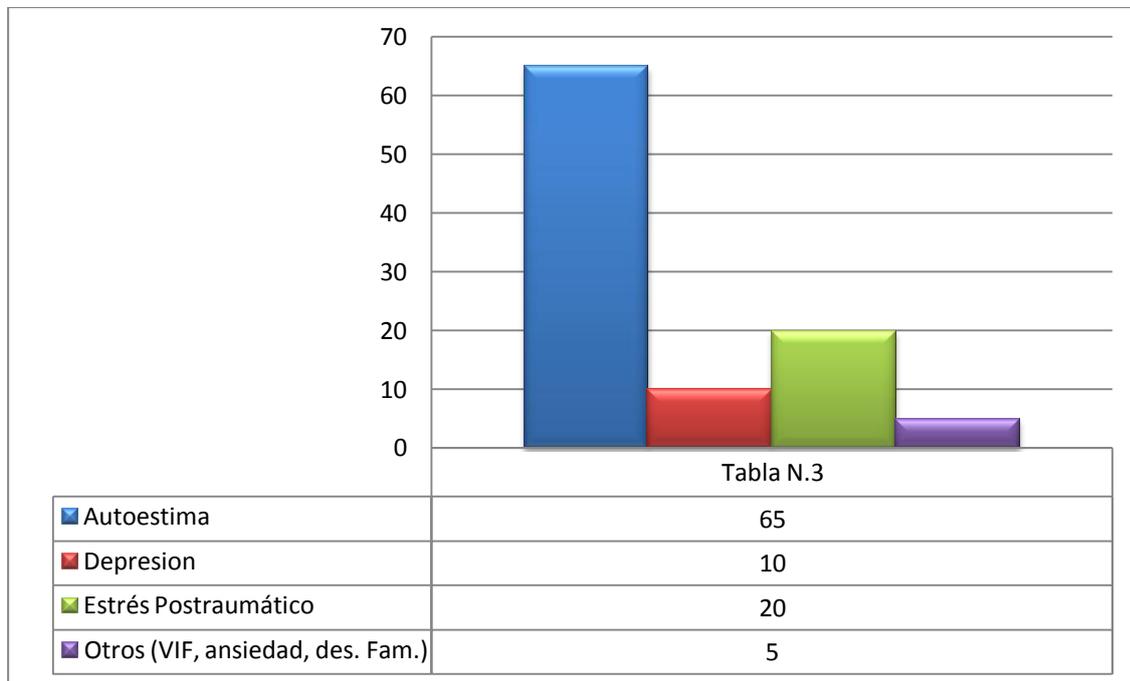
Gráfica 6. Personas atendidas por especialidad médica



Fuente 177 personas atendidas por especialidad médica.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las gráficas se observa que las personas buscaron las especialidades que se les brindó en el proyecto de salud mental.

Gráfica 7. Cuadros patológicos detectados



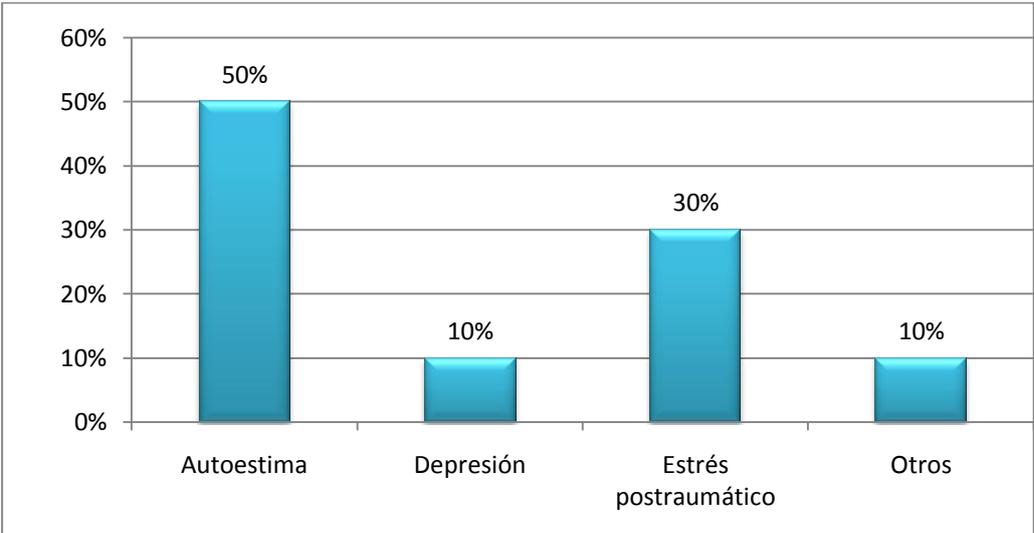
Fuente 100 cuadros patológicos detectados.

En la gráfica No. 7 se puede observar, los cuadros patológicos que las personas atendidas presentaron, se les pudo dar el tratamiento psicológico de acuerdo a la necesidad emocional, el problema de autoestima es mayor a todos los demás cuadros patológicos detectados.

Gráfica 8 .Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

Niños:

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



Fuente 85 niños atendidos

Tabla No. 6

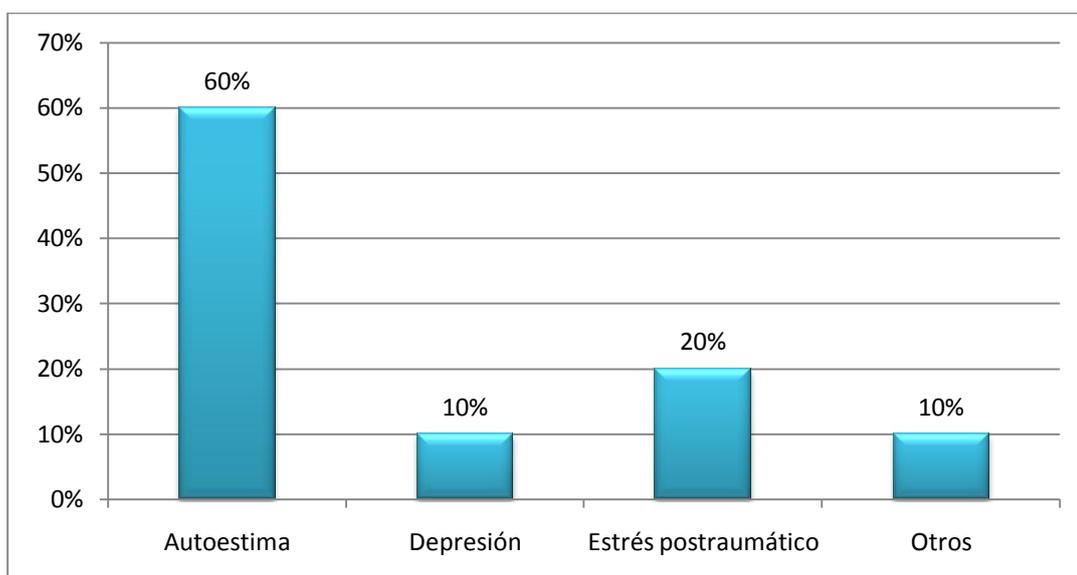
Baja autoestima	Depresión	Estrés postraumático	Otros
43	8	26	8

Los niños recibieron la ayuda que se les brindó en el proyecto de salud mental, como se puede observar en las gráficas, el problema de baja autoestima alcanzó un 50% en la población infantil.

Gráfica 9 Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

Jóvenes

- Autoestima: 60%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 20%
- Otros: 10%



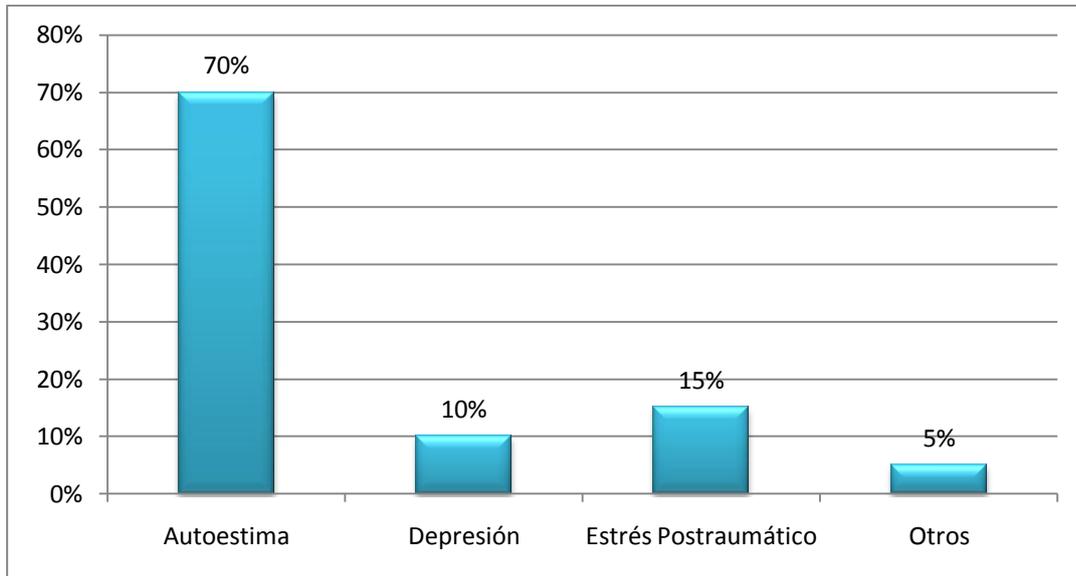
Fuente 50 jóvenes
Tabla No. 7.

Baja autoestima	Depresión	Estrés postraumático	Otros
30	5	10	5

En la gráfica que se presenta, se pueden observar los problemas que los jóvenes presentan un porcentaje del 60% que es el porcentaje mayor se debe a problemas de baja autoestima

Gráfica 10 Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional Mujeres

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



Fuente 85 mujeres
Tabla No. 8

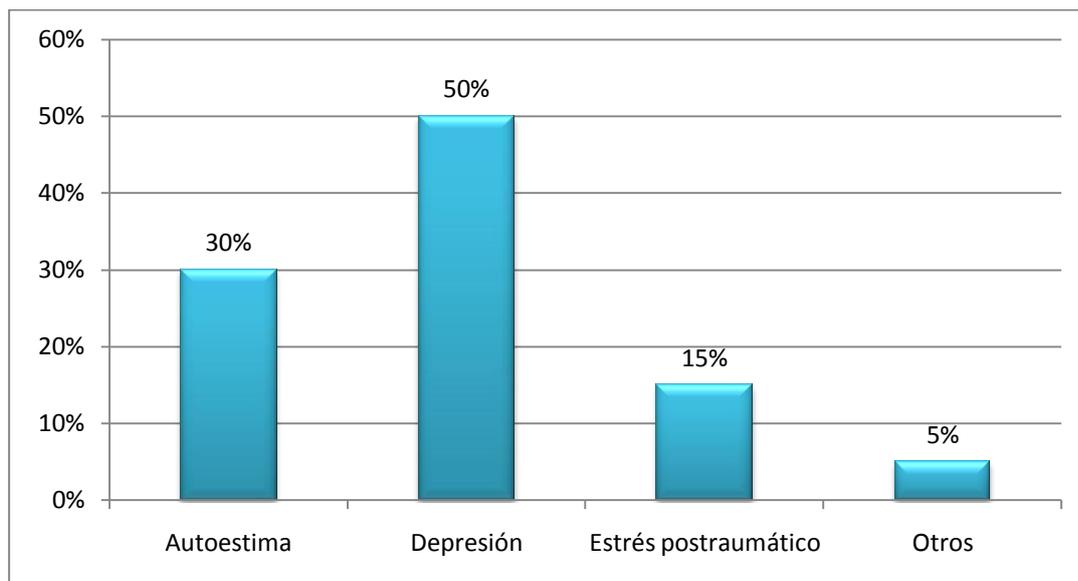
Baja autoestima	Depresión	Estrés postraumático	Otros
59	8	13	5

Las mujeres se hicieron presentes entre la población atendida, en la gráfica aparece un 70% con problemas de baja autoestima, problema emocional que se hizo visible en la población femenina.

Gráfica 11 Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

Hombres

- Autoestima: 30%
- Depresión: 50%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%



Fuente 50 pacientes

Tabla No. 9

Baja autoestima	Depresión	Estrés Postraumático	Otros
15	25	8	2

En la gráfica se puede observar los problemas emocionales que los hombres de esta población presentan, la depresión entre los hombres alcanzó un 50% lo cual muestra que es el problema mayor que se presenta entre ellos

4.4.3 Análisis de datos

En la gráfica 1, se observa la cantidad de personas que se atendieron por mes dando inicio en el mes de marzo, en este mes se presentaron 15 casos los cuales fueron tratados de acuerdo al problema emocional que presentaban. Incrementando el número en el mes de abril y julio, fueron meses en los cuales asistieron más pacientes. Los meses junio y agosto fueron meses en que hubo menos afluencia de pacientes

En la gráfica 2 se puede observar que un grupo mayoritario que asistió al Hospital Nacional de Chimaltenango fueron mujeres como aparece en la gráfica un 80% de los pacientes atendidos fueron mujeres y un 20% de los casos atendidos fueron hombre.

En la gráfica 3 se puede observar, que un 25% de las mujeres y hombres que asistieron por ayuda psicológica al Hospital Nacional de Chimaltenango eran de religión católica y un 20% profesan de la fe evangélica y el 10% profesan otra religión.

En la gráfica 4 se representan los principales casos atendidos, un 20% de los pacientes asistió por violencia intra familiar, especialmente las mujeres, de igual manera un 20% de los casos tratados se debió a problemas depresivos tanto en hombre como en mujeres, un 10% de los casos atendidos fueron niños que son objeto de maltrato físico como psicológico. Un 30% de los problemas atendidos se debió a trastornos psicósomáticos y, un 20% se presentaron casos de niños con problemas de aprendizaje.

En el análisis de la gráfica 5 se puede observar la cantidad de personas que se atendieron en el proyecto de Salud mental. Como se puede ver se atendieron a 10 recién nacidos, dándoles la atención médica requerida, 85 niños que fueron atendidos trabajando con ellos los problemas físicos y emocionales que presentaron, las mujeres y los hombres fueron atendidos de acuerdo a la necesidad emocional y física requerida.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las gráficas 6 se observa que las personas buscaron las especialidades que se les brindó en el proyecto de salud mental. La institución Ames atendió a 154 personas brindándoles la atención médica que ellos necesitaron.

16 mujeres recibieron la atención ginecológica otras 6 de ellas obstaron por un método de planificación familiar.

En la gráfica No. 7 se puede observar, los cuadros patológicos que las personas atendidas presentaron, se les pudo dar el tratamiento psicológico de acuerdo a la necesidad emocional, el problema mayor que la población atendida presenta es baja autoestima, alcanzando un 65 %. En un 20% se encuentran las personas que presentan estrés postraumático, en un 10% se están las personas que presentan cuadros depresivos y un 5% las personas que presentan otro patológico.

Los niños recibieron la ayuda que se les brindó en el proyecto de salud mental, como se puede observar en la gráfica 8 , el problema de baja autoestima alcanzó un 50% en la población infantil, en segundo lugar con un 30% se presentaron casos por estrés post traumático en los infantes, este problema se presenta debido a las catástrofes que ellos han vivido, y un porcentaje del 10% presentan depresión, otro 10% de los niños presentan otro tipo de problemas emocionales.

En la gráfica 9 se presenta, se pueden observar los problemas que los jóvenes presentaron, un porcentaje del 60% presentan problemas de baja autoestima, con un 20% y ocupando un segundo lugar aparece el estrés postraumático un 20% entre los jóvenes, el 10% de ellos presentan problemas de depresión. Y un 10% de la población juvenil atendida presentaba otro tipo de problemas emocionales.

Las mujeres se hicieron presentes entre la población atendida, en la gráfica 10 aparece un 70% con problemas de baja autoestima, problema emocional que se hizo visible en la población femenina. Además un 15 % presentó problemas de estrés post traumático, debido a la catástrofe que sucedió en los meses pasados. Un 10% presenta problemas de depresión y un 5% presentó otro tipo de problemas emocionales.

En la gráfica 11 se puede observar los problemas emocionales que los hombres de esta población presentan, la depresión entre los hombres alcanzó un 50% lo cual muestra que es el problema mayor que se presenta entre ellos. Un 30% presentó baja autoestima y 15% presentó estrés postraumático y un 5% presentó otro tipo de problemas.

Conclusiones

a.) Se detalló una investigación de campo y teórica, basada en la experiencia y conocimiento de las distintas técnicas y métodos utilizados dentro la Práctica Profesional Dirigida correspondiente al quinto grado de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, fue realizada en el Hospital Nacional de Chimaltenango.

b.) El objetivo principal de la Práctica Profesional Dirigida se basó en beneficiar a esta institución poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante los cinco años de la carrera.

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

d.) La pobreza y la poca comunicación determinan en gran medida la violencia intrafamiliar, los problemas psicosomáticos la depresión etc que afecta las áreas cognoscitivas y afectivas de la población.

Recomendaciones

1. A las autoridades se les recomienda, usar el presente material para la difusión de las técnicas que pueden ser aplicadas en las principales enfermedades que afectan emocionalmente al individuo.
2. Se sugiere a los catedráticos y asesores de programas educativos, la discusión, de técnicas que pueden aplicarse para ayudara a minimizar las enfermedades emocionales que afectan a las personas hoy en día, a través de capacitaciones que hagan conciencia de esta problemática que presentan.
3. Se le recomienda las autoridades educativas contar con un área de atención psicológica dentro del plantel de estudios siendo una de las principales bases para el desarrollo individual y social del estudiante, ya que en base a la función que se realice en esta área serán mejor la atención para poder manejar los diferentes aspectos que conllevan a la frustración que se viven las personas al enfrentar dolencias físicas que afectan su vida emocional y psicológica.

Referencias

Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desórdenes de personalidad*. New York: Guilford.

Carmelo M. *Psicopatología* (2ª.Ed) Madrid. Editorial Biblioteca Nueva

Charles G. Morris *Psicología* (10ª. Ed) México. Editorial Pearson Educación

Charles G. Morris y Albert A. Maisto. *Psicología General* (12º. Edición.) Pearson Educación

Oblitas L (2,008) *Psicoterapias Contemporáneas* (1ª. Ed) México. Editorial Servicios Editoriales 6Ns, S.A.de C.V.

Richard P. Halgin, Susan Kraus Whitbourne (2,003) *Psicología de la anormalidad*. (5ª.ed.) México

Salvatore C. (2,001) *Fundamentos de Psicología Clínica* (1ª.ed.) México. Editorial Printed in México

Anexos



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

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha	Horas de horas
Primer contacto con las autoridades, presentación y conocer las instalaciones del centro de practica	Del 5 al 19 de marzo 2010	15 horas
Diagnostico Institucional	Del 22 al 26 de marzo	12 horas
Inicio de atención	Del 29 de marzo al 2 de abril 2010	15 horas
Atención de casos y seguimiento Participación en reunión de Equipo Técnico	Del 5 al 9 de abril	15 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 12 de abril al 5 de julio	141 horas
Atención y seguimiento de casos	Del 12 de julio al 2 de agosto	48 horas
Atención y seguimiento de casos Participación en reunión de equipo técnico	Del 02 de agosto al 27 de agosto	48 horas
Total de horas de practica		294

VoBo: _____

Lic. Otto Byron Chacón Zarazúa
Psicólogo Clínico

VoBo: _____

Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida

3.2 Planificación de práctica Profesional Dirigida



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Ciclo 2,010
Mes de marzo

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Descubrir las necesidades y fortalezas del centro de práctica	-Realizar el diagnóstico institucional del centro de práctica - Observar la problemática institucional del centro de práctica -Entrevistas con el personal administrativo y laboral del centro de práctica	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico	Obtiene la información oral y escrita requerida, para poder realizar una labor efectiva
Servir en las necesidades que se presenten en el centro de práctica.	-Atender los casos que se presenten dentro del centro de práctica.	Material didáctico Cuaderno Lapicero ,lápiz Cuestionario de entrevistas	Reciben la ayuda psicológica para resolver problemas

Rosa Virginia Martínez
Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de abril

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Entregar la metodología del trabajo al centro de práctica.	-Entregar por escrito las actividades que se realizaran en la institución -Tener entrevistas con los encargados de la institución para mejorar el trabajo en el centro de práctica	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel boom	Se atienden las inquietudes de las autoridades de la institución y existe satisfacción de las mismas por la atención dada.
Dar a conocer los casos atendidos en el centro de práctica	-Realizar entrevistas -Aplicación de Tests	Hojas de papel bond Cuaderno Lapicero ,lápiz	Se elabora informe y se analiza el mismo.

Rosa Virginia Martínez
Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de mayo del 2,010

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Informar sobre los casos atendidos y la evolución que se ha obtenido de cada uno de ellos	-Elaboración de historias clínicas. -Aplicación de Test Psicológicos	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel bond lápiz	Las personas encargadas del centro de práctica manifiestan su satisfacción por los casos atendidos.
Descubrir nuevas necesidades en el centro de práctica.	-Realizar entrevistas -Aplicación de Test -Programar citas para atender casos nuevos.	Hojas de papel bond Cuaderno Lapicero, lápiz Cuestionario de entrevistas	Las Personas reciben orientación psicológica y de esta manera aprenden a resolver sus problemas.

Rosa Virginia Martínez
Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de junio

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Brindar seguimiento de atención a los casos atendidos en el centro de práctica	-Elaboración de historias clínicas. -Aplicación de técnicas de Psicoterapia -Entrevista clínicas	Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel boom Lápiz	Las personas que reciben orientación psicológica manifiestan de manera oral los avances que han obtenido recibiendo psicoterapia
Compartir Charlas de autoestima, inteligencia emocional, en el centro de práctica	-Actividad interpersonal con los participantes de las charlas -Atender a los pacientes que lo requieran programando citas con cada uno de ellos.	Hojas de papel bond Cuaderno Lapicero, lápiz Cuestionario de entrevistas Computadora Cañonera Bocinas	Las personas manifiestan interés en los temas de orientación psicológica.

Rosa Virginia Martínez
Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
 Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
 Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
 Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de Julio

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Brindar información sobre los avances de los casos atendidos a las autoridades correspondientes del centro de práctica.	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboración de historias clínicas. -Aplicación de técnicas de Psicoterapia -Entrevista clínicas -Discusión de casos 	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel boom Lápiz Cuaderno 	Las autoridades del centro de práctica reciben información sobre los avances de los casos atendidos
Compartir charlas de orientación dentro del centro de práctica.	-Actividad interpersonal con los participantes de las charlas de orientación.	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de papel boom Cuaderno Lapicero ,lápiz Cuestionario de entrevista 	Las personas manifiestan interés en los temas de orientación psicológica.

Rosa Virginia Martínez
 Alumna practicante

Licda. Sonia Pappa
 Coordinadora de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
 Facultad de Educación licenciatura en Psicología y Consejería Social
 Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Alumna: Rosa Virginia Martínez Sanabria
 Lugar de práctica. Hospital Nacional Chimaltenango

Mes de agosto

Objetivo	Actividad	Recursos	Indicadores de logro
Dar seguimiento a los casos atendidos en el centro de práctica	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevistas con los pacientes -Elaboración de historias clínicas. -Aplicación de técnicas de Psicoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Internet Recurso humano Material didáctico Hojas de papel boom Lápiz Cuaderno 	Se comparten los avances que se han obtenido con los pacientes y se discuten dentro del aula.
Compartir charlas con el personal del centro de práctica	<ul style="list-style-type: none"> -Actividad interpersonal con los participantes de las charlas de orientación. -Compartir una refacción en el centro de práctica para los participantes dentro de la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de papel boom Cuaderno Lapicero ,lápiz Cuestionario de entrevistas Computadora Cañonera Bocinas 	Los participantes comparten sus impresiones sobre el tema y hablan sobre la ayuda que reciben para resolver sus inquietudes relacionadas con la institución

Rosa Virginia Martínez
 Alumna practicante
 3.4 Subprogramas

Licda. Sonia Pappa
 Coordinadora de práctica



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

Examen mental

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Lugar: _____

I. Porte, comportamiento y actitud

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

II. Conciencia

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

III. Curso del lenguaje

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

IV. Tendencias y actitudes dominantes

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

V. Memoria, capacidad intelectual

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



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

Hoja de evolución

Datos Generales:

Nombre: _____

Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Dirección: _____

Grado de escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Religión: _____

Observaciones: _____
