

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



**Problemas de Aprendizaje en niños y niñas realizado en el Hospital Nacional
de Chimaltenango**

(Informe de práctica profesional dirigida)

Mónica María Oliva Rodríguez

Guatemala, Chimaltenango septiembre 2010

**Problemas de Aprendizaje en niños y niñas realizado en el Hospital Nacional
de Chimaltenango**

(Informe de práctica profesional dirigida)

Mónica María Oliva Rodríguez

Guatemala, Chimaltenango abril 2010

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION,
Guatemala diez y nueve de mayo del dos mil diez

En virtud de que el informe de Práctica Profesional Dirigida con el tema:
"Problemas de Aprendizaje en niños y niñas realizado en el Hospital Nacional de
Chimaltenango" Presentado por la estudiante, Mónica María Oliva Rodríguez, previo
a optar al grado Académico de Licenciatura, 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.



[Handwritten Signature]
Licda. Karen Dubón
Revisora

DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: Mónica María Oliva Rodríguez 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. 001 02/2009

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: "Problemas de Aprendizaje en niños y niñas realizado en el Hospital Nacional de Chimaltenango". Esta 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 **Mónica María Oliva Rodríguez** 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 Ramiro Bolaños Rivera
Facultad de Ciencias de la Educación
Decano



C.C. Archivo

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, septiembre de dos mil diez-**

*En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida " Problemas de Aprendizaje en niños y niñas realizado en el Hospital Nacional de Chimaltenango " presentado por la estudiante Mónica María Oliva Rodríguez quien se identifica con número de carné 0402-05-200552 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.*




**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, Guatemala
a los diez y nueve días del mes de mayo del dos mil diez

*En virtud de que el informe de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Problemas de Aprendizaje en niños y niñas realizado en el Hospital Nacional de Chimaltenango" presentado por la estudiante Mónica María Oliva Rodríguez , previo a optar grado académico de Licenciatura, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe de Práctica Profesional Dirigida.*




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

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Capítulo 1 Referente de referencia	
1.1 Descripción de la población	4
1.2 Misión	5
1.3 Visión	5
1.4 Organigrama	6
1.5 Objetivos	7
1.6 Población que atiende	7
1.7 Descripción de la población que atiende	7
1.8 Planteamiento del problema	8
Capítulo 2 Referente teórico	
2.1 Problemas de aprendizaje	9
2.1.1 Trastornos de la comunicación	11
2.2 Trastornos generalizados del desarrollo	14
2.3 Psicopatología	24
2.3.1 Algunos trastornos psicopatológicos	25
2.3.1.1 Depresión	25
2.3.1.1.1 Tipos de depresión	26
2.3.1.2 Trastornos de ansiedad	35
2.3.1.2.1 Clasificación	36
2.4 Métodos de psicodiagnóstico	41
2.4.1 Técnicas mas usadas en psicodiagnóstico	42
2.4.1.1.La Entrevista	42
2.4.1.2 La observación	45
2.4.1.3	
Test	47
2.4.1.4 Clasificación de los test psicológicos	47
2.4.1.4.1 Test psicométricos	47
2.4.1.4.2 Test proyectivos	48
2.4.1.5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)	49
2.4.1.6 Diagnóstico multiaxial	49
2.4.1.7 Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)	50
2.4.1.8 Guía latinoamericana de los trastornos psiquiátricos (GLADP)	51
2.5 Psicoterapia	51
2.5.1 Relación terapeutica	52
2.5.1.1. Metas y terminación de la terapia	55
2.5.2 Principales terapias utilizadas	55

2.5.2.1 Terapias cognitivo conductuales	55
2.5.2.1.1 Algunas terapias cognitivo conductuales	56
2.5.2.2 Terapias humanístas	61
2.5.2.3 Terapias sistémicas	67
2.5.2.4 Terapias psicoanalíticas	69
2.5.2.4.1 Psicoanálisis como terapia	69
2.5.2.4.1.1 Algunas terapias psicoanalíticas	74
2.5.2.5 Terapias alternativas	76
2.5.2.5.1 Algunas terapias alternativas	76
Capítulo 3 Referente metodológico	
3.1 Programa de práctica profesional dirigida	86
3.1.1 Propósito del curso	86
3.1.2 Objetivos	86
3.1.3 Contenido temático del curso	87
3.1.4 Criterios para el desarrollo del curso o metodología	87
3.1.5 Formas o técnicas de evaluación	88
3.2 Cronograma de práctica profesional dirigida	88
3.3 Planificación general de práctica	91
3.4 Subprogramas	96
3.4.1 Programa de atención de casos	96
3.4.2 Cronograma Proyecto de salud mental	97
Capítulo 4 Presentación de resultados	
4.1 Programa de atención de casos	98
4.1.1 Muestra de casos atendidos	99
4.2 Programa de capacitación	107
4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	109
4.3.1 Programa de aplicación de proyecto de salud mental	110
4.4 Gráficas y análisis de resultados	113
4.4.1 Programa de atención de casos	113
4.4.2 Programa de capacitación	117
4.4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	119
Conclusiones	121
Recomendaciones	122
Referencias	123
Anexos	124
Anexo 1 Constancias	

Resumen

El presente informe contiene una recopilación de todas las actividades realizadas durante la práctica profesional dirigida realizada en el Hospital Nacional de Chimaltenango, la cual tuvo una duración de 500 horas que fueron divididas en varias secciones para hacer en total de horas planificadas. Dichas horas se dividieron en clases teóricas, capacitaciones y trabajadas en el centro de práctica.

El primer capítulo contiene la descripción de la estructura y funcionamiento de la institución en donde se llevó a cabo la práctica, también contiene la misión, visión, objetivos y la población que se atiende en ese lugar.

En el segundo capítulo se presenta el contenido de los principales problemas trabajados durante la práctica, así como su definición, causas y el tratamiento para cada uno de ellos.

El tercer capítulo contiene la metodología utilizada para la ejecución de la práctica y los diferentes programas, planificaciones y actividades que se realizaron.

El cuarto capítulo contiene la presentación de los resultados obtenidos durante la ejecución de la práctica, los problemas más relevantes, los porcentajes de personas atendidas por edades y sexo, así como las estadísticas de la ejecución del proyecto de salud mental y los problemas más relevantes vistos en este proyecto.

Introducción

En este informe se dan a conocer las actividades realizadas durante la Práctica Profesional Dirigida así como el contenido de los diferentes problemas atendidos durante este proceso.

La experiencia adquirida durante este proceso fue enriquecedora al aplicar diferentes técnicas psicológicas y tratamientos en la atención de casos y ayudar a las personas a interesarse en el cuidado de su salud mental y emocional.

El proceso de la práctica profesional dirigida enriquece los conocimientos en psicología clínica y en la aplicación de diferentes pruebas y técnicas aplicadas en la psicología.

Síntesis descriptiva

Las actividades realizadas durante este proceso de práctica tiene una duración de 6 meses en los cuales se realizan diferentes actividades previamente planificadas para luego aplicarlas en el trabajo de campo en diferentes instituciones dedicadas a la atención de problemas de tipo emocional.

También se realizan diferentes capacitaciones a diferentes instituciones sobre temas de tipo emocional para prevenir e incentivar a las personas a interesarse por su salud mental.

También se realiza un proyecto de salud mental dirigido al área rural con el propósito de dar a conocer diferentes problemas de tipo emocional para luego incentivar a las personas que se interesen por su salud mental.

Capítulo 1

Marco de referencia

El Hospital Nacional de Chimaltenango es una institución estatal que brinda servicios médicos y hospitalarios a la población del departamento de Chimaltenango de forma gratuita.

Siendo la salud una necesidad básica que toda la población debe tener acceso a esta institución esta estructurada de tal manera que los servicios no pueden ser interrumpidos pues todos los días existen emergencias que deben ser atendidas. Si los habitantes son atendidos en salud hay una mejoría en el desarrollo social del departamento. A continuación se presentan más detalles de la institución en donde se realiza la Práctica Profesional Dirigida.

1.1 Descripción de la población

El Hospital Nacional de Chimaltenango está ubicado en la calzada Alameda zona 1 de Chimaltenango entre el kilómetro 54 y 56 de la carretera que conduce a la ciudad capital. Se debe tomar en cuenta que el Hospital Nacional de Chimaltenango fue inaugurado hace más de 25 años, con una capacidad arquitectónica para 50 camas para atender a una población de más o menos 200 mil habitantes que en la actualidad sobrepasa el medio millón. La idea original era hacer un hospital de referencia y para eso fue equipado, actualmente se sigue con el mismo equipo y sin el personal suficiente ya que no se cuenta con especialistas la mayor parte del tiempo. La vida útil del equipo ya ha sobrepasado su capacidad máxima en la construcción del mismo, no se tomaron en cuenta aspectos demográficos, culturales ni mucho menos la situación económica imperante con un índice de pobreza del 71% que hace que los habitantes del departamento busquen desesperadamente los servicios hospitalarios, los altos índices de criminalidad que coloca a Chimaltenango como uno de los departamentos con más violencia a nivel nacional, ha elevado de atender tres heridos por arma de fuego al año, hasta seis o más al mes, la gran cantidad de inmigrantes que llega cada año buscando un mejor futuro para ellos y su familia, el incremento en el comercio y por ende en el flujo de vehículos que transitan por la carretera Panamericana ha quintuplicado la cantidad de accidentes de transporte colectivo que

implica atender emergencias hasta de 40 ó 60 pacientes en un momento crítico. Que tiene un índice de 5,740 habitantes por cama de hospital, uno de los mas bajos de todo el país, todos estos son aspectos que agravan la situación hospitalaria como lo demuestra recientemente la crisis por la que pasa no solo Chimaltenango si no el país entero.

1.2 Misión

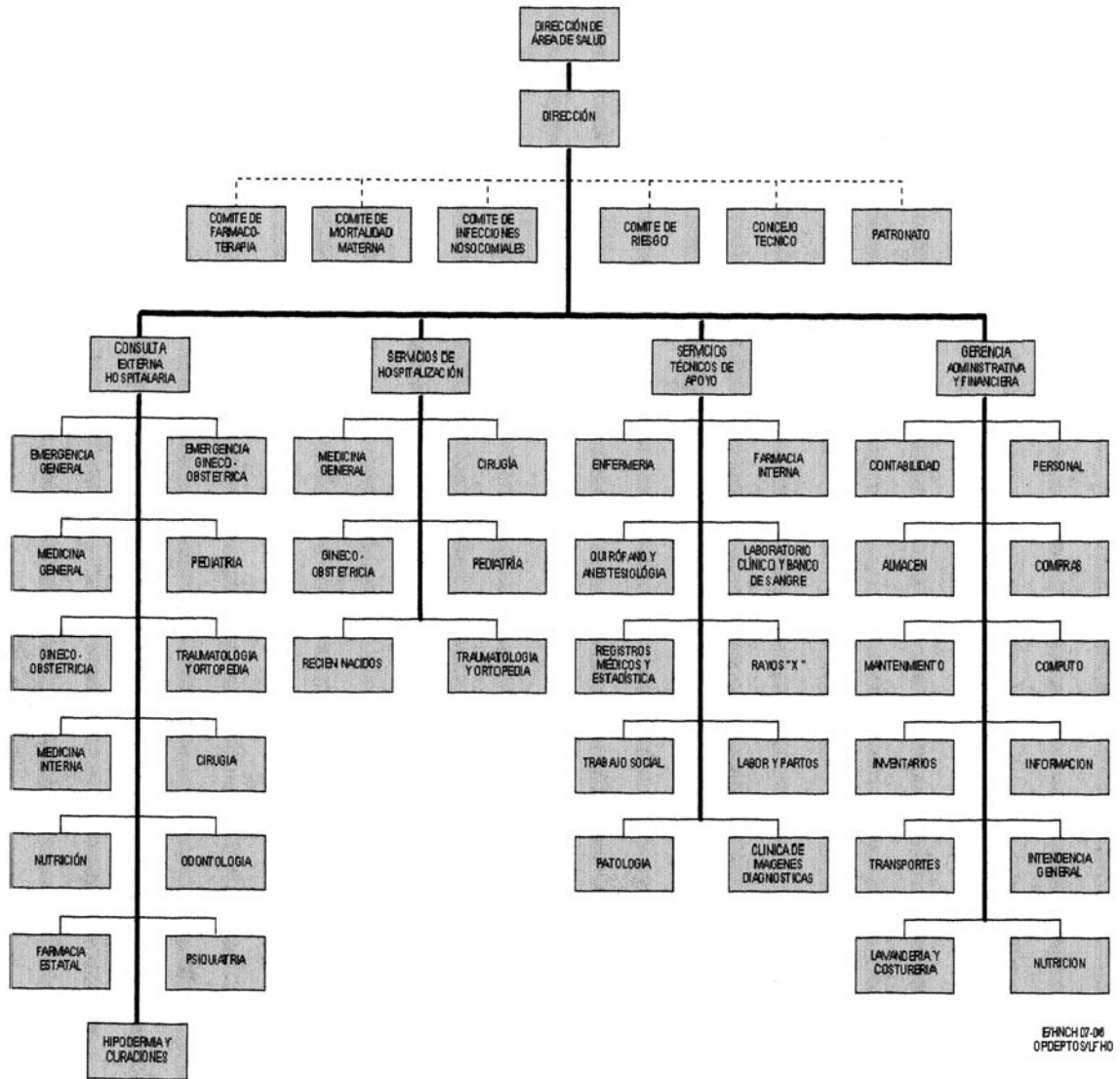
“Devolver o mejorar las condiciones de salud de las personas habitantes del departamento de Chimaltenango, y de las que nos consultan para hacerlos personas, capaces de contribuir al desarrollo de sus familias y la sociedad, a través de los servicios de prevención y recuperación de la salud que les ofrecemos.”

1.3 Visión

Mejorar la calidad de vida de la población del departamento de Chimaltenango, en sus aspectos físico, mental y social enfocados en la recuperación y mantenimiento de una población sana.

1.4 Organigrama

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO



EHNCH 07-06
0 DEPTOS/LF/HO

1.5 Objetivos

Objetivo general

- I. 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.

Objetivos específicos

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

1.6 Población que atiende

El Hospital Nacional de Chimaltenango atiende en sus diferentes áreas de atención a todo tipo de personas ya sean niños, adultos jóvenes y ancianos del departamento de Chimaltenango.

1.7 Descripción de la población que atiende

El Hospital Nacional de Chimaltenango atiende en sus diferentes áreas a todo tipo de personas con escasos recursos, pero principalmente en el área de psicología el cual hasta este año se incluyó este servicio en esta institución. Chimaltenango se caracteriza por ser uno de los

departamentos más pobres del país a pesar que el 29% de su población es económicamente activa y las fuentes de trabajo en los últimos años han aumentado.

1.8 Planteamiento del problema

La mayoría de niños del Departamento de Chimaltenango que acudieron a consulta presentaron varios problemas psicológicos entre los cuales prevalecieron los problemas de aprendizaje, estos fueron referidos por padres de familia y maestros diagnosticándolos mediante observaciones, aplicación de ejercicios y test psicológicos.

La causa principal de los problemas de aprendizaje se pueden dar por varios factores entre los cuales están los factores familiares ambientales y sociales y la falta de atención de los padres de familia hacia los niños.

Capítulo 2

Referente teórico

El presente capítulo es una recopilación de los temas principales investigados durante el proceso de la práctica profesional dirigida, los cuales contienen definiciones necesarias de aprender para la aplicación de la psicología.

Así también contiene un resumen de psicopatología en donde se describen algunos de los trastornos emocionales tratados durante el proceso. Se describe también el tema de psicodiagnóstico en donde se muestran los diferentes instrumentos que se deben utilizar en el ejercicio profesional.

Durante el trabajo de campo hubo necesidad de abordar en el tema de problemas de aprendizaje ya que en la población atendida prevaleció el tratamiento a niños con esta afección por lo que se presenta en primera instancia.

El tema de psicoterapia, que juega un papel importante en el proceso de la psicología, presentando diferentes tipos de terapias y su tratamiento.

2.1 Problemas de aprendizaje

Los problemas de aprendizaje se definen como una dificultad en el aprendizaje, ya que la capacidad del niño en un área específica es debajo de lo que se espera de su edad afectando su nivel educativo y de inteligencia.

Los problemas de aprendizaje también se pueden denominar algunas veces discapacidades en el aprendizaje. La mayoría de niños que tienen un problema de aprendizaje poseen una inteligencia normal.

Entre los tipos de trastornos del aprendizaje se incluyen los siguientes:

- Trastornos de lectura (algunas veces llamado dislexia).
- Trastorno para las matemáticas.
- Trastorno de expresión escrita.

La causa principal de los trastornos del aprendizaje se deben a una anomalía en el sistema nervioso ya sea en la estructura del cerebro o en el funcionamiento de sustancias químicas del cerebro o en las predisposiciones genéticas y problemas relacionados con el embarazo. La diferencia que se da en el sistema nervioso es que provoca que el niño perciba, procese o comunique la información de una manera diferente.

- a) Trastorno de lectura: el trastorno de lectura se caracteriza cuando el niño lee por debajo del nivel para su edad. Estos niños leen despacio y tienen dificultad para entender lo que leen, confunden palabras con otras similares, este trastorno algunas veces es llamado dislexia.
- b) Trastorno para las matemáticas: existe un trastorno para las matemáticas cuando el niño tiene dificultad relacionada con los números, como contar, sumar y llevar números, aprender las tablas, reconocer los números.
- c) Trastorno de expresión escrita: existen un trastorno de expresión escrita cuando el niño tiene dificultades para la escritura comprensión y puntuación, ortografía, la organización de párrafos y componer información escrita.

Los trastornos de aprendizaje pueden ser diagnosticados por varias señales que los padres y maestros pueden detectar las cuales pueden ser:

- a. Lectura, ortografía escritura o para completar problemas matemáticos.
- b. Comprender o seguir instrucciones.
- c. Distinguir la derecha de la izquierda.
- d. Invertir las letras o números (confunde la "b" y la "d" o el 12 y el 21).

Los problemas de aprendizaje requieren de una evaluación exhaustiva por profesionales de la salud mental, educación y pruebas psicológicas y educativas para poder detectar el tipo de trastorno y así poder saber los puntos fuertes y débiles del niño. Toda esta evaluación sirve para

tener conocimiento acerca del problema y determinar las necesidades educativas, de medicamentos, y ver las necesidades de aplicar otro tipo de terapias para su tratamiento.

El tratamiento de los trastornos de aprendizaje requieren un esfuerzo de parte de los padres, profesionales de salud mental y maestros para tener bases y estrategias para que el tratamiento sea adecuado para cada niño.

2.1.1 Trastornos de la comunicación

Son perturbaciones o alteraciones en el lenguaje que dificultan la comunicación lingüística afectando los niveles lingüísticos, fonológicos o semánticos, la comprensión, decodificación etc.

Algunos trastornos de lenguaje son:

Trastorno del lenguaje expresivo: afecta los retardos en el desarrollo e impiden la capacidad de producir el habla.

Trastorno mixto del lenguaje receptivo- expresivo: afecta los retardos en el desarrollo y la capacidad para comprender el lenguaje oral y producir el habla.

Trastorno fonológico: se caracteriza por la producción o articulación del sonido inapropiada, que se observan en un vocabulario y gramática normales. Este deterioro en el aprendizaje de los sonidos del lenguaje incluye sustituciones (*gopa* por *ropa*), omisiones (*yuvia* por *lluvia*), adiciones (*zabana* por *sábana*) y distorsiones.

Tartamudeo

Esta interrupción de la fluidez normal del habla se caracteriza por titubeos, prolongaciones, repeticiones involuntarias e irregulares, o bloqueos en los sonidos, sílabas o palabras.

La causa de los trastornos del lenguaje pueden ser evolutivos o adquiridos, la causa de estos se cree que es biológica, como las anomalías en el desarrollo del cerebro, exposición de toxinas durante el embarazo, abuso de sustancias y toxinas ambientales etc.

Los trastornos del lenguaje afectan en un porcentaje mayor a los varones que a las niñas, los niños que padecen de algún trastorno del lenguaje pueden presentar otros trastornos psiquiátricos.

Los síntomas de los trastornos del lenguaje son experimentados de diferente manera para cada niño los cuales son los siguientes: No desarrollar el habla, frases de vocabulario para su edad, dificultad para comprender instrucciones, problemas para comprender el habla y formular palabras etc.

Dislexia: trastorno relacionado con el lenguaje, por el cual la persona tiene problemas para entender palabras, oraciones o párrafos.

Discalculia: trastorno relacionado con las matemáticas, por el cual la persona tiene dificultades para resolver problemas y entender conceptos matemáticos.

Digrafía: trastorno relacionado con la escritura, por el cual la persona tiene dificultades para formar correctamente las letras o escribir dentro de un espacio determinado.

Trastorno de procesamiento auditivo o visual: trastorno sensorial por el cual la persona tiene dificultades para comprender el lenguaje a pesar de tener el oído y la vista normales.

Se puede ayudar a los niños con problemas de aprendizaje mediante una terapia de apoyo si su condición se detecta y se trata a tiempo, pero si el problema se ignora puede aumentar y complicarse rápidamente. Un niño que en la escuela primaria no aprende a sumar, al llegar a la secundaria no podrá entender álgebra. El niño que trata de aprender con gran esfuerzo se frustrará progresivamente y desarrollará problemas emocionales como una pobre autoestima, resultado de los fracasos repetidos. Algunos pueden presentar también problemas de conducta al querer de manera inconsciente esconder sus limitaciones en cuanto al aprendizaje y conseguir la atención de los demás.

¿Cómo pueden los padres detectar problemas de aprendizaje en sus hijos mediante las siguientes características: Dificultad para mantener la atención o para seguir instrucciones, dificultad para recordar lo que se les acaba de decir, dificultad en el dominio de destrezas relacionadas con la lectura, la escritura y/o los conceptos matemáticos, dificultad en la lateralidad (distinguir entre derecha e izquierda), dificultad en la direccionalidad (distinguir entre arriba, abajo, adelante,

atrás), Dificultad en la coordinación motriz (cuando camina, en los deportes, en actividades manuales sencillas como sostener un lápiz, amarrarse los zapatos o hacer un lazo).

Dificultad para entender los conceptos espacio-temporales; “ayer”, “hoy”, “mañana”, “ahora”, “lejos”, “cerca”, “antes”, “después”.

Existen muchos especialistas en este tipo de problemas que podrán trabajar en colaboración con los padres y educadores para hacer pruebas que puedan detectar la razón de la dificultad en el aprovechamiento

Después de una valoración, el terapeuta hará recomendaciones y emprenderá el camino adecuado para ayudar al niño a desarrollar su potencial, fortaleciendo su confianza (elemento esencial para el desarrollo emocional saludable). De igual manera, ayudará también a los padres y otros miembros de la familia a enfrentarse a la realidad de vivir con un niño con problemas específicos de aprendizaje.

La mayoría de niños con trastornos del lenguaje son sometidos a evaluaciones del habla y lenguaje cuando existe un retraso en el desarrollo de la comunicación.

La evaluación integral requiere de exámenes psicométricos para evaluar (razonamiento lógico, reacciones a diferentes situaciones y rendimiento del pensamiento exámenes psicológicos y cognitivos).

El tratamiento de los trastornos del lenguaje debe ser determinado por el médico del niño, maestros, especialistas en el lenguaje y profesionales de la salud mental.

Este esfuerzo debe ser conjunto con los padres, maestros, y los profesionales de la salud mental, para proporcionar las bases y estrategias individualizadas de tratamiento para ver las necesidades para el tratamiento.

2.2 Trastornos generalizados del desarrollo

Los trastornos generalizados del desarrollo, también llamados trastornos del espectro del autismo, generalmente se pueden identificar en los primeros años de vida. Los niños con PDD (*pervasive development disorder* o trastornos generalizados del desarrollo) tienen dificultades en algunas áreas de desarrollo o en el uso de habilidades funcionales tales como el lenguaje, la comunicación, la socialización y el comportamiento motor. Algunos ejemplos de PDD son los siguientes:

- Autismo (trastorno autista)
- Trastorno de Asperger
- Trastorno de Rett
- Trastorno desintegrativo de la niñez (también denominado psicosis del desarrollo)

Las causas específicas de los trastornos generalizados del desarrollo se desconocen. Los niños con PDD tienen problemas para procesar la información. En consecuencia, las causas de los PDD guardan alguna relación con las diferencias en las funciones cerebrales. Sin embargo, la conducta de los padres no es la causa, ni siquiera un factor que contribuya a la causa o causas de los PDD.

Los trastornos generalizados del desarrollo son muy poco frecuentes. La información relacionada con la cantidad de personas que sufren PDD no es consistente. Muchas fuentes declaran que por cada 10.000 nacimientos, entre cinco a 20 niños reciben el diagnóstico de PDD, incluyendo el autismo. Sin embargo, otras fuentes indican que estos son cálculos muy conservadores. A excepción del trastorno de Rett, los PDD se detectan más a menudo en los varones. El trastorno de Rett casi siempre se detecta en las niñas.

A) Autismo

Es un trastorno del desarrollo que persiste a lo largo de toda la vida. Este síndrome se hace evidente durante los primeros 30 meses de vida y da lugar a diferentes grados de alteración del lenguaje y la comunicación, de las competencias sociales y de la imaginación. Con frecuencia, estos síntomas se acompañan de comportamientos anormales, tales como actividades e intereses de carácter repetitivo y estereotipado, de movimientos de balanceo, y de obsesiones insólitas

hacia ciertos objetos o acontecimientos. Es un desorden del desarrollo del cerebro que puede comenzar en niños antes de los tres años de edad y que deteriora su comunicación e interacción social causando un comportamiento restringido y repetitivo. Puede clasificarse de diversas formas, como un desorden en el desarrollo neurológico o un desorden en el aparato psíquico.

Las personas con autismo clásico muestran distintos tipos de síntomas: interacción social limitada, problemas con la comunicación verbal y no verbal. Las características del autismo por lo general aparecen durante los primeros tres años de la niñez (con frecuencia no se nota antes de los 2 ó 3 años de edad) y continúan a lo largo de toda la vida. Aunque no existe una "cura", el cuidado apropiado puede promover un desarrollo relativamente normal y reducir los comportamientos considerados inapropiados. Las personas con autismo tienen una esperanza de vida normal.

Entre los síntomas del autismo se pueden encontrar:

- No hay una buena interacción social con los demás, incluidos los padres
- Muestra falta de interés o rechazo al contacto físico. Los padres describen a los lactantes autistas como "no afectuosos". Los lactantes y los niños autistas no se tranquilizan con el contacto físico
- Evita hacer contacto visual con los demás, incluidos los padres
- No desarrolla amigos ni interactúa con otros niños
- No hay una buena interacción con los demás
- Demora o no desarrolla el lenguaje
- Una vez que desarrolla el lenguaje, no lo utiliza para comunicarse
- Tiene ecolalia (repite palabras o frases en forma reiterada, como un eco)
- Demuestra comportamientos repetitivos
- Tiene movimientos motores repetitivos (por ejemplo, se balancea y agita las manos o los dedos)
- Se queda ensimismado, generalmente con luces, objetos que se mueven o partes de objetos
- No le gusta el ruido
- Tiene rituales

- Requiere rutinas

B) Trastorno de Asperger

Es un trastorno neurobiológico generalmente considerado como perteneciente al espectro del autismo. Los pacientes con síndrome de Asperger tienen capacidad intelectual dentro del rango normal con, sin embargo, un perfil distinto de habilidades aparentes desde la temprana infancia. Pueden mostrar conductas y deficiencias marcadas en habilidades sociales y de la comunicación. El síndrome de Asperger es un trastorno poco común y la información sobre la prevalencia es limitada pero parece ser más común en varones.

Entre los síntomas de Asperger se pueden encontrar:

- Desarrollo normal del habla, habilidades de autoayuda, habilidades de pensamiento (desarrollo cognitivo) y curiosidad acerca del entorno.
- Dificultad en la interacción social, por ejemplo para hacer amigos, compartir ideas, compartir gustos o logros, expresiones faciales (sonrisas) o contacto visual con los demás.
- Patrones de comportamiento repetitivo y estereotipado o juegos con rutinas o rituales extraños (agitar las manos o los dedos, recoger objetos extraños como hilas).

Capacidad de originalidad y creatividad concentrada en áreas de interés aisladas.

C. Trastorno de Rett

El síndrome de Rett es un trastorno en el desarrollo neurológico infantil caracterizado por una evolución normal inicial seguida por la pérdida del uso voluntario de las manos, movimientos característicos de las manos, un crecimiento retardado del cerebro y de la cabeza, dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental. El síndrome afecta casi exclusivamente a niñas y mujeres.

El trastorno fue identificado por el Dr. Andreas Rett, médico austríaco que lo describió por primera vez en un artículo publicado en 1966. El trastorno fue reconocido en forma generalizada sólo después de la publicación de un segundo artículo en 1983.

La evolución del síndrome de Rett, incluyendo la edad de inicio y la gravedad de los síntomas, varía de niña a niña. Sin embargo, antes de que los síntomas comiencen, la niña parece estar creciendo y desarrollándose normalmente. Luego, aparecen gradualmente síntomas mentales y físicos. La hipotonía (pérdida del tono muscular) generalmente es el primer síntoma. A medida que el síndrome progresa, la niña pierde el uso voluntario de las manos y el habla. Otros síntomas iniciales pueden incluir problemas al gatear y caminar, y disminución del contacto visual. La pérdida del uso funcional de las manos es seguida por movimientos compulsivos de la mano tales como frotarse y lavarse las manos. El inicio de este período de regresión a veces es repentino.

Otro síntoma, apraxia-la incapacidad de realizar funciones motoras-es quizás la característica más debilitante del síndrome de Rett. La apraxia interfiere con todos los movimientos del cuerpo, incluyendo la fijación de la mirada y el habla.

Los individuos que padecen del síndrome de Rett a menudo presentan comportamientos autistas en las primeras etapas. Otros síntomas pueden incluir caminar con la punta de los pies, problemas del sueño; marcha con amplia base de sustentación (es decir, con las piernas muy separadas); rechinar o crujir los dientes y dificultad para masticar; crecimiento retardado; convulsiones; incapacidades cognoscitivas (del aprendizaje e intelecto) y dificultades en la respiración al estar despierto, como por ejemplo la hiperventilación, apnea (respiración contenida) y aspiración de aire.

Los síntomas del trastorno de Rett pueden incluir:

- Gestación, nacimiento, y crecimiento y desarrollo normal del recién nacido
- Crecimiento y desarrollo normales durante los primeros 5 a 18 meses de vida
- Circunferencia cefálica normal al nacer

Pasado un período de desarrollo normal de por lo menos cinco meses, se producen los siguientes cambios:

- El tamaño de la cabeza del niño no crece como debería entre los 5 y los 48 meses
- Pérdida de habilidades manuales útiles previamente aprendidas (tales como buscar y asir un objeto) y desarrollo de movimientos estereotipados con las manos que no son útiles para el niño, como por ejemplo frotarse las manos
- Pérdida de comportamientos de trato social, tales como sonrisas y contacto visual (sin embargo, estos comportamientos pueden volver a desarrollarse más adelante)
- Pérdida de marcha o de movimientos corporales coordinados
- Las habilidades de lenguaje expresivo (capacidad para expresar pensamientos verbalmente) y receptivo (capacidad para entender y utilizar el lenguaje que escucha o ve) se alteran y se desarrolla un retraso psicomotor severo.

D. Trastorno desintegrativo de la niñez

Es un cuadro mal conocido y que implica una pérdida de funciones y capacidades previamente adquiridas por el niño (es decir, una clara regresión). Para poderse diagnosticar ese trastorno, la pérdida tiene que producirse después de los dos años y antes de los diez, y tiene que establecerse con garantías que antes de la regresión había un desarrollo claramente normal de competencias del lenguaje, comunicación no verbal, juego, relaciones sociales y conductas adaptativas.

Es algo similar al autismo, pero se suele observar un periodo aparente de desarrollo bastante normal antes de aparecer una regresión (o serie de regresiones) en las habilidades. Muchos niños ya se encuentran con algo de retraso cuando la enfermedad se hace patente, pero estas demoras no son siempre obvias en los niños más pequeños.

La edad en la cual sobreviene esta regresión varía, y puede ocurrir entre los 2 y los 10 años.

La regresión puede ser muy repentina, y el niño puede expresar incluso su preocupación sobre lo que está sucediendo, para sorpresa de los padres. Algunos niños describen o parecen estar reaccionando ante alucinaciones, pero el síntoma más obvio es que las habilidades adquiridas aparentemente se pierden. Muchos escritores la han definido como una enfermedad devastadora, que afecta tanto a la familia como al futuro del individuo. Como es el caso de todas las categorías de trastornos generalizados del desarrollo, existe una controversia considerable acerca del tratamiento correcto para este síndrome.

Fue descrito por el educador austríaco Theodore Heller en 1908, 35 años antes de que Leo Kanner describiera el autismo, pero no se ha reconocido oficialmente hasta hace poco. Heller utilizaba la denominación de *dementia infantilis* para este síndrome.

Los síntomas del trastorno desintegrativo de la niñez pueden incluir:

- Al menos dos años, y generalmente hasta cuatro años, de desarrollo normal incluyendo lenguaje, relaciones e interacciones sociales y juegos y comportamiento adaptativo
- Durante un período breve (algunos meses), se produce una pérdida severa del funcionamiento de las habilidades sociales, comunicativas y de comportamiento. Sin mediar ninguna enfermedad o causa obvia, los niños que sufren trastorno desintegrativo de la niñez se vuelven ansiosos, irritables, negativos y desobedientes, con frecuentes berrinches y explosiones sin motivo aparente. Estos niños experimentan una pérdida total del habla y el lenguaje, comprensión del lenguaje y disminución de las habilidades de pensamiento (cognitivas).

Los síntomas de los PDD a menudo se parecen a los de otros trastornos o problemas médicos. Siempre consulte al médico de su hijo para el diagnóstico.

Los trastornos generalizados del desarrollo habitualmente se identifican a la edad de 3 años. Un psiquiatra u otro profesional de la salud mental, normalmente diagnostica cualquiera de los PDD a partir de una evaluación médica y psiquiátrica completa.

Es importante efectuar un diagnóstico temprano y preciso de los PDD ya que algunos ponen a los niños en riesgo de desarrollar otros trastornos mentales (por ejemplo, depresión, trastorno de déficit de atención/hiperactividad, trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia).

El tratamiento específico para los PDD será determinado por el médico del niño basándose en lo siguiente:

- La edad de su hijo, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- Qué tan avanzado esté el trastorno
- El tipo de trastorno
- La tolerancia de su hijo a determinados medicamentos o terapias

- Sus expectativas para la trayectoria del trastorno
- Su opinión o preferencia

Los planes de tratamiento son individualizados y se basan en los síntomas del niño y el nivel de severidad. Se utilizan enfoques de tratamiento multidisciplinario para atender las necesidades individuales de cada niño, según sea necesario.

➤ El tratamiento puede incluir:

- Terapia del habla
- Terapia ocupacional
- Enseñanza de habilidades sociales (para ayudar al niño a llevar a cabo actividades de la vida diaria, o ADL, y formas de comunicarse y relacionarse con los demás)
- Terapia de comportamiento

Para tratar los trastornos del desarrollo, se diseñan programas educativos y de comportamiento especializados. Las técnicas de comportamiento ayudan a los niños a aprender a comportarse de maneras más aceptables. Los padres pueden aprender técnicas de comportamiento para poder suministrar recompensas y límites definidos coherentes en casa. Aunque algunos niños con PDD requieren aulas especializadas altamente estructuradas que prestan atención a sus necesidades académicas específicas, otros niños pueden funcionar en un aula normal con atención menos especializada.

Los medicamentos pueden resultar útiles para tratar algunos síntomas de los PDD, en algunos niños. Los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes ayudan a las familias a identificarse y a participar en el tratamiento y los programas educativos basándose en el tratamiento y las necesidades educativas de cada niño en particular.

Hasta el momento, no se conocen medidas preventivas que permitan reducir la incidencia o la severidad de ningún tipo de PDD. No obstante, se cree que el nivel de severidad se puede mejorar con el tratamiento precoz.

E) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Es un síndrome conductual con bases neurobiológicas y un fuerte componente genético. Es una enfermedad muy prevalente que, según estimaciones, afecta entre un 5 y un 10% de la población infanto-juvenil, siendo unas 3 veces más frecuente en varones. No se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos. Representa entre el 20 y el 40% de las consultas en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil.

Se trata de un trastorno neurológico del comportamiento caracterizado por distracción moderada a severa, períodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas. Tiene una muy alta respuesta al tratamiento, aunque se acompaña de altas tasas de comorbilidad psiquiátrica. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): "Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas)".

Esta disfunción neurobiológica fue reconocida primero en la edad infantil. Sin embargo, en la medida en que fue mejor comprendida, se reconoció su carácter crónico, ya que persiste y se manifiesta más allá de la adolescencia. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60 y el 75% de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta.

Históricamente esta enfermedad ha recibido distintas caracterizaciones e innumerables denominaciones, lo que dificulta las consultas de la literatura especializada. Cabe agregar que el acrónimo inglés ADHD (*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) es ampliamente utilizado para referirse a este síndrome.

E.1 Causas

Se trata de un trastorno neuroconductual de origen fundamentalmente genético. Se han demostrado factores de origen hereditario (es decir, heredados, no adquiridos en el curso de la

vida) en un 80% de los casos. Diversos estudios demuestran que hay una transmisión familiar del trastorno, que no ocurre por medio de relaciones adoptivas.

En contraste, cabe destacar que la contribución estimada de factores no hereditarios a todos los casos de TDAH es de sólo un 20%. Para explicar esa minoría de casos se ha propuesto la intervención de causas multifactoriales, que suponen también factores genéticos aunque en combinación con factores ambientales. La influencia de causas congénitas que actuarían durante la gestación (es decir, no hereditarias; con participación de factores genéticos o ambientales en proporciones variables), tales como la exposición en útero a la nicotina, no se consideran tan importantes como hace unas décadas.

Es de notar que, incluso en casos que a primera vista se atribuyen a factores ambientales (como el recién mencionado), la intervención del factor netamente genético ofrece una explicación plausible. En ese sentido, se ha establecido que los índices de tabaquismo entre mujeres con TDAH son varias veces mayores que en la población general. Y en virtud de ello, estas mujeres son también más propensas a fumar durante el embarazo: como corolario, la presencia del TDAH en el niño por nacer remite nuevamente a factores genéticos.

E.2 Diagnóstico

Como se ha mencionado antes, el TDAH integra la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la *American Psychiatric Association* (APA). Se inscribe en el grupo de los denominados trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y, en particular, en la clase de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. En virtud de todo lo anterior, el TDAH es una entidad que remite a un trastorno.

En términos generales, y en consistencia con el modelo conceptual del manual, el término "trastorno" apunta a definir un patrón comportamental de significación clínica asociado con un malestar, un impedimento o un riesgo significativamente aumentado de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la

falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

E.3 Tratamiento

Los síntomas del TDAH expresan un problema biológico y por lo tanto se abordan más eficazmente con tratamiento farmacológico, que constituye todavía el pilar más importante de la terapéutica. Los tratamientos habituales se basan paradójicamente en estimulantes, de los que muy pronto se observó que modifican positivamente los síntomas. Entre ellos están la cafeína y la nicotina, con los que a veces se automedican adolescentes y adultos. El primer informe idóneo avalando el uso de psicoestimulantes, data del año 1937, cuando Charles Bradley estableció la eficacia y seguridad del sulfato de anfetamina para el tratamiento de niños hiperactivos.

Actualmente, las sustancias más empleadas en Estados Unidos son el metilfenidato (principio activo detrás del nombre comercial Ritalina) y la d, l-anfetamina (Adderall), seguidas de la dexanfetamina (Dexedrina) y la metanfetamina. Otros psicoestimulantes, de segunda línea en el tratamiento del TDAH, son la pemolina (Cylert) y el modafinilo (Modiodal). En los últimos años los fármacos de efecto inmediato tienden a ser sustituidos por otros preparados que, con los mismos principios activos, logran un efecto más prolongado, mejorando la calidad de vida de los afectados, sobre todo los escolares.

Tal como ha sucedido con otras psicopatologías cuyo tratamiento es pre eminentemente farmacológico, tanto la entidad diagnóstica de TDAH como la viabilidad del tratamiento médico, han sido abiertamente rechazados por movimientos minoritarios y marginales, partidarios de la denominada anti psiquiatría.

También está aceptado el tratamiento psicológico de los problemas conductuales asociados. Este tipo de intervenciones es complementario al tratamiento farmacológico y normalmente busca una reducción de las conductas disruptivas del niño en los diferentes ambientes mediante terapias enmarcadas en corrientes cognitivo-conductuales. Igualmente puede ser aconsejable una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH.

Actualmente se están desarrollando terapias de desarrollo positivo en los niños, que intentan reforzar los aspectos potenciales de los jóvenes mediante deporte y dinámicas de grupo. Intervenciones innovadoras como Tatami Terapia donde los expertos trabajan con grupos de diez niños mediante el deporte, están dando buenos resultados.

Diferentes investigadores han desarrollado modelos de refuerzo mediante economía de fichas con grupos de niños con TDAH y se ha establecido que bien conducido da mejores resultados que la terapia individual. De esta forma se pueden explorar aspectos como la autoestima y las habilidades sociales.

La complementariedad entre terapias cognitivo conductuales y el seguimiento farmacológico, parecen hoy en día el mejor tratamiento para el TDAH.

2.3 Psicopatología

La psicopatología viene etimológicamente del griego *phatos* que significa enfermedad y *logos* que significa tratado o estudio, sirve para explicar la conducta anormal, investigar, para poder experimentar con los elementos hallados.

- Como designación de un área de estudio: aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales .
- Como término descriptivo: aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados "no-sanos" en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta (Psicología conductista) o cualquier otro proceso cognitivo permite explicar los estados "no-sanos" de las personas, así como posibles

aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud. Por ejemplo, los procesos de aprendizaje relativos a la fobia son bien conocidos, encaja este cuadro clínico o no dentro de la categoría psiquiátrica de fobia.

El término psicopatología puede ser usado también para denotar conductas o experiencias indicadoras de enfermedad o trastorno mental, incluso cuando no constituyan un diagnóstico formal. Por ejemplo, la de presencia de alucinaciones puede ser considerado como un signo patológico, aunque no haya suficientes síntomas presentes para completar los criterios requeridos para completar el diagnóstico de una enfermedad completa según las clasificaciones existentes (CIE-10, DSM-IV), los trastornos psicológicos.

En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cerebrales cognitivas o neurocognitivas, podría ser clasificado de psicopatología.

Psicopatología hace referencia, o bien a los síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica con una clara explicación biológica, como en el caso del hipotiroidismo, o bien a los síntomas de trastornos psicológicos, o bien estados contrarios a la salud mental mediante determinados procesos mentales.

2.3.1 Algunos trastornos psicopatológicos

2.3.1.1 Depresión

Es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte).

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer.

2.3.1.1.1 Tipos de depresión

a) La depresión severa (trastorno depresivo mayor)

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, etc. Es decir, es un tipo de depresión incapacitante que altera la vida del paciente.

a.1 Causas

Se desconoce la causa exacta de la depresión. Muchos investigadores creen que puede ser causada por desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona.

Algunos tipos de depresión parecen transmitirse de padres a hijos, aunque ésta también se puede presentar en personas que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Los cambios de vida o acontecimientos estresantes también pueden desencadenar la depresión en algunas personas. Por lo general, está involucrada una combinación de factores.

Los hombres y mujeres de todas las edades, razas y niveles económicos pueden tener depresión, pero ocurre con más frecuencia en las mujeres.

Las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión después del parto como resultado de los cambios hormonales y físicos. Aunque las madres primerizas comúnmente experimentan "melancolía" transitoria, la depresión que se prolonga por más de 2 a 3 semanas no es normal y requiere tratamiento.

La depresión mayor también se puede presentar en adolescentes y niños, y a ellos también les puede servir el tratamiento.

a.2 Síntomas de trastorno depresivo mayor

Los síntomas característicos del trastorno depresivo mayor se superponen a los del trastorno depresivo mayor, con matices:

- Agitación, inquietud e irritabilidad
- Cambio drástico en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso
- Dificultad extrema para concentrarse
- Fatiga y falta de energía
- Sentimientos de desesperanza y abandono
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa inapropiada
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales; una pérdida de interés o placer en actividades que alguna vez se disfrutaban (como la actividad sexual)
- Pensamientos de muerte o suicidio
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño

La depresión también puede aparecer como ira y desmotivación en vez de sentimientos de desesperanza y abandono. Si la depresión es muy severa, puede estar acompañada de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios. Estos síntomas se pueden enfocar en temas de culpa, insuficiencia personal o enfermedad.

a.3 Tratamiento

La depresión puede tratarse de diferentes maneras, particularmente con medicamentos y asesoramiento, y la mayoría de las personas se benefician de una combinación de los dos tratamientos. Algunos estudios han demostrado que la terapia con antidepresivos combinados con psicoterapia tiene mejores resultados que cualquiera de las terapias sola.

Los medicamentos abarcan antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y algunos antidepresivos más nuevos. Aunque los antidepresivos pueden ser muy efectivos, algunos pueden no ser apropiados para todas las personas. Por ejemplo, en el 2007, la FDA propuso que todos los antidepresivos deben llevar la advertencia del riesgo de comportamiento suicida en adultos jóvenes de edades entre 18 y 24 años.

Para aumentar la efectividad de los antidepresivos, pueden necesitarse suplementos de litio y de hormonas tiroideas. Asimismo, las personas con síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones, pueden necesitar medicamentos antipsicóticos. El medicamento antipsicótico quetiapina también ha sido aprobado para tratar episodios de depresión en personas con trastorno bipolar.

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento que ocasiona una convulsión por medio de una corriente eléctrica y puede mejorar el estado de ánimo de personas con depresión severa o personas suicidas que no respondan a otros tratamientos.

A medida que el tratamiento hace efecto, se reduce el pensamiento negativo y aunque toma tiempo sentirse mejor, por lo general hay mejorías día tras día.

Es importante mantener un estilo de vida saludable:

- Evite el alcohol y las drogas (ya que empeoran la depresión y pueden interferir con los medicamentos)
- Consuma comidas bien balanceadas
- Duerma bien y haga ejercicio con regularidad
- Busque relaciones de apoyo interpersonal

b) Trastorno bipolar.

Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros

Puede llevar a que la persona se meta en graves problemas y en situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca en individuo puede sentirse feliz o eufórico, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

b.1 Síntomas

La característica principal es que es «cíclica» (bipolar), es decir etapas normales seguidas de períodos, episodios o etapas maníacas o depresivas, por separado o alternándose.

Las personas que padecen de este trastorno viven cuando están con crisis en los dos extremos opuestos de la vida; cuando están «deprimidas», pierden el interés en la vida, llegando a pensar en la muerte y en el suicidio para dejar de sufrir.

De igual modo, cuando están contentos, se llenan de «euforia» y ven todo de color rosa, se sienten capaces de hacer cualquier cosa, y llegan al extremo de no dormir por considerar que es una actividad innecesaria dentro de su nueva faceta de "inacabable movilidad". En algunos casos la euforia es tal que pueden llegar a cometer acciones que en un estado de conciencia normal no harían, como consumir drogas o gastar dinero hasta la ruina económica propia y familiar.

Aparece alrededor de los 20 años, pero también puede aparecer antes o después. A veces empieza a manifestarse después de un parto.

Los períodos en los cuales el afectado suele estar deprimido o eufórico suelen ser variables y están relacionados a cambios meteorológicos y de estación, o a circunstancias de la vida (acontecimientos vitales). Entre cada fase, el afectado está en un estado normal.

Se dice que de cada 1000 personas, 10 ó 15 padecen el trastorno bipolar, y si uno de los padres la padece, la posibilidad de que los hijos la padezcan aumenta hasta en un 15%. pero la heredabilidad general de este trastorno es de un 80%.

La depresión se presenta en varias formas, al igual que otras enfermedades, como las enfermedades cardíacas. Este folleto describe tres tipos comunes de trastornos depresivos. Dentro de estos tipos hay variaciones en el número de síntomas, su severidad y persistencia.

Es una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo. Quienes la sufren pasan alternativamente de la euforia o "manía" a la depresión, llegando a necesitar, en ocasiones, la hospitalización. Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. Este trastorno, no es tan frecuente como los anteriores y si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

El trastorno bipolar suele iniciarse en la vida adulta y, aunque es menos común, también puede comenzar en la adolescencia y raras veces en la niñez. El trastorno bipolar puede afectar a cualquier persona sin embargo, el factor hereditario desempeña un papel importante, de modo que si uno o ambos progenitores padecen un desorden bipolar, existe mayor probabilidad de que los hijos desarrollen el mismo desorden.

b.2 Tratamiento

Actualmente no existe cura para el trastorno bipolar, pero puede ser controlado. El objetivo del tratamiento consiste en un control eficaz del curso de la enfermedad a largo plazo, lo cual puede suponer el tratamiento de los síntomas emergentes. Para lograrlo se emplean técnicas farmacológicas y psicológicas. El tratamiento farmacológico se basa en el uso de estabilizadores del estado de ánimo y de las técnicas psicológicas la única que ha demostrada ser eficaz es el psicoeducación. La meta del tratamiento es evitar las crisis y minimizar o eliminar los síntomas sub-sindromáticos. En realidad el tratamiento del trastorno bipolar es simple si consideramos los siguientes aspectos:

1. El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, valproato, carbamacepina, ixcarbacepina, lamotrigina, topiramato).
2. Los antipsicóticos atípicos no son estabilizadores del estado de ánimo y su uso debe limitarse a los periodos de crisis, y siempre en combinación con un estabilizador del estado de ánimo. Su uso en monoterapia posee un impacto neurocognitivo deteriorante para el paciente.
3. Los antidepresivos tampoco son estabilizadores del estado de ánimo y deben evitarse en pacientes bipolares porque aumentan la frecuencia del ciclado, favorecen la aparición de episodios mixtos y pueden producir viraje a manía. Cuando su uso es imprescindible deben usarse solo durante las crisis y asociados a un estabilizador del ánimo.

a) Los estabilizantes del estado de ánimo

Los estabilizantes del estado de ánimo sirven para hacer que el estado de ánimo permanezca estable sin altibajos y así mismo prevenir o mitigar episodios de manía o depresivos. Entre los medicamentos de este tipo que han demostrado su eficacia está el litio que viene usándose desde hace mucho tiempo.

b) Los anticonvulsivantes o anticonvulsivos

Los anticonvulsivos o anticonvulsivantes son unos fármacos que originalmente se usaban con enfermos de epilepsia pero no se tardó en descubrir su eficacia en el tratamiento de los trastornos

del humor. Entre los anticonvulsivantes más efectivos para la estabilización del humor figuran el ácido valproico, comercialmente distribuido en España como Depakine, en EEUU. como Depakote y en Argentina como Valcote, la carbamazepina o Tegretol y la lamotrigina o Lamictal. El Lamictal forma parte de un grupo de anticonvulsivos más recientes que incluyen la oxcarbazepina (Trileptal) y el topiramato (Topamax).

El ácido valproico es un anticonvulsivante no relacionado químicamente con otros anticonvulsivos y merece una sección especial. El divalproex sódico (Depakote) es un derivado del ácido valproico liberado y absorbido desde el intestino más lentamente que el ácido valproico. El Depakote retard es un derivado más potente que el divalproex sódico cuya ingesta debe llevarse a cabo con menor frecuencia que el Depakote.

c) Los antipsicóticos

Dentro de los antipsicóticos cabe incluir dos tipos: los tradicionales y un grupo de antipsicóticos nuevos o antipsicóticos de nueva generación llamados antipsicóticos atípicos por tener características químicas diferentes de los antipsicóticos tradicionales.

c.) Depresión psicótica

Es un padecimiento en el cual la depresión está asociada con ausencia de contacto con la realidad (psicosis). Esto puede tomar la forma de falsas creencias (delirio) o detección de algo

Causas, incidencia y factores de riesgo

Aunque no existen factores de riesgo obvios, los antecedentes familiares de depresión enfermedad psicótica aumentan el riesgo de desarrollo de esta condición.

Los síntomas de la depresión psicótica son una combinación de los síntomas de la depresión y de los de la psicosis. Esta condición ocurre cuando una persona deprimida pierde completamente el contacto con la realidad, experimentando alucinaciones o delirios.

El contenido de estos delirios y alucinaciones puede ser consistente con la depresión. Por ejemplo, algunas personas escuchan voces que las critican y que las tratan de inadecuadas o malvadas o que les dicen que no merecen vivir y que, por lo tanto, se deben suicidar. La depresión psicótica requiere atención médica inmediata para prevenir que la persona se haga daño a sí misma o a los demás.

Generalmente, el tratamiento abarca el uso de medicamentos antidepresivos y antipsicóticos. Estos últimos algunas veces se administran sólo temporalmente. La terapia electroconvulsiva es muy efectiva para tratar esta condición, pero generalmente es un tratamiento de segunda línea.

d) La Distimia

La distimia, también llamada trastorno distímico, se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica. Sin embargo, las personas que tienen distimia también pueden experimentar a veces episodios de depresión grave.

La depresión es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Puede afectar o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Las personas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "recobrar el ánimo" y reponerse. A menudo es necesario el tratamiento que, a veces, es incluso decisivo para la recuperación.

Existen tres tipos de depresión que pueden clasificarse en tres grupos principales:

- Depresión grave (depresión clínica)
- Síndrome maniaco depresivo (trastorno bipolar)
- Distimia (trastorno distímico)

Se desconoce la causa de la distimia. Se cree que los cambios en la producción cerebral del químico serotonina influyen, ya que la serotonina ayuda a que el cerebro controle las emociones y tome decisiones.

A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la distimia, que son menos severos pero más crónicos que los de la depresión grave. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Tristeza, ansiedad o sensación de "vacío" persistentes.
- Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban.
- Llanto excesivo.
- Mayor inquietud e irritabilidad.
- Menor capacidad de concentrarse y tomar decisiones.
- Disminución de la energía.
- Pensamientos de muerte o suicidas, intentos de suicidio.
- Aumento de los sentimientos de culpabilidad, desamparo y, o desesperanza.
- Alteraciones del peso y, o del apetito debido a comer de forma insuficiente o excesiva.
- Alteraciones en los hábitos del sueño.
- Aislamiento social.
- Síntomas físicos que no ceden ante los tratamientos estándar (por ejemplo, dolor crónico, dolor de cabeza).

Para un diagnóstico de distimia, un adulto debe exhibir un estado de ánimo deprimido durante al menos dos años (un año en los niños y adolescentes), junto con por lo menos otros dos síntomas de depresión (señalados arriba). Los síntomas de la distimia pueden parecerse a los de otras condiciones psiquiátricas. Siempre consulte a su médico para el diagnóstico.

El tratamiento específico de la distimia será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

- Su edad, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzada está la condición.
- Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas para la trayectoria de la condición.
- Su opinión o preferencia.

El tratamiento puede incluir cualquiera de los siguientes elementos o una combinación de ellos:

- Medicamentos antidepresivos (especialmente cuando se administran en combinación con la psicoterapia, resultan muy eficaces para el tratamiento de la depresión).
- Psicoterapia (en la mayoría de los casos, terapia cognitivo-conductista o interpersonal orientada a modificar la visión distorsionada que tiene el individuo de sí mismo y de su entorno, con énfasis en las relaciones complicadas y la identificación de los factores de estrés en el entorno para aprender a evitarlos).
- Terapia electro convulsiva (su sigla en inglés es ECT).

Dado que los episodios de distimia suelen persistir por más de cinco años, puede ser necesario el tratamiento a largo plazo de este trastorno.

2.3.1.2 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.

2.3.1.2.1 Clasificación

1. Trastorno de pánico

Entre un ataque y otro existe este pavor y ansiedad de que van a regresar. El tratar de escapar a estas sensaciones de pánico puede ser agotador.

Síntomas de un ataque de pánico son los siguientes:

- Palpitaciones
- Dolores en el pecho
- Mareos o vértigos
- Náusea o problemas estomacales
- Sofocos o escalofríos
- Falta de aire o una sensación de asfixia
- Hormigueo o entumecimiento
- Estremecimiento o temblores
- Sensación de irrealidad
- Terror
- Temor a morir
- Transpiración

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.

El trastorno de pánico ataca cuando menos al 1.6 por ciento de la población y es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en los adultos jóvenes.

El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido.

2. Fobias

Las fobias suceden en distintas formas. Una fobia específica significa un miedo a algún objeto o situación determinada. Una fobia social es el miedo a colocarse en una situación sumamente vergonzosa en un medio social.

i. Fobias específicas

Miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional.

Las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Nadie sabe exactamente qué las ocasiona aunque parece que son hereditarias y que son más comunes en las mujeres.

Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos el 20 por ciento desaparecen solas.

ii. Fobia social

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del principio de la adolescencia o aún antes.

3) Trastornos obsesivos compulsivos

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que usted siente que no puede controlar.

Una persona puede estar obsesionada con los gérmenes o la mugre y en ese caso se lava las manos una y otra vez. Puede estar lleno de dudas y sentir la necesidad de reconfirmar las cosas

repetidamente. Puede estar preocupado por pensamientos de violencia y teme hacer daño a las personas que están cerca de usted. Puede pasar largos períodos de tiempo tocando las cosas o contando; puede estar preocupado por el orden y la simetría; puede tener pensamientos persistentes de llevar a cabo actos sexuales que le son repugnantes; o puede afligirle tener pensamientos que van contra su religión.

El TOC afecta a hombres y a mujeres aproximadamente en igual número y aflige a más o menos 1 de cada 50 personas. Puede aparecer en la niñez, en la adolescencia o en la edad madura pero como promedio se detecta en los jóvenes o en los adultos jóvenes. Un tercio de los adultos con TOC experimentaron sus primeros síntomas en la niñez. El curso que sigue la enfermedad es variable; los síntomas pueden ir y venir, mitigarse por un tiempo o empeorar progresivamente. La evidencia de que se dispone sugiere que el TLC puede venir de familia.

4) Trastorno postraumático por tensión

El trastorno postraumático por tensión (TPT) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traído a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos.

Incluyen rapto, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio, como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

La ansiedad deja de ser una reacción normal, para convertirse en patológica, si aparece en ausencia de unas causas lógicas. La palabra ansiedad deriva de la palabra latina, *anoxia*, con el mismo significado. Es sinónimo de "angustia", con el mismo origen (y ambas del griego "*angor*", constricción) y el significado de malestar indeterminado que se acompaña de respiración anhelante. Precisamente el trastorno de la respiración (llamado disnea suspirosa)

suele ser la más frecuente manifestación física ligada a la ansiedad.

La ansiedad es una reacción de alarma ante lo desconocido, cuya respuesta es doble: psíquica, la preocupación o impaciencia, y física, la múltiple de activación del organismo como defensa ante lo imprevisto. El cerebro pone en marcha la respuesta de ansiedad como un estado de suma vigilancia, de alerta crispada, al tiempo que, a través de descargas de adrenalina, prepara al cuerpo para lo que pueda ocurrir.

4.1 Síntomas de la crisis

La descarga de adrenalina es la causa de las manifestaciones corporales de la ansiedad: taquicardia, respiración rápida y superficial (compensada con el suspiro de vez en cuando), sudación, sequedad de boca, temblor, escalofríos, sensación de "vacío" en la boca del estómago, aumento de la presión arterial, aumento de la combustión de la glucosa, contracción de algunos esfínteres (lo que puede causar necesidad de orinar, o de defecar), dilatación de pupilas (lo que puede causar visión borrosa), tensión muscular (lo que suele causar inestabilidad y, con el tiempo, dolores).

No todos los estados de ansiedad cursan con todos estos síntomas. Pero un 3-4 % de la población general sufre las llamadas "crisis de ansiedad" o "crisis de pánico", las cuales consisten en una brusca e inmotivada reacción de ansiedad con muchos de los síntomas anteriormente descritos. Tales crisis provocan una intensa conmoción en quien las padece, con grave sensación de estar perdiendo el control, o de estar muriéndose. Si acontecen en un lugar donde sea difícil o embarazoso salir (un túnel en la carretera, un transporte público, unos grandes almacenes, un cine...) la persona sufre, además, la angustia añadida de estar perdido o de estar haciendo el ridículo. A partir de ahí, a las esporádicas crisis de pánico se añade el fenómeno llamado "agorafobia", palabra que se emplea para definir el miedo y la ansiedad que aparecen, de forma patológica, cuando uno está en algún lugar de donde sea difícil o embarazoso salir para hallar ayuda si apareciera la crisis de ansiedad.

5) Trastorno por estrés agudo

Este trastorno se caracteriza por la aparición de un conjunto de síntomas de ansiedad que tienen lugar después de la exposición a un acontecimiento altamente traumático. Estas alteraciones duran más de dos días, hasta un máximo de cuatro semanas y aparecen el primer mes, desde que se presenta el evento traumático. (Si durasen los síntomas más de cuatro semanas, el diagnóstico sería “Trastorno de Estrés Postraumático”).

Al igual que en el trastorno de estrés postraumático, el factor estresante, que produce este trastorno, reviste suma gravedad. Los ejemplos más típicos de este tipo de situaciones son:

- accidentes
- desastres naturales (terremotos, inundaciones, huracanes etc.
- atentados
- inesperadas muertes de alguien cercano
- asaltos, delitos o violaciones
- abusos sexuales o físicos durante la infancia
- secuestros

El acontecimiento traumático, suele ser reexperimentado en forma de imágenes, sueños, pensamientos etc. con la sensación subjetiva de estar reviviéndolos de nuevo y con un intenso malestar al exponerse a situaciones que puedan recordar al suceso.

5.1) Síntomas

Los síntomas más comunes en este trastorno son:

- Desrealización (sensación de que el entorno es irreal o extraño)
- Amnesia disociativa (puede existir una incapacidad para recordar el evento traumático)
- Estar aturdido
- Respuestas exageradas de sobresalto
- Inquietud motora

- Mala concentración
- Problemas para conciliar el sueño
- Síntomas de desesperanza
- Conductas de evitación de lugares personas o actividades, que recuerden el acontecimiento traumático

2.4 Métodos de psicodiagnóstico

Es el establecimiento de una relación entre dos o más personas, donde existe una preocupación (motivo de consulta) y otro, un profesional, que investigará para responder a esa demanda. El demandante puede ser un individuo, pareja, familia, grupo o institución. Es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas entre ellos describir al examinado.

El psicodiagnóstico se lleva a cabo porque hay demanda de las personas (y/o su entorno) que sufren y que desean conocer por qué les pasa esto y cómo pueden solucionarlo.

Las finalidades del psicodiagnóstico son:

- Describir cómo funciona la personalidad del individuo y ayudar a realizar un diagnóstico.
- Estimar el diagnóstico de casos
- Elección de la terapéutica adecuada
- Evaluación del tratamiento
- Como medio de comunicación para los pacientes que les es difícil comunicar sus problemas lográndolo a través de un método psicodiagnóstico durante el proceso de la terapia.

El psicodiagnóstico va dirigido a todo aquel que desee conocer a profundidad su dinámica psicológica y sus características de personalidad, también a aquellos profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, neurólogos, pediatras...) que deseen confirmar sus diagnósticos o recabar mayor información de sus pacientes para decidir la mejor estrategia a seguir en cada caso.

2.4.1 Técnicas usadas para el psicodiagnóstico

2.4.1.1 La entrevista

Es un proceso bidireccional en el que se da un estímulo entre paciente y terapeuta, es una situación en donde se da un fenómeno psicológico, posee un inicio y un cierre, y forma parte de un proceso.

La entrevista psiquiátrica es el estudio de las relaciones interpersonales y se ha afirmado que ésta es una zona perfectamente válida para la aplicación del método científico.

El principal objetivo de la entrevista es la observación de su ego, su personalidad, él como persona; los datos psiquiátricos son originados por una observación participante de interacción social esto se da desde un enfoque socio patológico.

La entrevista psiquiátrica según el autor del libro es principalmente una situación de comunicación vocal en un grupo de dos o más voluntariamente integrado sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosa y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio.

Los psiquiatras están acostumbrados a tratar con personas que acusan distintos grados de disposición que recorren toda la gama, desde aquellas que se muestran extremadamente reacias a entrevistarse con el psiquiatra pero lo deben de hacer por la disposición de ley, a los que se muestran seriamente interesados en obtener los beneficios que brinda la psiquiatría moderna. La actitud más sensata del psiquiatra en una entrevista es limitarse a alcanzar una seria comprensión que se está ganando y que por eso tiene que esforzarse intensamente. Las actitudes de los entrevistados son también datos preciosos.

El experto psiquiatra debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales y puesto que esta área de problemas es peculiarmente el campo de la observación participante, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con el sujeto o paciente. Es un experto aquel que posee un conocimiento amplio de las relaciones interpersonales y problemas personales. Al psiquiatra le interesa evidentemente lo que el paciente pueda tener para ofrecerle temporal o permanentemente como compañero y se muestra resistente a todo apoyo por parte del paciente para obtener prestigio y demás. El psiquiatra tiene que estar siempre muy al tanto de este aspecto especial del papel del experto que concierne particular y principalmente de la información correcta, inusualmente adecuada y que está bloqueando por la actitud cultural, que le impide utilizar sus conocimientos expertos para proporcionarle una satisfacción personal para acrecentar evidentemente su prestigio o reputación a expensas del paciente.

Los psiquiatras saben mucho respecto a sus pacientes que éstos no saben. Es una excelente idea saber todo lo que se pueda sobre el paciente; el propósito de la entrevista psiquiátrica es dilucidar las normas características de vida, algunas de las cuales crean dificultades para el paciente. La entrevista psiquiátrica está destinada principalmente a descubrir las dificultades oscuras del vivir, que el paciente no entiende claramente.

La entrevista psiquiátrica según se le considera es precisamente un grupo de dos en el cual se crea una relación de experto- cliente en la que el experto es definido por la cultura tal relación 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.

El psiquiatra no debe olvidar jamás el hecho de que todos los procesos del paciente van dirigidos a él con mayor o menor exactitud, y de que todo cuanto ofrece su experiencia va dirigida más o menos exactamente a su paciente, lo cual da como resultado un maravilloso interjuego. El psiquiatra desempeña un papel muy activo en lo referente a introducir interrogantes, no para

demostrar que es hábil o que es escéptico, sino literalmente para asegurarse que sabe lo que le está diciendo.

El psiquiatra está inexplicable e inextricablemente comprometido en todo cuanto ocurre en la entrevista y, hasta donde se demuestra inconsciente de su participación en la entrevista, hasta ahí sabrá lo que está sucediendo.

El experto en psiquiatría debe tener según se espera de él una comprensión poco común del campo de las relaciones interpersonales, El psiquiatra demuestra que hace honor al papel que de él se espera naturalmente hasta donde esas esperanzas tengan sentido común y algún significado si el paciente experimenta en el transcurso de la entrevista algo que le impresione como una capacidad realmente de experto para atenderlo.

Se limita a suponer que los datos tienen que serle proporcionados a fin que le sea posible hallarle un sentido a todos los procesos de vivir evita toda discusión prolongada con su paciente. El psiquiatra debe evitar comentarios que no tengan sentido a los que se les llaman trivialidades psiquiátricas.

Etapas de la entrevista

- i. El comienzo: Que se refiere a la recepción formal de la persona que viene a ser entrevistada y un interrogado sobre o referencias de las circunstancias de su vida.
- ii. El Reconocimiento: Se refiere a que debe iniciarse lo más naturalmente posible en obtener un bosquejo a grandes trazos de la historia social o personal del paciente el entrevistador se ocupa en esta etapa de tener alguna noción de identidad del paciente.
- iii. El Interrogatorio Detallado: Se refiere a que depende de manera considerable aunque no exclusivamente del propósito ostensible de la entrevista.

- iv. La terminación: Se refiere a que el psiquiatra ya no volverá a ver a su paciente y esperar que las sesiones les sirvan mucho para solucionar los problemas que posee el paciente.

2.4.1.2 Observación

Es una actividad realizada por un ser vivo (como un ser humano), que detecta y asimila el conocimiento de un fenómeno, o el registro de los datos utilizando instrumentos. El término también puede referirse a cualquier dato recogido durante esta actividad.

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

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

Cuando decide emplearse como instrumento para recopilar datos hay que tomar en cuenta algunas consideraciones de rigor. En primer lugar como método para recoger la información debe planificarse a fin de reunir los requisitos de validez y confiabilidad. Un segundo aspecto esta referido a su condición hábil, sistemática y poseedora de destreza en el registro de datos, diferenciado los talentos significativos de la situación y los que no tienen importancia.

Así también se requiere habilidad para establecer las condiciones de manera tal que los hechos observables se realicen en la forma más natural posible y sin influencia del investigador u otros factores de intervención.

Como posibles errores en el uso de esta técnica, método o instrumento ya definido; Quinteros advierte que, “Las condiciones de una investigación podrían ser seriamente objetables si en el diseño de la misma no se toman en cuenta los posibles errores de la observación”. Estos errores, prosigue están relacionados con: “Los observadores, el instrumento utilizado para realizar la observación y el fenómeno observado”.

En términos generales la observación es muy útil en todo tipo de investigación; particularmente de tipo: descriptiva, analítica y experimental. En áreas como la educacional, social y psicológica; es de mucho provecho; sobremanera cuando se desean estudiar aspectos del comportamiento: relaciones maestro-alumno, desempeño de los funcionarios públicos, relación del uso de ciertas tecnologías educativas, relación entre el índice de calificaciones y las asignaturas prácticas, etc.

La observación como cualquier herramienta aplicada al proceso de la investigación; tiene sus ventajas y limitaciones. El siguiente es un cuadro resumen que da cuenta de lo planteado anteriormente:

<i>VENTAJAS</i>	<i>LIMITACIONES</i>
· Permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad.	· En ocasiones es difícil que una conducta se presente en el momento que decidimos observar.
· Permite percibir formas de conducta que en ocasiones no son relevantes para los objetos observados.	· La observación es difícil por la presencia de factores que no se han podido controlar.
· Existen situaciones en las que la evaluación solo puede realizarse mediante la observación.	· Las conductas a observar algunas veces están condicionadas a la duración de las mismas o porque existen acontecimientos que dificultan la observación.
· No se necesita la colaboración del objeto observado.	· Existe la creencia de que lo que se observa no se pueda cuantificar o codificar pese a existir técnicas para poder realizar la observación.

El investigador usando sus sentidos: la vista, la audición, el olfato, el tacto y el gusto; realiza observaciones y acumula hechos que le ayudan tanto a la identificación de un problema como a su posterior resolución. En la observación, por tanto –señalado al inicio de este ensayo- se debe

tener en consideración la relación entre los hechos (realidad o evidencia empírica) y las teorías científicas.

2.4.1.3 Tests

Son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Es un instrumento el cual su objetivo es medir una cuestión concreta en algún individuo, dependiendo de que tipo sea el test es al que se va a valorar, normalmente vienen ligados para ver el estado en que esta la persona relacionado con su personalidad, amor, concentración, habilidades, aptitudes, entre otros.

Es un tipo de técnica psicométrica que supone poder provocar una situación cuasi experimental en la que un sujeto o grupo de personas son estimulados a realizar determinado tipo de actividades, (leer, relatar, repetir, dibujar, resolver, completar, comparar, escribir, armar, ordenar), siguiendo ciertas consignas pautadas y uniformes, con la finalidad de poder comparar esas actividades con las realizadas por personas homogéneas según sexo, edad, y realidad sociocultural, en base a los cuales se han elaborado valores promedio y de dispersión (baremos). Las técnicas que se basan en normas estadísticas, parten del supuesto de que la variable que se pretende medir se operacionalizan en dimensiones que se distribuyen en la población general según el modelo matemático de la curva normal. Una técnica basada en datos normativos elabora los mismos a partir de su administración a una muestra representativa de sujetos que va a usarse como una medida estándar, en relación al cual se compararán las ejecuciones o logros individuales. Interesa determinar el grado en que un sujeto se diferencia de otros homogéneos a él en relación a la característica o variable que se está midiendo.

2.4.1.4 Clasificación de los test psicológicos

2.4.1.4.1 Test psicométricos

Básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico. Se dirigen a actividades de evaluación y selección como escoger el diagnóstico clínico, su organización, corrección e interpretación suele ser más estandarizada.

Los test psicométricos son aquellos cuyos resultados se encuentran estandarizados en baremos (o escalas). Esto significa que cuando una persona completa el test, sus resultados se comparan con los de otras personas que ya han realizado el test y cuyos resultados se consideran un parámetro para medir los nuevos resultados.

Las técnicas psicométricas son más sencillas de administrar y muchas veces hasta pueden ser auto administradas lo que permite tomar muchos de estos test a la vez a muchos sujetos, por esta razón suelen ser las favoritas a la hora de experimentos o entrevistas laborales que requieren evaluar mucha gente en poco tiempo.

La administración de técnicas psicométricas suele llevar más tiempo y requerir más esfuerzo de interpretación. De todas maneras los psicólogos usan constantemente una combinación de ambas técnicas de acuerdo a lo que quiere investigar.

Entre los test psicométricos más conocidos, usados y confiables se encuentra el Test de Bender, el WISC-R o WISC-IV para inteligencia, el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota), el test de Personalidad de los Cinco Grandes, el Test de Inteligencia de Raven entre otros.

2.4.1.4.2 Test proyectivos

Inscritos dentro de la corriente dinámica de la psicología, parten de una hipótesis menos estructurada que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona para así presumir rasgos de su personalidad, la actividad proyectiva puede ser gráfica, clínica, forense e infantil.

Estas son de respuesta abierta y no son verdaderos test en el sentido de que el estudio estadístico no es posible, porque no se trata de números, pero sí obtenemos información por el cúmulo de respuestas que dieron otras personas anteriormente.

Por ejemplo, el test del árbol (consiste en dibujar una casa) o de contar una historia que se presenta en láminas, y entran en esta categoría los dibujos de los niños.

Esta es la única que utiliza el psicoanálisis y es poco utilizada en corrientes como la cognitiva-conductual que confía más en los datos numéricos, salvo en el caso de los niños pequeños.

Las técnicas proyectivas son aquellas que permiten llegar fácilmente a lo psíquico inconsciente, debido a que el sujeto al desconocer qué aspecto de su producción están evaluando, está imposibilitado de controlarla conscientemente.

Este tipo de test es complejo de tratar, además son muy diferentes unos a otros.

En muchas ocasiones, su validez ha sido puesta en duda.

2.4.1.5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)

Contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

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

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento.

2.4.1.6 Diagnóstico multiaxial

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad

Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico.

Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

El resto de este apartado describe cada uno de los ejes DSM-IV. En algunos centros o situaciones los clínicos pueden preferir no utilizar el sistema multiaxial. Por esta razón, al final del apartado se dan ciertas directrices para informar sobre los resultados de una evaluación DSM-IV sin aplicar el sistema multiaxial formal.

2.4.1.7 Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)

Provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares.

Es usada mundialmente para las estadísticas sobre 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 *Family of International Classifications*.

2. 4.1.8 Guía latinoamericana de trastornos psiquiátricos GLADP

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), más allá de optimizar el uso instrumental y la utilización de un modelo de psicodiagnóstico, ajustado a estándares internacionales, implica el ajuste de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas.

Este sistema propuesto por la APAL establece el manejo del diagnóstico multiaxial, en cuatro ejes, ubicando los trastornos clínicos con todas las categorías y sub-categorías de la CIE 10, así como las condiciones no patológicas que demanda atención del clínico, incorporando, lo que se constituye como aporte, los síndromes culturales latinoamericanos, en el primer eje. Las discapacidades para el segundo eje; factores contextuales para el tercer eje. Cerrando como cuarto eje los indicadores de la calidad de vida del paciente.

2.5 Psicoterapia

La palabra *Psico* proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser (Breggin, 1991). La palabra *terapia* proviene de la palabra griega *Therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro. Psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona.

La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. A menudo la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

2.5.1 La relación terapéutica

El primer encuentro, o contacto psicológico, conforma una relación interpersonal en el que dos personas (psicólogo y paciente) inician una comunicación, una relación, en la que se pone en marcha un determinado proceso terapéutico. Entre los sujetos interactuantes se produce un intercambio comunicativo global con el fin de entrar en el mundo interno del paciente, reconocer sus sentimientos así como su realidad, explorando los planos psicológicos implicados en el proceso de evolución del paciente.

La entrevista es una relación peculiar, ya que debe tener un objetivo, un propósito y ser más que la mera conversación. Así en el comienzo de la misma quedan definidos los roles, el espacio y el tiempo, así como la dimensión afectivo-emocional de la relación.

La relación terapéutica pretenderá ayudar en la evolución de los conflictos de la persona, proporcionando instrumentos para la adaptación de su ser y su relación con los otros. Por ello, la entrevista será un medio necesario para que la persona se implique, autoexplora en sus sentimientos y muestre el ángulo subjetivo de sus vivencias.

No es infrecuente que el paciente en la primera entrevista se encuentre en una situación de confusión, dubitación o angustia a la hora de dar a conocer su mundo interno, es por ello por lo que el psicólogo, en su rol de terapeuta, deberá mostrar una comprensión empática, haciendo así más fácil la comunicación auténtica de los sentimientos del paciente, favoreciendo un clima de confianza y aceptación, evitando enjuiciamientos, presión o

a) Características deseables del terapeuta

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 (por ejemplo: "¿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. El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el *feedback* del paciente (por ejemplo: "Cuando usted se encuentra en una reunión y nadie le dirige la palabra parece pensar que nadie se interesa realmente por usted y entonces comienza a sentirse muy triste y solitario, le gustaría que alguien tomara la iniciativa, pero nadie parece hacerlo...¿podría ocurrir así?"). Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales (p.e resistencias) si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas. Puede incluso desarrollar "ensayos cognitivos" sobre las actitudes y emociones del paciente (por ejemplo: imaginándose asumiendo actitudes y emociones similares a la del paciente) y generar así alternativas a las mismas.

La última habilidad, la autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga una imagen realista de lo que puede (y no puede) esperar sobre el terapeuta o la terapia. Sin embargo es conveniente que esta franqueza sea conjugada con la diplomacia y se manifieste en momentos oportunos. Al igual que las otras dos habilidades la percepción del

paciente sobre ellas es el, principal determinante de su reacción, por lo que las "preguntas de *feedback*" son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

b) La interacción terapéutica

La psicoterapia cognitiva considera que hay tres factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada (Beck, 1979):

- a) La confianza básica: se 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 (por ejemplo: planificando con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros).
- 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 poco razonables o inadecuadas (por ejemplo: "¿Cree usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?"). También el terapeuta se pone en la misma frecuencia del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del *feedback*). Al 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 (por ejemplo: 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.

2.5.1.1 Metas y terminación de la psicoterapia

Destaca la gran variedad de metas dependiendo de los diferentes enfoques teóricos, de las que hace una síntesis: resolución de conflictos, búsqueda de la verdad, mejorar la capacidad de encontrar objetos del *self* apropiados, mejoría en las relaciones interpersonales como resultado del mejor conocimiento de las relaciones de objeto internas, generación de significados en el diálogo terapéutico, mejoría en la función reflectiva. La elección de una o varias de estas metas dependerá de las características de los pacientes y de las preferencias teóricas de los terapeutas, vinculadas a la historia personal de los mismos.

2.5.2. Principales terapias utilizadas

2.5.2.1 Terapias cognitivo-conductuales

Las terapias cognitivo-conductuales son aplicaciones de investigaciones científicas a la psicología clínica y la psiquiatría, con aportaciones desde las neurociencias y las ciencias sociales. Es heredera de las investigaciones pioneras de Iván Pávlov, Edward Thorndike, la psicología conductista, la Gestalt, Lev Vygotski, Joseph Wolpe y Albert Ellis.

Desde el punto de vista teórico, lo que va a dar integración al conjunto de propuestas clínicas, es la idea de conducta que incluye la emoción y la cognición, y no sólo el comportamiento motor públicamente observable. Por otra parte, desde el punto de vista del abordaje, las diversas estrategias cognitivo-conductuales son enteramente compatibles e integradas en cada plan de tratamiento. La integración es razonable, pues las diferentes categorías de conducta (acción, emoción y cognición) trabajan conjuntamente en cada ser humano y son mutuamente influyentes, dentro de una estructura de personalidad formada por condiciones ambientales y biológicas tanto

históricas como actuales, sin perder de vista, además, los efectos en retroalimentación que tiene la conducta del individuo con su ambiente.

Los resultados de investigaciones clínicas controladas dan fuerte apoyo a la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en general. Los resultados no deben confundirse entre sí, puesto que el grado de eficacia es variable y resulta dependiente del tipo de problema conductual, de tal manera que unas técnicas son mejores que otras y la integración de tecnología cognitiva y conductual parece rendir mejores resultados.

2.5.2.1.1 Algunas terapias cognitivo conductuales

a) Terapia de la conducta

La terapia de la conducta es una forma de tratamiento psicológico derivado de la investigación de laboratorio y de su aplicación al área de conductas-meta comúnmente tratadas en la psicología clínica y a la psiquiatría, para el alivio del sufrimiento humano. La fundamentación empírica y teórica, sólidamente científica, se considera una característica esencial en sus desarrollos.

Lo que hoy se conoce como la terapia de la conducta, es en realidad la integración de varias líneas de investigación, las más notables son:

- La línea que investigaba dentro del paradigma de la inhibición recíproca, cuyo mayor representante fue Joseph Wolpe,
- La línea que investigaba dentro del paradigma operante, cuyo mayor representante fue B. F. Skinner,
- La línea de las terapias cognitivas, como la TREC y la TCC, cuyos fundadores respectivos son Albert Ellis y Aarón Beck.

Joseph Wolpe publicó en 1958 su libro pionero *Psicoterapia por inhibición recíproca*, que exponía una fundamentación detallada de la formación de una amplia gama de trastornos conductuales y técnicas para superarlos. Entre los trastornos tratados estaban la ansiedad, las fobias, los problemas sexuales, las conductas obsesivas, amnesia, y la histeria. Mientras que las

teorías neurológicas que usaba Wolpe hoy están superadas, la tecnología desarrollada sigue estando entre las más usadas y efectivas de la terapia de la conducta. La idea básica era que la respuesta de ansiedad podía ser rivalizada e inhibida por una nueva respuesta antagónica. La respuesta antagónica usada comúnmente es la relajación, y habiendo aprendido el paciente la técnica de relajación (de Jacobson o alguna otra), se le presenta el estímulo ansiógeno de forma paulatina, de tal manera que el paciente vaya aprendiendo a relajarse ante el estímulo que provoca ansiedad o situación temida. Este método se conoce hoy día como desensibilización sistemática.

En tanto B.F. Skinner hacía desarrollos singulares en teoría del condicionamiento operante, a la par de sus amplios estudios de laboratorio, no se implicó de lleno en las aplicaciones clínicas de lo que llamó Análisis experimental del comportamiento. Sin embargo, los clínicos se entusiasmaron con su modelo parsimonioso y bien fundamentado empíricamente.

La línea de las terapias cognitivas, como la TCC y la TREC, tuvo sus inicios a finales de la década de 1950 y prosigue hoy día, aumentando significativamente el radio de acción y las herramientas disponibles en la terapia de conducta. El principal aporte de ellas a la terapia de la conducta ha sido la reestructuración cognitiva.

Hoy día las distinciones entre la terapia de conducta y otras terapias cognitivo-conductuales se van eliminando con la creciente integración teórica y clínica. Tanto es así que a finales del siglo veinte era claro que se trataba de un solo meta paradigma clínico con una rica gama de variantes, toda con una amplia fundamentación empírica.

b) Terapia racional emotiva conductual

TREC es un acrónimo para Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT, por sus siglas en inglés), una forma de psicoterapia creada por Albert Ellis en el año 1955. Se considera a Ellis el iniciador del modelo cognitivo-conductual en psicoterapias. Este modelo se basa en el principio de la mediación cognitiva, que se desarrolló en la segunda mitad del siglo XX y reconoce como otro de sus más destacados representantes al doctor Aaron T. Beck, quien lo desarrolló a partir del año 1962 con el nombre de terapia cognitiva.

El modelo se basa en el concepto de mediación cognitiva, expresado originalmente con la frase: "No son los hechos, sino lo que pensamos sobre los hechos, lo que nos perturba", concepto originalmente propuesto por Epicteto, en el siglo I. Su concepción de la génesis de la perturbación emocional se ilustra mediante el modelo A-B-C.

c) Terapia racional emotiva conductual en niñas, niños y adolescentes

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

Resultados clínicos

Dentro del amplio campo de las psicoterapias de orientación cognitiva conductual, las propuestas de Ellis han sido especialmente útiles en el abordaje de la ira, las frustraciones, la fobia social, la timidez y las disfunciones sexuales. Actualmente el modelo cognitivo-conductual se enriquece con los aportes de muchas corrientes y escuelas, como la Terapia de los Esquemas (Jeffrey Young), el Psicodrama (Jacob L. Moreno) y muchas más.

d) Terapia cognitiva

Psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas, tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y

práctica continua, puede mejorar el estado del consultante. Un modelo generalmente aceptado puede ser el propuesto por David D. Burns.

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia empleada para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos. Busca reconocer el pensamiento distorsionado que origina los trastornos y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los pensamientos irracionales.

La llamada terapia racional emotiva conductual a su vez, siempre ha operado con parejos principios. Es obvio que todo esto ha de ser especialmente valedero para las perturbaciones psicógenas manifiestas. Las distorsiones del paciente, son denominadas por los fundadores de la doctrina, como tríada cognitiva.

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico.

- El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.
- El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.
- El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse

cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

- La terapia cognitiva no es un proceso "de un día para el otro". Aún cuando un paciente ha aprendido a reconocer cuándo y dónde su proceso de pensamiento se ha torcido, puede llevar meses de concentrado esfuerzo el reemplazar un pensamiento inválido con uno más adecuado. Pero con paciencia y un buen terapeuta, la terapia cognitiva puede ser una herramienta valiosa en la recuperación.

El pensamiento negativo en la depresión puede ser el resultado de fuentes biológicas (i.e., depresión endógena), la influencia educacional de padres, u otras fuentes. La persona deprimida experimenta pensamientos negativos como más allá de su control. El terapeuta conductual ofrece técnicas para dar al paciente un mayor grado de control sobre el pensamiento negativo corrigiendo "distorsiones cognitivas" o pensamientos distorsionados en un proceso llamado reestructuración cognitiva.

Una de las técnicas principales de la terapia cognitiva es la de las cuatro columnas, donde las tres primeras permiten analizar el proceso por el cual una persona ha llegado a estar deprimida. La primera columna registra la situación objetiva; en la segunda, el paciente escribe los pensamientos negativos que se le ocurrieron; la tercera columna registra los sentimientos negativos y las conductas disfuncionales que resultaron de ellos. Los pensamientos negativos de la segunda columna se consideran un puente que conecta la situación con los sentimientos angustiantes. Finalmente, la cuarta columna se emplea para desafiar el pensamiento negativo sobre la base de la evidencia de la experiencia del paciente.

Un sub-campo de la terapia cognitiva usado para tratar el trastorno obsesivo compulsivo hace uso del condicionamiento clásico a través de la extinción y habituación. Tal procedimiento ha sido usado exitosamente por el Dr. Steven Phillipson para tratar TOC. CBT también ha sido exitosamente aplicada al tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico.

Mientras visiones similares de la emoción han existido por milenios, la terapia cognitiva fue desarrollada en su forma presente por Albert Ellis y Aaron T. Beck en los 1950s y 1960s. Rápidamente llegó a ser una intervención favorita para estudiar la investigación en Psicoterapia en ambientes académicos. En estudios iniciales fue contrastada con tratamientos conductistas

para determinar cuál era el más efectivo. Sin embargo, en años recientes, técnicas cognitivas y conductistas han sido combinadas en tratamientos cognitivo-conductuales. Puede declararse que éste es el tipo primario de tratamiento psicológico que se estudia en la investigación hoy día.

2.5.2.2 Terapias humanistas

i. Terapia Gestalt

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

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

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

Durante los setenta y ochenta, los centros de entrenamiento en psicoterapia gestalt se esparcieron globalmente, aunque en su mayoría no estaban alineados con centros académicos formales. Mientras la revolución cognitiva eclipsó la terapia Gestalt en la psicología, muchos pensaron que ella era anacrónica. En manos de sus practicantes, esta terapia se convirtió en una disciplina aplicada en los campos de la psicoterapia, desarrollo organizacional, acción social y eventualmente coaching. Hasta el cambio de siglo, los terapeutas gestalt desdeñaron el empirismo de corte positivista, subrayando lo que ellas/ellos percibieron como un asunto para la investigación más formal, así pues, en gran medida ignoraron la necesidad de utilizar la investigación para desarrollar la terapia gestalt más allá y darle mayor soporte a la práctica, algo que ha comenzado a cambiar.

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

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

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

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

Se basa en:

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

También es importante el uso de la primera persona, puesto que una de las fortalezas de la terapia Gestalt es, como se ha mencionado, el asumir la responsabilidad de nuestros propios

pensamientos, sentimientos y acciones: el cliente no tiene que ocultarse usando un sujeto colectivo. Por ejemplo, al decir "los jóvenes bebemos mucho" en vez de "yo bebo mucho" se hace uso del plural, y por lo tanto se desvía la responsabilidad personal.

El terapeuta gestalt tiene la función de guiar al cliente para que se haga consciente de su situación (el *darse cuenta*). Hay una interacción de yo, tú, nosotros; se rompe la dicotomía médico-paciente. El cliente se expresa tanto verbalmente como con gestos y movimientos.

El término *la silla caliente* ("*hot chair*" en inglés) ha sido comúnmente asociado con la práctica de la terapia Gestalt, consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar en el lugar del cliente con el rol que le pertenece a él mismo.

ii. Logoterapia

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

La Logoterapia consta de tres columnas 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 animalismo 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).

La metodología logoterapéutica de Frankl se basa en tratar las enfermedades psíquicas tanto desde un abordaje netamente médico (por ejemplo a ciertas personas que le consultaban por depresión, tras estudiarlas, les recetaba un tratamiento hormonal), aunque principalmente la cuestión es dialogar con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida. Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la derreflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión. En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" -como se le llama al cliente o paciente- aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él. En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio. Y en el diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

Si se toma en cuenta que Víctor Frankl llevó su teoría -que ya había comenzado a desarrollar anteriormente- a la práctica en un campo de concentración alemán, podremos comprender el porqué de dicha tesis: al desprenderse de todo lo material, de sus logros, de sus problemas, de todo aquello por lo que ha luchado en la vida, comprende que sólo le queda su esencia, su génesis, su logos. De esta forma podrá ver detalles, cualidades, recursos y características de uno mismo que nunca pensó ver o encontrar, se fijará en aspectos de la vida realmente importantes; con el tiempo la persona logrará trascender y ver un verdadero sentido en su vida y se sentirá feliz de estar vivo.

La logoterapia se vale en alta medida del Psicodrama, una dramatización realizada por el paciente, pensado 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.

La logoterapia es una técnica psiquiátrica desarrollada por Víctor Frankl, un médico sobreviviente de los campos de concentración nazi. La técnica es una variación del método psicoanalítico que intenta sobrepasar la clásica interpretación del inconsciente que se nutre del ello o impulsividad ciega, y colocar en correcta relación la vida orgánica con la vida espiritual o responsable. Freud creía que la neurosis estaba encadenada a episodios de impulsividad reprimida y por tanto su terapia consistía en volver conscientes tales represiones. Esto a través de un proceso de intervención médica conocido como "asociación libre". De ahí la clásica imagen del diván, el paciente y el médico.

iii. El psicodrama

El psicodrama es una forma de psicoterapia, ideada por J. L. Moreno, inspirada en el teatro de improvisación y concebida inicialmente como grupal o psicoterapia profunda de grupo (Moreno, J. L., 1959b, p. 108). Moreno presentó al psicodrama como una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada. Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el

apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción.

El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento.

El psicodrama es un método de psicoterapia en el cual los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos. Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino lo que es más importante, las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente en las representaciones dramáticas convencionales: los pensamientos no verbalizados, los encuentros con quienes no están presentes, representaciones de fantasías sobre lo que los otros pueden estar sintiendo o pensando, un futuro posible imaginado y muchos otros aspectos de los fenómenos de la experiencia humana. Aunque el psicodrama es usado habitualmente en un contexto grupal y puede ser un método muy útil para catalizar el proceso grupal (y, a su vez, ser catalizado por la dinámica grupal), no debe ser considerado como una forma de terapia específicamente grupal. Puede ser usado, como sucede en Francia, con varios co-terapeutas entrenados y un solo paciente. También puede usarse el psicodrama con familias o, inclusive, en una forma modificada, en terapias individuales.

En el transcurso de los años el psicodrama ha sido utilizado como tratamiento para todo tipo de personas que sufren algún trastorno mental, así como para niños, ancianos y adolescentes inadaptados, además de ser empleado en programas de modificación de conducta. Actualmente, el psicodrama ya no se utiliza para producir reacciones catárticas, sino como instrumento para favorecer el contacto, especialmente vivo y directo, con las emociones, los sentimientos y las fantasías del sujeto, gracias a las posibilidades expresivas que brinda la representación escénica. En resumen, el psicodrama se utilizan diversas técnicas dramáticas, guiadas por ciertos principios y reglas, y destinadas, según lo requerido por el proceso, a uno o más de los siguientes objetivos psicoterapéuticos principales:

1. Darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.
2. Mejorar la comprensión de las situaciones, de los puntos de vista de otras personas y de nuestra imagen o acción sobre ellas.
3. Investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y más funcionales opciones de conducta (nuevas respuestas).
4. Ensayar, aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron más convenientes.

Una suma de reglas y principios, unidos a conceptos tales como la espontaneidad, la acción corporal, el encuentro, la catarsis dramática, el tele y la teoría de los roles, orientan y sustentan un conjunto de técnicas y recursos, tales como la inversión de roles, el soliloquio, el doblaje o la proyección de futuro, muchos de las cuales han sido frecuentemente adoptados por muy diversas corrientes psicoterapéuticas y educativas con resultados satisfactorios (Blatner, 1996) (Pickering, 1997).

La sesión psicodramática prevé un escenario (espacio en el que se desarrolla la acción), un protagonista (paciente que elige el tema a dramatizar y que interpreta el papel principal), un director (terapeuta que dirige la sesión), uno o más auxiliares (otros terapeutas que ayudan al psicodramaturgo e interpretan los papeles previstos en la representación) y, finalmente, el público (que ayuda al protagonista actuando como caja de resonancia, al manifestar determinadas reacciones y observaciones de forma espontánea).

2.5.2.3 Terapias sistémicas

Estrategia terapéutica principal: trasladar la acción terapéutica fuera del ámbito de lo individual y situarla en los patrones de interacción.

Elemento conceptual básico: el concepto de sistema.

Las psicoterapias sistémicas se centraron en su origen en la terapia de familia.

La estrategia terapéutica en la terapia de familia quiere descubrir:

1. Las transacciones que tienen lugar en el interior del sistema.
2. La estructura interna del sistema.
3. Los subsistemas originados en la dinámica familiar: filial, conyugal, etc.
4. Las reglas del sistema y de los subsistemas (reconocidas, implícitas, secretas y meta reglas).

Estos modelos trabajan con el sistema como un todo y no sobre los miembros individuales de la familia. No aceptan la atribución de enfermo que la familia da a uno de sus miembros (al que este enfoque llama paciente designado).

Algunos modelos

- Escuela de la comunicación de Satir: se centra en la mala comunicación y busca mejorarla mediante la creación de nuevos modelos.
- Escuela estructural de Minuchin: se centra en la confusión de límites en la familia; busca la reestructuración familiar mediante la prescripción de pautas y la explicitación.
- Escuela estratégica de Haley: se centra en el modo en que la familia es incapaz de resolver problemas; busca reformular estos problemas para que la familia descubra nuevas posibilidades de interrelación.
- Escuela sistémica de Milán de Selvini-Palazzoli: se centra en el no deseo de cambios y en los juegos de poder; busca la creación de crisis que la familia interprete en términos positivos y las intervenciones paradójicas (no esperadas por la familia).

a).La Terapia familiar

También referida como terapia familiar y de pareja, sistemas de terapia familiar y, recientemente, terapia de matrimonio, es una rama de la psicoterapia que trabaja con familias y parejas en relaciones íntimas para promover su desarrollo. La terapia es un tratamiento que intenta alcanzar la esencia de algo. En las ciencias médicas, la terapia está compuesta por los medios que permiten el alivio o la curación de las enfermedades o sus síntomas.

Por otra parte, la psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y una persona que acude a consultarlo para lograr cambios en su conducta, actitudes y pensamientos.

Al tener en cuenta dichas definiciones, podemos señalar que la terapia familiar es una rama de la psicoterapia que asiste a las parejas y familias para promover su desarrollo. También puede ser conocida como terapia de pareja o terapia de matrimonio, cuando se focaliza en las relaciones íntimas.

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

La terapia familiar se basa en un enfoque sistémico, que considera a la familia como un sistema cuyos miembros mantienen interrelaciones. Cuando uno de los miembros tiene un problema, el resto también sufre las consecuencias. Por otra parte, los demás pueden ayudar en la solución.

El terapeuta puede elegir mantener sesiones con la familia entera o con sus miembros por separado, de acuerdo a las necesidades del tratamiento. De todas formas, nunca debe olvidar las relaciones de cada uno con el entorno familiar.

Una de las técnicas de la terapia familia es el genograma, un esquema del tipo árbol que representa a la familia hasta en tres generaciones y que busca facilitar la evaluación de la misma.

2.5.2.4 Terapias psicoanalíticas

2.5.2.4.1 Psicoanálisis como terapia

Para el psicoanálisis, los conflictos tienen un origen en el inconsciente que no es observable por el paciente. Las palabras, las afecciones y los problemas relatados por el paciente constituyen tan sólo la parte consciente, o síntoma del conflicto. El objetivo de la terapia es vencer las resistencias para que el paciente acceda a las motivaciones inconscientes del problema. Freud, en una de las oportunidades en las que describe la operación que lleva a cabo la terapia analítica, lo hace en estos términos: "la rectificación con posterioridad del proceso represivo originario". El psicoanalista utiliza para esto la asociación libre, la transferencia y la interpretación del discurso del paciente, poniendo especial énfasis en los sueños y los lapsus (actos fallidos).

El método básico de psicoanálisis es la asociación libre, también denominada «regla fundamental». El paciente es conminado a comunicar a su analista todas sus ocurrencias y asociaciones. Los sueños, los deseos, las esperanzas, las fantasías, así como los recuerdos de la infancia, son de interés para el psicoanalista (en tanto está articulado en su discurso), que escucha para intervenir cuando resulte oportuno. Sin embargo, para el analista rige también un correlativo de esta regla fundamental denominada atención parejamente flotante o, simplemente, atención flotante, la que establece que debe hacer a un lado, justamente, todo lo que corresponda a los intereses y las consideraciones que le sean propias. Según Freud, debe recibir lo que su paciente le comunica sin detenerse en si se ha fijado en algo. En cuanto a la interpretación, su función no es propuesta como un enunciado que refiera el material que ofrece el caso a una teoría (como el Complejo de Edipo, la nosología psicoanalítica, las *tópicas* que representan el aparato psíquico, etc.), sistematizada o no, que incluya la experiencia propia del analista y el consenso de la comunidad analítica, sino algo que se acercaría mucho más a un desciframiento. En este sentido, el psicoanalista Donald Winnicott comenta la importancia de "que el analista *no* conozca las respuestas, excepto en la medida en que el paciente dé las claves.

El término asociación libre puede considerarse libre en la medida en que no está orientado y controlado por una intención selectiva (consciente), pero no es «libre albedrío» en tanto está sujeta al determinismo del inconsciente. Al referir el paciente lo que le venga a la mente, no debe importarle cuan insignificante, trivial o desagradable le pueda parecer la idea, pensamiento o imagen (ambos productos de la acción de la «resistencia»). Los lapsus son actos erróneos para la conciencia, en los que se manifiesta una descarga del inconsciente. Para Freud, el lapsus expresa un motivo personal relevante, desconocido para la personalidad consciente. A menudo el lapsus no es obvio y se revela sólo después de una larga cadena de asociaciones.

Una segunda área explotada por la asociación libre es la de los sueños, considerada la «vía regia al inconsciente». Para el psicoanálisis expresan deseos insatisfechos, los cuales generalmente se disfrazan por ser inaceptables para la organización consciente del individuo. Freud distingue en la estructura del sueño: el sueño manifiesto, que generalmente parece incoherente y sin sentido pero que presenta algún tipo de historia narrativa; y el contenido latente, que se refiere a las asociaciones que se despliegan a partir sueño manifiesto (el cual es producido por el trabajo del sueño que transforma el material latente mediante la condensación, el desplazamiento, el

trastorno en su contrario y diversos tratamientos que las representaciones inconscientes reciben, en virtud de su estructura, y que Freud designó como desfiguración onírica). La dirección del trabajo del análisis es precisamente en sentido contrario al del trabajo del sueño ya que obtiene el contenido latente donde era lo manifiesto. Los sueños son figuraciones capaces de acceder a la conciencia, ya que en esta situación de reposo (el dormir) es cuando la censura se encuentra más relajada y la resistencia se encuentra debilitada. Los anhelos y deseos que tiene prohibido el acceso en los estados conscientes tienen una oportunidad de escaparse tras el velo de la desfiguración onírica.

También en el chiste («*Witz*» en alemán) encuentra el psicoanálisis una de las manifestaciones paradigmáticas del inconsciente.

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

Cuando se habla de transferencia en la terapia, se considera que el paciente transfiere o reedita sobre la figura del analista demandas libidinales experimentadas en la infancia en relación a personas que fueron importantes o significativas para el niño. La transferencia ofrece la oportunidad para poner en acto los conflictos infantiles y estructuras cognoscitivas que condujeron a las represiones y a las distintas formaciones de sus neurosis; y asimismo proporciona al sujeto las condiciones para rectificar esos hechos que tuvieron lugar en la infancia y que, por permanecer inconsciente, se habían mantenido refractarios a sus intentos previos de influir en ellos.

La contratransferencia será aquel conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y frente a la transferencia. Se le considera un elemento muy importante en el trabajo analítico porque cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el cual puede interpretar las expresiones del inconsciente en los demás.

a) Características

i. Encuadre

Son las reglas que formula el terapeuta y que definen el marco de la relación. En el nivel implícito se definen las reglas del tratamiento; en el ámbito explícito se especifican los criterios de frecuencia y duración y otras condiciones necesarias. En un análisis típico, se requerirían de 3 a 5 años, con una periodicidad de unas 4-5 sesiones semanales.

ii. Asociación libre

Se basa en el compromiso del paciente a expresar libremente todo lo que acude a su mente, pero sólo de forma verbal; por ello se acuerda evitar la actuación de base impulsiva sin reflexión previa. El Yo ha de estar mínimamente intacto para cumplir tal pacto. La asociación libre es la que guía esta producción de material significativo.

iii. Transferencia

Proceso por el que los deseos inconscientes del paciente se reactualizan en el marco de la relación analítica; de hecho, las fantasías y deseos relacionadas con el pasado existentes en la realidad psíquica del sujeto, más que las efectivamente vividas. Hay en ello una mezcla de presente y pasado; es éste último el que el analista ha de separar, valiéndose de su actitud flotante, neutral, que mantiene la relación en el plano imaginario. Un fragmento del mismo Freud podrá expresarlo mejor:

"El tratamiento analítico tiene por objeto la transferencia misma, a la que procura desenmascarar y disociar cualquiera que sea la forma que revista... su labor principal es la de crear, partiendo de la actitud del enfermo con respecto al médico, esto es, de la transferencia, nuevas ediciones de los antiguos conflictos. En éstas, tenderá el enfermo a conducirse de igual manera que en el conflicto primitivo; pero nosotros, haciendo actuar en él todas sus fuerzas psíquicas disponibles, le haremos llegar a una diferente solución... Merced al trabajo de interpretación que transforma lo inconsciente en consciente, se amplía el Yo a expensas de dicho inconsciente".

iv. Contratransferencia

Es el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado, y que en principio obstaculizan el análisis. Sin embargo, tiene un valor indudable en el mismo, y puede ayudar en la interpretación en cuanto se establece una relación de inconscientes entre terapeuta y paciente.

Este es uno de los motivos que hacen necesarios tanto el propio análisis didáctico como la atención flotante.

v. Resistencia

Supone todo lo que, en el paciente, se opone a que éste acceda a su inconsciente. Esta actitud es comprensible cuando reconocemos que el descubrimiento de lo inconsciente y la reactualización subsiguiente del conflicto suponen sufrimiento y pérdida temporal del precario equilibrio conseguido.

v. Interpretación

Es la técnica fundamental de que dispone el analista. En la interpretación se busca hacer consciente o inconsciente; es decir, hacer comprensibles y significativos para el paciente los hechos psicológicos que no comprendía. Por lo tanto, interpretación es sólo la intervención verbal dirigida a provocar cambios dinámicos en el paciente. Este es un proceso muy lento en el que las hipótesis van cambiando, y que se dirige realmente a reconstruir y entender la dinámica conflictual de la infancia. Es muy importante buscar el momento oportuno para comunicarla; es la cuestión del "timing"

2.5.2.4.1.1 Algunas terapias psicoanalíticas

a.1 Psicoterapia dinámica breve e intervención en crisis

Generalmente, es una terapia cuyo principal objetivo es dar apoyo ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita.

La psicoterapia breve surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes que era muy difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas.

La psicoterapia breve integra un número amplio de formatos que varían en muchas de sus características básicas, aunque comparten un anclaje psicodinámico común, y una preocupación por la brevedad del tratamiento. Un intento de definición debe incluir los siguientes factores: la limitación en el tiempo, la focalización de los objetivos, el fin preventivo adicional, los criterios de selección de pacientes, y el requerimiento de un papel especialmente activo en el terapeuta.

El concepto de tiempo es un elemento básico en la identidad de esta modalidad psicoterapéutica. En general, se puede definir la limitación y su exponente de tiempo característica a menos de 6 meses. Sin embargo, es necesario considerar el tiempo lógico o subjetivo; es decir, el que cada paciente necesitará para conocer su problemática y elaborarla pertinentemente. Es este último concepto el que se ve menos reconocido en la psicoterapia breve, y explica al mismo tiempo su popularidad en la asistencia institucional, así como la necesidad de seleccionar muy adecuadamente al paciente susceptible de beneficiarse de la misma, y esto incluye tener presente la idea que éste tiene del tiempo.

Es interesante reconocer que la limitación temporal, en los pacientes adecuados, constituye una importante ventaja, en la medida en que facilita una colaboración consistente en no dispersar el material de trabajo y por ello limitarlo al foco establecido. Al mismo tiempo, el encuadre temporal inicial debería ser asumido de una manera flexible y tentativa, y ello no puede ser de otra manera ya que al inicio del tratamiento no se sabe aún la intensidad y complejidad del problema en toda su magnitud.

b.2 Focalización

Es probablemente el denominador común de las psicoterapias breves, así como su dificultad técnica más importante. Consiste en la delimitación de la intervención terapéutica a aspectos específicos del caso; es decir, la programación de una meta. Hay varios tipos de focos, y según el modelo terapéutico elegido puede tratarse de un propósito consciente y asumido por ambas partes, o bien el resultado una hipótesis dinámica que elabora el terapeuta en función del planteamiento del paciente.

c.3 Criterios de selección de los pacientes

- Trastornos de inicio reciente.
- Capacidad adecuada para establecer una alianza terapéutica sólida.
- Adecuada capacidad para el tratamiento
- Motivación capacidad de insight y de comunicación verbal efectiva.
- Mecanismos de defensa amplios y poco rigidificados.
- Tolerancia a la ansiedad y frustración.

d.4 Características del terapeuta

- Alta motivación de trabajo personal y profesional.
- Capacidad de estimular al paciente y a su contexto.
- Disposición a cooperar, tanto con el paciente como con su entorno, otros profesionales, etc.
- Adecuada formación, incluyendo preparación psicodinámica, entrenamiento didáctico, y supervisiones.

2.5.2.5 Terapias alternativas

Se llama terapia “alternativa” o “complementaria” a los tratamientos que no “encajan” en la práctica estándar de medicina occidental. Estas pueden ser:

- i. Prácticas de curación tradicionales como la ayurveda acupuntura china y prácticas de los nativos indígenas americanos
- ii. Terapias físicas como la quiropráctica, masajes y yoga
- iii. Homeopatía o hierbas
- iv. Trabajos de energía como la terapia de polaridad o reiki
- v. Técnicas de relajación como meditación y visualización
- vi. Suplementos dietéticos como vitaminas y minerales

Las terapias alternativas son muy populares. En Estados Unidos, más del 70% de las personas VIH + han usado algún tipo de tratamiento alternativo. Muchos los usan regularmente. Algunos seguros médicos cubren tratamientos como quiropráctica o acupuntura.

Las terapias alternativas pueden producir efectos secundarios. Las expresiones “natural” o “no es un medicamento” no garantizan que estén libres de riesgos. La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por sus siglas en inglés) no aprueba suplementos ni vigila su contenido o seguridad. Algunas hierbas pueden disminuir los niveles de ARVs en la sangre. Los consumidores deben tener cuidado cuando usen tratamientos alternativos.

Recientemente, la FDA propuso una serie de reglas que reducirían el riesgo de contaminación de los suplementos y que requerirían que sus etiquetas indiquen con claridad la identidad, pureza, calidad, potencia y composición del producto.

2.5.2.5.1 Algunos tipos de terapias alternativas

- i. Acupuntura

Es una técnica que consiste en insertar agujas en la piel. Dependiendo sobre qué zonas se aplique, el tratamiento tendrá distintos fines. Es uno de los procedimientos más usados por la medicina alternativa.

ii. Meditación

Es una técnica de relajación y concentración, que busca la armonía entre cuerpo y mente, base de la salud. Además de los efectos psíquicos, genera otros físicos como el descenso de los niveles de presión sanguínea (tensión) y la frecuencia cardíaca (pulsaciones).

iii. Hipnosis

Es un estado distinto al de la consciencia normal en el que se accede al subconsciente de la persona. Tiene muchas aplicaciones terapéuticas. Se usa para las jaquecas, la ansiedad o en sustitución de la anestesia farmacológica.

iv. Masajes

Es una técnica que consiste en eliminar la tensión de los músculos mediante la manipulación de los mismos. Esto puede ayudar a eliminar el dolor y a obtener un estado de mayor relajación en el paciente.

v. Terapia Bioenergética (Alexander Lowen):

La bioenergética es heredera de la vegetoterapia, esta terapia fue creada por Alexander Lowen y pone el acento en la estructura corporal y en la identificación de la mente y del cuerpo, lo que significa que el pensar y el sentir son equivalentes. Detrás de estos procesos conscientes se encuentran los factores energéticos que finalmente determinan todas las otras funciones vitales. Además de las intervenciones con las manos la bioenergética pone su acento en los ejercicios corporales y en la respiración. Está considerada una técnica menos teórica que su antecesora, pero con características especiales de funcionalidad. Alexander Lowen creó el Análisis Bioenergético continuando el trabajo de Wilhem Reich (1897-1957,) quien introdujo el trabajo con el cuerpo en el proceso terapéutico en 1930. En la actualidad la Bioenergética evoluciona

gracias a los aportes de psicólogos, psiquiatras, biólogos y médicos, como Daniel Stern, John Bowlby, Stanley Keleman, Robert Lewis entre otros.

La bioenergía sugiere ejercicios que coinciden con el *thai chi chuan* y las posturas del yoga, asimismo, prácticas de desbloqueo y expansión muy parecidas a las meditaciones dinámicas y catárticas de oriente

vi. Musicoterapia

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

La Musicoterapia se desarrolla profesionalmente tanto en el ámbito público como privado, en abordajes tanto grupales como individuales. Las metodologías de trabajo varían de acuerdo a la población y a las escuelas y constructos teóricos que fundamenten el quehacer del Musicoterapeuta. Alguno de los teóricos más importantes en la historia de la Musicoterapia son: Rolando Benenzon, Juliette Alvin, Ruth Fridman, Kenneth Bruscia, Mary Priestley, Even Ruud, Paul Nordorff y Clive Robbins, Patxi del Campo, Lia Rejane Mendes Barcellos, Diego Schapira, Marly Chagas, Rubén Gallardo, Patricia Pellizari, Patricia Sabatella, Brynjulf Stige, Ronaldo Millecco, Mercedes Pavlicevic, entre otros.

Un musicoterapeuta implementa dispositivos específicos para la admisión, el seguimiento y el alta en un tratamiento musicoterapéutico. El bienestar emocional, la salud física, la interacción

social, las habilidades comunicacionales y la capacidad cognitiva son evaluados y considerados a través de procedimientos específicos, como la improvisación musical clínica, la imaginación musical receptiva, la creación clínica de canciones y la técnica vocal terapéutica, entre otros. En ese proceso, el musicoterapeuta promueve y registra cambios expresivos, receptivos y relacionales que dan cuenta de la evolución del tratamiento. En las sesiones de musicoterapia, se emplean instrumentos musicales, música editada, grabaciones, sonidos corporales, la voz y otros materiales sonoros. La musicoterapia no considera que la música por sí misma puede curar; no existen recetas musicales generales para sentirse mejor.

Para la musicoterapia es fundamental la llamada teoría del *Ethos* o teoría de los modos griegos. Esta teoría considera que los elementos de la música, como la melodía, la armonía o el ritmo ejercían unos efectos sobre la parte fisiológica emocional, espiritual y sobre la fuerza de voluntad del hombre, por ello se estableció un determinado *Ethos* a cada modo o escala, armonía o ritmo. La influencia de cada uno de los elementos de la música en la mayoría de los individuos es la siguiente:

- a) Tempo: los tempos lentos, entre 60 y 80 pulsos por minuto, suscita impresiones de dignidad, de calma, de sentimentalismo, serenidad, ternura y tristeza. Los tempos rápidos de 100 a 150 pulsos por minuto, suscitan impresiones alegres, excitantes y vigorosas.
- b) Ritmo: los ritmos lentos inducen a la paz y a la serenidad, y los rápidos suelen producir la activación motora y la necesidad de exteriorizar sentimientos, aunque también pueden provocar situaciones de estrés.
- c) Armonía: es cuando suenan varios sonidos a la vez. A todo el conjunto se le llama acorde. Los acordes consonantes están asociados al equilibrio, el reposo y la alegría. Los acordes disonantes se asocian a la inquietud, el deseo, la preocupación y la agitación.
- d) Tonalidad: los modos mayores suelen ser alegres, vivos y graciosos, provocando la extroversión de los individuos. Los modos menores presentan unas connotaciones diferentes en su expresión e influencia. Evocan el intimismo, la melancolía y el sentimentalismo, favoreciendo la introversión del individuo.
- e) La altura: las notas agudas actúan frecuentemente sobre el sistema nervioso provocando una actitud de alerta y aumento de los reflejos. También ayudan a despertarnos o sacarnos de un

estado de cansancio. El oído es sensible a las notas muy agudas, de forma que si son muy intensas y prolongadas pueden dañarlo e incluso provocar el descontrol del sistema nervioso. Los sonidos graves suelen producir efectos sombríos, una visión pesimista o una tranquilidad extrema.

La intensidad: es uno de los elementos de la música que influyen en el comportamiento. Así, un sonido o música tranquilizante puede irritar si el volumen es mayor que lo que la persona puede soportar. La instrumentación: los instrumentos de cuerda suelen evocar el sentimiento por su sonoridad expresiva y penetrante. Mientras los instrumentos de viento destacan por su poder alegre y vivo, dando a las composiciones un carácter brillante, solemne, majestuoso. Los instrumentos de percusión se caracterizan por su poder rítmico, liberador y que incita a la acción y el movimiento.

vii. Reiki

El término Reiki es una palabra japonesa. Se ha establecido que REI significa "universal" y hace referencia al alcance y la naturaleza de esta práctica, y KI significa "energía", de modo que la palabra Reiki se puede entender como la energía vital universal. Es una terapia alternativa en que se trata de lograr la sanación a través del acercamiento de las manos del practicante hacia su objetivo, con el fin de transferirle la "energía universal". Reiki es un sistema de armonización natural que utiliza la Energía Vital Universal, la cual permite tratar enfermedades y desequilibrios físicos y mentales. Mikao Usui, un monje budista japonés fue quien desarrolló el Reiki durante un retiro espiritual a mediados del siglo XIX, aunque él siempre afirmó que únicamente "redescubrió" una técnica de sanación milenaria que ya existía pero que llevaba mucho tiempo olvidada. La práctica del Reiki se fundamenta en un emisor o canal que, a través de sus manos o de otros métodos -según el nivel transmite Reiki (energía vital) a un receptor que puede ser él mismo u otra persona con el fin de paliar o eliminar molestias y enfermedades; no obstante, dado que Reiki es una energía universal los tratamientos también pueden dirigirse a otros seres vivos como animales e incluso plantas. El método Reiki se basa en la creencia hinduista de que el correcto flujo de la Energía Vital a través de los distintos *chakras* es la que asegura un buen estado de salud en el organismo. Según esta creencia, el mal funcionamiento o bloqueo de la

energía en uno o varios *chakras* sería el que provoca o agrava el mal estado de salud dando lugar a enfermedades y trastornos. El método consiste en dirigir la energía Reiki a los *chakras* de un enfermo (receptor), desbloqueándolos y potenciando el proceso de recuperación del receptor.

El reiki no puede reemplazar al tratamiento médico, aunque sí se puede utilizar de forma complementaria.

Preceptos o Principios de Reiki en japonés:

- El método secreto para atraer bendiciones
- La medicina espiritual de muchas enfermedades
- Solo por hoy,
- No te enfades,
- No te preocupes,
- Da gracias,
- Trabaja honestamente,
- Sé amable.
- Gassho en la mañana y en la noche.
- Piensa en esto, recítalo.
- El método Usui Reiki Ryoho para mejorar tu mente y cuerpo.

a.1 Contraindicaciones

Los principales Maestros de Reiki coinciden en que esta práctica tiene algunas contraindicaciones:

- No debe aplicarse Reiki durante operaciones debido a la propia naturaleza del Reiki, que consiste en reparar los daños existentes en el receptor: esto podría provocar que se frenasen las hemorragias, interfiriendo en los cortes de sangrado y limpieza que realiza el cirujano. De igual forma, si el paciente estuviera sedado, el Reiki podría ayudarlo a expulsar las toxinas de la sedación, despertándole antes de tiempo. Sin embargo, sí es altamente recomendable una sesión de Reiki antes y/o después de la operación.
- Otro punto a tener en cuenta es en el caso de fracturas, el Reiki permite acelerar el proceso de cicatrización ósea y por lo tanto el soldado de las fracturas, por lo tanto sólo es recomendable aplicar Reiki a un fracturado después de que los huesos hayan sido

debidamente acomodados e inmovilizados por un traumatólogo. En todo caso el Reiki puede aplicarse a través del yeso u aparato inmovilizador y es igualmente eficaz.

viii. Abrazoterapia

La abrazoterapia es una terapia que redescubre la importancia del abrazo como necesidad vital que tenemos todos de amar y sentirse amado de verdad. La abrazoterapia es un ejemplo de que muchas veces lo que más se necesita es sencillo y no tiene precio. Al igual que la risa y la música es una más de las muchas herramientas, que la sabiduría que la naturaleza regala y a la que en el afán de perfeccionismo inalcanzable, dedicado a través de muchos años de férreo entrenamiento a contaminar, desvirtuar y hasta casi por último aniquilar. A través de la "educación", venimos desde hace siglos destruyendo, este simple y poderoso acto atávico, natural y espontáneo, que es el abrazo.

El fundamento científico del alto poder terapéutico del abrazo, queda marcadamente de manifiesto en el gesto de la madre cuando toma a su hijo y, al igual que en el alumbramiento o cuando le amamanta, su cerebro se encuentra segregando la maravillosa hormona de la oxitocina, conocida por ser la hormona del "apego". Gracias a ella, el bebé se siente unido a su madre y resguardado de todo peligro. Pero todavía hay más, en el acto del abrazo no solamente actúa la oxitocina, sino que también, el abrazo activa en el cerebro la liberación de serotonina y dopamina, por lo que resulta fácilmente entendible la razón por la que experimentamos una maravillosa sensación de bienestar, sedación, armonía y plenitud en el momento del abrazo.

Lo hago pensando en los abrazos como herramientas fundamentales del lenguaje no verbal. Probada está la utilidad de los abrazos en todas aquellas situaciones en que sobran las palabras o no logramos encontrar las adecuadas. Los abrazos que desconocen los límites del tiempo y el espacio. No tienen plazo de caducidad, pues basta con cerrar los ojos y mirar en el cajón de los recuerdos, para evocar "aquel" maravilloso momento, y así poder revivir plenamente la sensación del abrazo auténtico.

xi. Risoterapia

La Risoterapia ayuda, por medio de la risa, a eliminar bloqueos emocionales, físicos, sanar nuestra infancia y en un proceso de crecimiento personal. Después de una sesión de Risoterapia se obtienen sentimientos de amor ternura llenos de energía vital, etc. La Risoterapia es una hermosa puerta para lograr la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de amar, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad, sencillamente utilizando la risa como camino. Se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, técnicas para reír de manera natural, sana, que salga del corazón, del vientre, de un modo simple como los niños. Científicamente, se ha comprobado que la risa franca, la carcajada, aporta múltiples beneficios: rejuvenece, elimina el estrés, tensiones, ansiedad, depresión, colesterol, adelgaza, dolores, insomnio, problemas cardiovasculares, respiratorios, cualquier enfermedad. Aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre los sentidos, ayuda a transformar las pautas mentales. Recientes estudios sobre la capacidad de las carcajadas para combatir todo tipo de enfermedades indican que mientras se está riendo se generan gran cantidad de endorfinas, responsables en gran parte de la sensación de bienestar.

Se utiliza la risa con el fin de eliminar bloqueos emocionales, físicos, mentales, sexuales, sanar nuestra infancia, como proceso de crecimiento personal. Se crea un espacio para estar con uno mismo, vivir el aquí y ahora, estar en el presente, ya que cuando reímos es imposible pensar, nos ayuda a descubrir nuestros dones, abrimos horizontes, vencer los miedos, llenarnos de luz, de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo y aprender a vivir una vida positiva, intensa, sincera y total, como los niños.

Después de una sesión de dos horas, es inevitable sentirse pleno, amoroso, tierno, alegre, vital, energético y un sinfín de sentimientos positivos. Parece mentira cómo un método tan sencillo como es la risa puede aportarnos tanto: la risa es Magia, es Alquimia, es la mejor medicina.

b.2 Respiración ilimitada

La Respiración Ilimitada es una técnica de respiración muy fácil de aprender. Se utiliza respiración con intención de una forma consciente, relajada y profunda, interiorizando lo necesario para poder observarla, sentirla y disfrutar de ella. Desde una perspectiva biológica, el aumento de oxigenación de la sangre facilita sus funciones de forma más eficaz. No obstante, este tipo de respiración trabaja en un plano emocional, liberando ciertas emociones estancadas en nuestra memoria celular. Además, nos conecta con la parte inconsciente de nuestra mente descubriendo ciertos esquemas de pensamiento, permitiéndonos ajustar de forma consciente, nuestro sistema de creencias.

Mediante sesiones individuales y con talleres de formación, se recuerda cómo respirar de forma natural, sin limitaciones ni restricciones. Algunas sesiones serán suficientes para integrar los fundamentos básicos de su técnica y descubrir los beneficios que aporta. Después de una sesión de Respiración Ilimitada, se experimenta una profunda sensación de bienestar y tras varias sesiones, se observan numerosos cambios positivos en distintas facetas de la vida, en la salud, en las relaciones personales, autoestima y en el entorno laboral. Practicando la Respiración Ilimitada se rejuvenece y se dirige conscientemente la vida, facilitando vivir todo el potencial.

c.3 Reflexología facial

Es una nueva técnica basada en la estimulación facial, para aumentar la circulación sanguínea, regular la parte química del cuerpo y tratar el estado emocional. Una variante de la conocida reflexoterapia pueda ser aún más efectiva. Existen claras evidencias de que hace poco más de 4,000 años, culturas tan antiguas como la egipcia y la china, entre otras, ya utilizaban la reflexología como una verdadera disciplina de la recién nacida ciencia médica. La reflexología facial es un método terapéutico natural. El rostro posee mil doscientas terminaciones nerviosas pertenecientes al Sistema Nervioso Central. Estas zonas reflexológicas se comunican con los órganos internos, las glándulas, el aparato circulatorio y el sistema linfático y se conectan también con los canales energéticos llamados meridianos por la medicina china. Esta técnica se realiza a través de

presiones manuales en el rostro y cráneo, obteniéndose resultados más rápidos sobre la parte mental y emocional, porque se logra el equilibrio del sistema nervioso.

La reflexología facial puede servir de apoyo en casos de:

- ✓ Parálisis facial
- ✓ Fibromialgia y neuralgias
- ✓ Epilepsia
- ✓ Autismo
- ✓ Daños cerebrales
- ✓ Desequilibrios hormonales
- ✓ Problemas posturales
- ✓ Esterilidad
- ✓ Problemas de columna.
- ✓ Estrés y depresión
- ✓ Coordinación motora
- ✓ Tartamudez o dislexia
- ✓ Falta de concentración, memoria
- ✓ Angustia, crisis de pánico y fatiga mental.

En la actualidad, la reflexología es muy conocida y practicada en todos países del mundo, está reconocida como medio de curación efectiva para muchas enfermedades y es utilizada como apoyo en el tratamiento de otras muchas.

Conclusiones

1. La psicopatología ayuda al profesional de la salud mental a investigar, examinar las conductas anormales de personas con problemas psicológicos.
2. El psicodiagnóstico es una herramienta muy útil para el psicólogo porque permite obtener un panorama más claro de la problemática de los pacientes y poder tener un diagnóstico adecuado.
3. La psicoterapia juega un papel muy importante en el proceso de la psicología porque permite guiarse mediante diferentes pasos para poder ayudar al paciente a resolver sus conflictos emocionales.
4. Enriquecer los conocimientos de las tres ramas en que se divide la psicología y la forma correcta de la aplicación de cada una de estas temáticas.

Capítulo 3

Referente metodológico

El presente capítulo contiene información acerca de la metodología utilizada durante el proceso de la Práctica Profesional Dirigida, así mismo contiene las diferentes planificaciones y programas con las actividades que se realizaron durante la práctica, presentando los instrumentos usados en las actividades.

3.1 Programa de práctica profesional dirigida

3.1.1 Propósito del curso

La Práctica Profesional Dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que 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. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

3.1.2. Objetivos

Generales

Brindar 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.

Específicos

- ✓ Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- ✓ Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- ✓ Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- ✓ Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- ✓ Dar capacitaciones y servicios a grupos de personas con conflictos
- ✓ Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- ✓ Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- ✓ Dar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- ✓ Formar una clínica de atención psicológica en el área rural

3.1.3. Contenido temático del curso

1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Capacitación en salud mental
3. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
4. Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social
5. Trabajo en comunidades de riesgo
6. Detección de situaciones de resiliencia
7. Creación de programas y proyectos

3.1.4 .Criterios para el desarrollo del curso o metodología

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

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 establecidas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.

3.1.5. Formas o técnicas de evaluación

- ✓ Investigaciones
- ✓ Elaboración de programas y proyectos
- ✓ Actividades grupales
- ✓ Discusiones
- ✓ Guías de trabajo
- ✓ Pruebas objetivas
- ✓ Presentación de informes

Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.

3.2 Cronograma de Práctica Profesional Dirigida

Actividad No.	Fase de información y organización enero a febrero Contenido	Fecha
1.	Información sobre práctica, entrega de programa y cronograma Instrucciones sobre metodología Instrucciones sobre elaboración de informe final	Enero
2.	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica al Decano de la Facultad de Educación M.A. José Ramiro Bolaños (por los y las alumnas)	
3.	Elaboración y entrega de planificación de actividades generales de práctica de campo (por los y las alumnas)	3ª. Semana de febrero
4.	Asignación de Centros de práctica	Febrero
5.	Entrega de carta de autorización escrita dirigida a la Universidad y sellada de autoridad inmediata para realizar la práctica	
6.	Visita al centro de práctica para realizar acuerdos y presentar la planificación a autoridad inmediata	
Actividad	Fase de aprendizaje intra-aula enero a septiembre 2009	Fecha

	Contenido	
1.	Diagnóstico de conocimientos	Enero
2.	La entrevista	Febrero
3.	Entrega de resumen y análisis práctico del libro La Entrevista Psiquiátrica de Henry Stack Sullivan. Prueba corta	2ª. Semana de febrero
4.	Taller para elaboración de documentos de registro: Historia clínica, diagnóstico multiaxial, plan terapéutico, Informe Clínico de casos	Marzo
5.	Investigación y entrega de temas asignados según temática de aplicación.	1ª. Semana de marzo y 1ª. Semana de abril
6.	Entrega Capítulo 1 Marco de referencia de Informe de práctica. (Ver instructivo) Descripción de la institución Misión Organigrama Objetivos Población que atiende Descripción de la población	4ª. Semana de marzo
7.	Entrega de informes mensuales sobre las actividades realizadas en forma de cronograma	Durante el año
8.	Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)	Durante el año
9.	Exposición, análisis y discusión sobre diversas patologías	Abril y mayo
10.	Investigación y entrega de temas asignados según temática de aplicación.	1ª semana de junio y 1ª. semana de julio
11.	Exposición, análisis y discusión de formas de psicoterapia	Junio Julio
12.	Retroalimentación de aplicación e interpretación de pruebas diagnósticas	Julio
13.	Entrega de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	4ª. semana de julio
14.	Entrega de 2 capítulo: Referente teórico (Ver instructivo)	2ª. Semana de agosto
15.	Aplicación de técnicas de intervención clínica	Agosto
16.	Presentación y discusión de casos	Agosto
17.	Presentación de capítulo 3 del informe final: Referente metodológico (Ver instructivo)	4ª. semana de agosto
18.	Elaboración y entrega de historias clínicas e informes de casos	1ª. Semana de septiembre
19.	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados (Ver instructivo)	2ª. semana de septiembre

20.	Entrega de informe de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	3ª. semana de septiembre
21.	Entrega de constancias de talleres y capacitaciones dados (firmadas y selladas)	4ª. semana de septiembre
22.	Primera revisión de informe final	4ª. semana de septiembre
23.	Segunda revisión de informe final	2ª. semana de octubre
24.	Tercera y última revisión de informe final	3ª. semana de octubre
25.	Entrega de informe	1ª. semana de noviembre
26.	Examen final	3a. Semana de noviembre
Actividad	Fase de aplicación de conocimientos en centro de práctica	Fecha
	Contenido	
1.	Inicio de labores de práctica	marzo
2.	Diagnóstico institucional	marzo
3.	Observación de actividades del centro de práctica	marzo
4.	Actividades de <i>rapport</i> con la población del centro de práctica (Tanto administrativa como población que se atiende)	marzo y abril
5.	Atención de casos, siguiendo las normas de la institución	De abril a septiembre
6.	Investigación de temas relativos a los problemas psicopatológicos que encuentre	Durante el período de la práctica
7.	Cinco capacitaciones o talleres a grupos de personas. Los y las alumnas deben entregar antes el programa o agenda de trabajo y el contenido del tema para revisión antes de capacitar	Durante el año
8.	Aplicación de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	Agosto - septiembre
9.	Cobertura de necesidades del centro de práctica	Durante el período de la práctica
10.	Aplicación de técnicas motivacionales para captar clientes	Durante el período de la práctica

3.3 Planificación general de práctica

Mes: Enero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Elaborar la planificación de la práctica profesional dirigida</p> <p>Solicitar la autorización respectiva dirigida al decano de la universidad panamericana</p>	<p>Información general acerca de la práctica y cronograma de actividades de la misma.</p> <p>Instrucciones precisas sobre metodología a utilizar.</p> <p>Elaborar planificación de la práctica profesional dirigida</p>	<p>Planificación</p> <p>Elaboración de cronogramas.</p>	<p>Papel</p> <p>Computadora</p> <p>Ítems</p>	<p>Aceptación de solicitud para autorización de la practica</p> <p>Aprobación de planificación de la práctica profesional dirigida.</p>

Mes: Febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Buscar el centro en donde se realizará la práctica profesional dirigida.</p> <p>Retroalimentarse acerca de la observación.</p>	<p>Solicitud de aceptación de realización de la práctica profesional dirigida al decano de la universidad.</p> <p>Entrega de planificación de actividades de la práctica profesional dirigida</p> <p>Asignación de práctica a cargo de la catedrática.</p>	<p>Observación</p>	<p>Computadora</p> <p>Internet</p> <p>Bibliografías</p> <p>Hojas</p>	<p>Enriquecimiento en el tema de observación.</p> <p>Asignación del centro de práctica</p>

Mes: Marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizaran	Logros y resultados esperados
Observación del funcionamiento y organización del centro de práctica.	<p>Presentación al centro de práctica elegido.</p> <p>Establecer contacto con las autoridades del centro de práctica.</p> <p>Observación del funcionamiento del lugar</p> <p>Entrega de informe de observación del centro de práctica</p> <p>Reforzar conocimientos sobre la entrevista.</p>	<p>Observación</p> <p>Entrevista</p>	<p>Papel</p> <p>Lapiceros</p> <p>Computadora</p> <p>Cañonera</p> <p>Planificación</p> <p>Hojas de registro</p>	Observación del funcionamiento del centro de práctica

Mes: Abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizaran	Logros y resultados esperados
<p>Abordar casos clínicos mediante las técnicas de observación y evaluación.</p> <p>Discutir casos clínicos en el aula.</p> <p>Retroalimentar sobre el análisis y elaboración de historias clínicas</p>	<p>Abordaje de casos.</p> <p>Evaluaciones y observaciones</p> <p>Discusión de casos.</p> <p>Retroalimentación sobre elaboración de historias clínicas.</p>	<p>Discusión</p> <p>Exposición</p> <p>Evaluación</p> <p>Observación</p>	<p>Hojas</p> <p>Internet</p> <p>Computadora</p> <p>Cañonera</p>	<p>Abordaje de casos</p> <p>Discusión de casos</p>

Mes: Mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizaran	Logros y resultados esperados
<p>Atender casos clínicos en el centro de práctica.</p> <p>Utilizar de una manera correcta los documentos de registro para casos.</p> <p>Retroalimentar conocimientos de psicopatología.</p>	<p>Exposiciones acerca del tema de psicopatología.</p> <p>Usar adecuadamente los documentos de registro.</p> <p>Atención adecuada a los casos en el centro de practica.</p>	<p>Exposición</p> <p>Explicación</p> <p>Discusión</p> <p>Terapias</p>	<p>Computadora</p> <p>Internet</p> <p>Documentos de registro.</p>	<p>Atender de manera adecuada los casos clínicos asignados en el centro de práctica.</p> <p>Utilizar los documentos de registro de manera adecuada.</p>

Mes: Junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizaran	Logros y resultados esperados
<p>Atender casos en el centro de práctica.</p> <p>Realizar actividades que se requieran en el centro de práctica.</p> <p>Reforzar conocimientos en diagnóstico multiaxial e impresión clínica.</p>	<p>Atención de casos</p> <p>Realizar actividades en el centro de práctica.</p> <p>Talleres para retroalimentación sobre impresión clínica y diagnóstico multiaxial</p>	<p>Entrevista</p> <p>Talleres</p>	<p>Pacientes</p> <p>Hojas de Registro</p>	<p>Aplicación de las diferentes técnicas de intervención durante la psicoterapia de una manera eficaz.</p> <p>Discusión y análisis de casos terapéuticos para buscar soluciones e ideas de poder manejarlos de la manera adecuada.</p>

Mes: Julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizaran	Logros y resultados esperados
<p>Atender casos en el centro de práctica.</p> <p>Realizar actividades que requiera el centro de práctica.</p> <p>Retroalimentar en información y presentación de casos.</p> <p>Retroalimentar en formas de psicoterapia.</p>	<p>Atención de casos</p> <p>Actividades que requieran en el centro de práctica</p> <p>Retroalimentación sobre información y presentación de casos.</p> <p>Retroalimentación sobre formas de psicoterapia.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Hojas de registro</p>	<p>DSMIV</p> <p>Hojas</p> <p>Computadora</p>	<p>Atender casos en el centro de práctica</p> <p>Realizar actividades que requiera el centro de práctica</p> <p>Retroalimentación sobre información de casos.</p> <p>Retroalimentación sobre formas de psicoterapia</p>

Mes: Agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizaran	Logros y resultados esperados
<p>Discutir y presentar casos.</p> <p>Entregar en informe</p>	<p>Presentación y discusión de casos.</p> <p>Entrega de informe final de casos</p> <p>Elaboración de proyecto de salud mental.</p> <p>Ejecución de actividad de cierre de actividades en el centro de practica escogido</p>	<p>Discusión</p> <p>Ejecución</p> <p>Planificación</p> <p>Informes</p>	<p>Computadora</p> <p>Hojas</p> <p>Internet</p> <p>Cañonera</p>	<p>Presentación y discusión de casos</p> <p>Entrega de informe final de la práctica profesional dirigida</p> <p>Entrega de informe de proyecto de salud mental</p> <p>Planificación de actividad de cierre en el centro de práctica.</p>

Mes: Septiembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizaran	Logros y resultados esperados
Ejecutar y aplicar proyecto de salud mental en lugares de riesgo Capacitar a grupos con necesidades de orientación.	Ejecución de proyecto de salud mental Capacitación a grupos con necesidades de orientación Informe de resultados obtenidos del proyecto de salud mental Primera revisión de informe final de práctica profesional dirigida.	Investigaciones Capacitaciones Grupos Terapéuticos	Computadora Hojas Internet Cañonera	Ejecución de proyecto de salud mental. Capacitación a grupos en conflicto. Informe de resultados de proyecto de salud mental. Primera revisión de informe de práctica profesional dirigida.

Mes: Octubre y Noviembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizaran	Logros y resultados esperados
Revisar y entregar el informe para segunda revisión de la práctica profesional dirigida Evaluar los conocimientos adquiridos durante el tiempo de duración de la práctica. Entregar el informe final de práctica profesional dirigida para su tercera revisión	Revisión y entrega del informe para segunda revisión Cierre de actividades en el centro de practica Tercera revisión de informe final Entrega de informe final Examen final	Revisión Retroalimentación Modificaciones	Computadora Hojas Internet Cañonera Computadora Hojas Internet Cañonera Lapiceros	Aceptación del informe de práctica profesional dirigida para su debida impresión. Entrega de informe final de práctica profesional dirigida impreso Examen final aprobado.

3.4 Subprogramas

3.4.1. Programa de atención de casos

a.) Introducción

Para la realización de la práctica se tuvo que atender a personas de diferentes sexos y edades con diferentes problemas psicológicos los cuales se abordaron de acuerdo con la problemática de cada persona.

I. Objetivos

- Proporcionar ayuda a personas con diferentes problemas emocionales para mejorar su calidad de vida.
- Proporcionar herramientas necesarias a las personas para que las apliquen en su vida diaria y mejorar como personas

II. Actividades

- ✓ Entrevistas
- ✓ Aplicación de test psicométricos
- ✓ Atención de casos
- ✓ Elaboración de material de trabajo
- ✓ Capacitaciones
- ✓ Aplicación de técnicas de relajación
- ✓ Ejercicios de lectura, atención y concentración
- ✓ Hojas de trabajo
- ✓ Aplicación de fichas de estimulación
- ✓ Interpretación y calificación de test calificación

3.4.2 Cronograma

Proyecto de Salud Mental

Hora	Actividad	Responsables
7:30 a 8:00	Arreglo de salón para talleres y oficinas para la atención psicológica.	Todos los alumnos de quinto año
8:00 a 8:40	Atención Psicológica	Fernando Luis Arriola Lobos Ada Marfransoly Arriola Popol Irma Vielman Farelo
8:40 a 10:00	Receso	
10:00 a 10:40	Atención Psicológica	Ana Lucía Cermeño Morales Gerson Nathanael Texaj Nahomi González Coloma
10:40 a 11:00	Receso	
11:00 a 11:40	Atención Psicológica	Naomi González Coloma Mónica María Oliva Mercedes de Tala
11:40 a 12:00	Receso	
12:00 a 1:00	Almuerzo	
1:00 a 3:40	Cierre de la actividad	Todos los alumnos de quinto año de psicología

Capítulo 4

Presentación de resultados

A continuación se presentan los resultados del trabajo realizado durante la Práctica Profesional Dirigida los cuales se muestran en las estadísticas de pacientes atendidos durante los meses en que se realizó dicha práctica, así mismo contiene el análisis de los logros obtenidos que se presentaron durante este proceso.

4.1 Programa de atención de casos

a) Logros

- Proporcionar ayuda psicológica a diferentes personas con distintos problemas.
- Proporcionar las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida.
- Proporcionar el tratamiento psicológico acorde con cada persona.

b) Limitaciones

- No se contó con un lugar específico para la atención de pacientes.
- No se contó con el mobiliario adecuado para ordenar el material de trabajo utilizado para el trabajo con los pacientes.

c) Conclusiones

- Aplicación de diferentes técnicas terapéuticas a diferentes pacientes atendidos durante el proceso de la práctica.
- Conocí las diferentes pruebas psicológicas aplicadas en los problemas de aprendizaje
- La Práctica Profesional Dirigida enriquece los conocimientos de psicología

d) Recomendaciones

- Incrementar conocimientos sobre pruebas psicométricas aplicadas para diferentes problemas principalmente en problemas de aprendizaje
- Incrementar el tiempo de práctica para poder practicar más terapias y dominar este tema.

4.1.1 Muestra de casos atendidos (Historias clínicas)

Datos generales

Fecha: 07/09/0

Nombre: X. H.

Edad: 8 años

Domicilio: Chimaltenango

Curso escolar actual: 1ro. Primaria

I. Motivo de consulta

La madre refiere que el paciente fue referido por pediatría por periodos de atención cortos lo cual afecta su aprendizaje.

II. Identificación de desencadenantes del motivo de consulta

El problema inició cuando el paciente presentaba problemas referentes a copiar notas en sus cuadernos de trabajo. A que es muy inquieto y distrae la atención de sus compañeros de clase y la de su maestra. Tratando de hacerle ver que tiene que poner más atención al copiar notas.

III. Antecedentes personales

La madre refiere que el niño no padece de ninguna enfermedad física, refiere que en su familia ha habido antecedentes de alcoholismo.

El embarazo fue deseado, llego a termino de los 9 meses. La madre refiere que no presentó ningún problema de salud durante su embarazo. El parto fue normal, el bebé presentó buena salud al momento de nacer.

Inició a hablar a los 3 años de edad. Fue alimentado con pacha y leche de bote. Inicio a ir al baño por si mismo a los 5 años de edad. No gateó/ Camino a los 2 años. El paciente mantiene una buena relación con toda su familia.

IV. Antecedentes familiares

El paciente posee una familia integrada por: Una hermana menor que él, su padre y su madre: Su padre tiene 37 años es operario. Su madre tiene 32 años es ama de casa y esta al cuidado de la hermana menor del paciente.

Los padres describen el carácter del niño un tanto rebelde en ocasiones cuando no consigue lo que desea. La madre refiere que el paciente se identifica mucho con su padre debido a que cuando el convive con el tiende a obedecer mas al padre que a la madre.

Los padres del paciente atribuyen el problema a que algunas veces se porta mal y el no poner atención en sus clases. Las normas impuestas por los padres hacia el paciente son de lavarse las manos antes de ingerir alimentos, el mantener ordenado su dormitorio, recoger la ropa de su cuarto y ayudar en los oficios domésticos.

Los padres refieren que las virtudes del paciente es que es un niño cariñoso y que expresa sus sentimientos a los demás. En los defectos refieren que es un niño muy impulsivo, enojado.

La madre refiere que al inició de su ambiente escolar le ocasionó problemas al convivir con los demás niños pero ahora ya se desenvuelve de una manera correcta.

Los padres refieren que al niño le ocasiona más alegría el recibir regalos, y que su cumpleaños sea festejado al lado de toda su familia, las cosas que le provocan enfado es no conseguir las cosas que quiere y que no le pongan atención y el ser castigado.

Las actitudes que los padres refieren del paciente es cuando el paciente obedece a ciertas órdenes. Las actitudes que menos agradan a los padres del paciente es cuando se comporta de una manera incorrecta lo cual tiene un castigo y eso le molesta.

Diagnóstico diferencial

Eje I: Trastorno de expresión escrita

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

Tratamiento:

Terapia individual

Entrevista con los padres

Datos generales

Nombre: M. J. L. Edad: 36 años Fecha: 07/09/09

Profesión: Domésticos Estado civil: Soltera

I. Motivo de consulta: La paciente refiere sentirse muy nerviosa y miedo a salir a la calle

II. Antecedentes personales:

La paciente refiere mantener una alimentación saludable.

III. Antecedentes familiares:

La familia de la paciente está conformada por su hija de 15 años de edad y su madre de 65 años de edad. La paciente se dedica al servicio domestico al igual que su madre. El padre de la paciente falleció hace varios años.

IV Valoración del soporte socio-familiares

La paciente refiere sentir el apoyo incondicional de su familia ya que refiere sentirse apoyada por la madre y eso la hace que su estado de animo mejore. La paciente refiere tener buenas amistades con las que comparte varias actividades

La paciente refiere sentirse contenta con su trabajo la cual la ayuda a distraerse y relajarse.

Diagnostico inicial

-Eje I Trastorno de ansiedad generalizada

-Eje II Sin diagnóstico

-Eje III sin diagnóstico

-Eje IV problemas relativos al grupo primario de apoyo

-Eje V 70-61

Tratamiento:

Terapia Individual

Datos generales

Nombre: M. S. P. Edad: 56 Fecha: 07/09/09

Profesión: Domésticos Estado civil: Soltera Domicilio: Chimaltenango:

1.Motivo de consulta La paciente referida por el departamento de psiquiatría por depresión.

II. Factores desencadenantes del episodio actual: La muerte de su padre y hermano

III. Antecedentes personales

Estado somático actual y pasado. Posee buenos hábitos de salud y dieta consumiendo alimentos básicos para una buena salud.

IV. Antecedentes familiares

La familia está conformada por dos hermanos y su madre los cuales se dedican al trabajo de la agricultura.

La paciente recibe apoyo solamente de su madre para afrontar su problema. Calidad y cantidad de relaciones sociales: La paciente posee muy buenas relaciones sociales con personas que le demuestran cariño. Las preocupaciones más frecuentes que refiere la paciente es el no poder superar su problema actual y su salud.

La paciente refiere que la vida es un regalo de Dios y que se debe luchar para conseguir lo que se quiere.

La paciente refiere que ha aprendido a valorarse como persona y eso la hace sentirse bien. Satisfacción con la imagen/aspecto corporal: La paciente refiere sentirse bien como es cono persona y con su cuerpo.

Expectativas de tratamiento: el poder solucionar su problema y llevar una vida mas tranquila y aprender a aceptar la muerte de su padre y hermano.

El estado de ánimo de la paciente se muestra contenta y a la vez sufre periodos en que su estado de ánimo se ve afectado. El volver a recaer en su problema y su salud: el sentirse triste ante comentarios negativos de sus hermanos hacia ella y no poder defenderse. La paciente refiere que se siente tranquila cuando convive con grupos de su iglesia que la han ayudado mucho y la hacen sentir mejor. La paciente suele expresar sus sentimientos a personas que le demuestran cariño y emociones negativas cuando le demuestran indiferencia o desagrado.

Su salud se ve afectada por el inicio de la etapa de la menopausia lo cual le afecta su salud y estado emocional.

La paciente mantiene una relación buena con su familia pero enfatiza que recibe mas apoyo de su madre que del resto de su familia.

Mantiene una relación muy estrecha con un grupo de su iglesia al que acude desde hace tiempo lo cual refiere que la hace sentir bien.

La paciente está en tratamiento médico para contrarrestar los malestares de la etapa inicial de la menopausia.

Como afronta sus dificultades motivo de consulta: Las afronta como problemas que hay en la vida y que tiene que resignarse ante ellos aun si son buenas o malas.

Diagnóstico multiaxial

-Eje I Trastorno depresivo mayor

-Eje II Sin diagnóstico

-Eje III Sin diagnóstico

-Eje IV problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

-Eje V 70-61

Historia clínica

Nombre: L.H. Edad: 37

Fecha:07/09/09

Profesión: Domésticos

Estado

civil:

Unida

Domicilio:

Chimaltenango

1.Motivo de consulta: La paciente refiere tener muchos problemas económicos lo cual le genera mucha preocupación, baja autoestima.

2.Factores desencadenantes del episodio actual: Las constantes preocupaciones acerca de sus problemas económicos.

3.Antecedentes personales

La Paciente refiere tener buenos hábitos de salud consumiendo alimentos sanos para su salud.

4.Antecedentes familiares

La composición familiar de la paciente consta de 3 hermanos los cuales se dedican al trabajo de agricultura y oficios domésticos.

La paciente recibe apoyo de su esposo e hijos y de su cuñada en la cual siente mucho apoyo para afrontar este problema. La paciente posee muy buenas relaciones sociales con personas que le demuestran cariño. Las preocupaciones más frecuentes que refiere la paciente es el poder superar su problema actual y poder tener una mejor calidad de vida

La paciente refiere que la vida es un regalo muy preciado y se debe conseguir las metas mediante
La paciente refiere que ha aprendido a valorarse como persona y eso la hace sentir mejor.

La paciente refiere sentirse bien como es y con su cuerpo pero desearía mejorar su figura alimentándose sanamente.

Las expectativas del tratamiento. El poder solucionar su problema y llevar una vida mas tranquila y aprender a llevar una mejor calidad de vida.

El estado de ánimo de la paciente se muestra contenta y a la vez sufre periodos en que su estado de ánimo se va afectado. El no poder solucionar su problema y dejar que eso afecte a sus hijos y a su pareja.

La paciente refiere sentirse tranquila cuando comparte con su familia un día en especial..

La paciente suele expresar sus sentimientos a personas que le demuestran cariño y sus emociones negativas suele ignorarlas o causarle desagrado.

La paciente refiere sentirse preocupada por su salud debido a que tiene problemas de peso lo cual debe mantener una dieta saludable coordinada por un especialista.

La paciente posee muy buena relación con su familia aunque no mantienen una comunicación diaria, pero se relaciona con todos de una manera cordial.

Diagnóstico inicial

-Eje I Episodio depresivo mayor

-Eje II Sin diagnóstico

-Eje III Sin diagnóstico

-Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

-Eje V : 70-61

Tratamiento:

Terapia individual

4.2 Programa de capacitación

a). Logros

- Proporcionar ayuda psicológica diferentes personas con distintos problemas.
- Proporcionar las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida.

- Proporcionar el tratamiento psicológico acorde con cada persona.

b) Limitaciones

- No se contó con un lugar específico para la atención de pacientes.
- No se contó con el amueblado necesario para el departamento de psicología del centro de práctica.

c.) Recomendaciones

- Proporcionar el lugar adecuado para la atención de pacientes.
- Proporcionar el equipo necesario para la realización de actividades en la institución.
- Mantener ordenado el material de trabajo de los pacientes.

d.) Cronograma de Actividades de charlas impartidas

Charla 1 Sexualidad

Actividad	Contenido	Tiempo	Responsables
Bienvenida y presentación	Sexualidad	3 minutos	Ana Lucía Cermeño Morales
Dinámica rompe hielo	Yo tenía un tic	5 minutos	Practicante Ana Lucía Cermeño Morales
Elaboración de Figura con plastilina	El cuidado de su cuerpo	10 minutos	Practicante Mónica Oliva
Desarrollo del tema	Sexualidad	25 minutos	Practicantes: Ana Lucía Cermeño Morales Mónica María Oliva Ada Arriola Popol
Aplicación de la elaboración de la figura.	El cuidado de su cuerpo	5 minutos	Ana Lucía Cermeño Morales
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca de la sexualidad	10 minutos	Practicantes: Ana Lucía Mónica María Oliva Ada Arriola Popol
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos	Mónica María Oliva

Charla 2 Autoestima

No.	Actividad	Hora	Tiempo
-----	-----------	------	--------

1.	Presentación	8:00 a 8:05	5 min.
2.	Dinámica rompe hielo “Carrera de globos”	8:05 a 8:15	10 min.
3.	El espejo	8:15 a 8:25	10 min.
4.	Concepto de Autoestima	8:25 a 8:40	15 min.
5.	Mis cualidades y defectos	8:40 a 8:55	15 min.
6.	Mi auto retrato	8:55 a 9:10	15 min.
7.	Dinámica rompe hielo “merequetengue”	9:10 a 9:20	10 min.
8.	Causas de la baja autoestima	9:20 a 9:30	10 min.
9.	Actividad “Mi árbol”	9:30 a 9:50	20 min.
10.	Declaración de autoestima	9:50 a 10:00	10 min.

Charla 3 Prevención del abuso sexual infantil

Actividad	Contenido	Tiempo	Responsables
Bienvenida y presentación.	Prevención del abuso sexual infantil.	10 minutos.	Licda. Maritza Mancilla.
Dinámica lo que escuches.		5 minutos.	Ana Lucia.
Explicación de los nombres y funciones de las partes del cuerpo sexuales del cuerpo humano.	<ul style="list-style-type: none"> Partes sexuales del cuerpo humano masculino y femenino. 	20 minutos.	Ana Lucia 1° a 3° primaria Mónica María 4° a 6°. primaria
Presentación de títeres.	Mi Cuerpo es Mío.	5 minutos.	Ana Lucia Mónica María
Cierre	Palabras de despedida.	5 minutos.	Licda. Maritza Mancilla.

4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

a) Logros

- Se logró atender a un buen número de personas que asistieron a la jornada en dicho municipio.
- Se logró contribuir a mejorar la salud mental de las personas atendidas.
- Se proporcionó información a las personas que fueron atendidas información acerca de los principales problemas psicológicos y números de instituciones encargadas.

b) Limitaciones

- No se lograron impartir las charlas programadas para ese día.
- No se contó con el número de personas esperado.
- No se contó con el material adecuado para trabajar con los pacientes.
- El tiempo fue muy limitado para trabajar con los pacientes.

c) Conclusiones

- Mejorar la salud mental de las personas para que tengan una mejor calidad de vida.
- Proporcionar herramientas prácticas a las personas atendidas.
- Aplicación de técnicas psicológicas.

d) Recomendaciones

- Incentivar a los alumnos de la UPANA a que continúen con este tipo de proyectos para poder enriquecer los conocimientos en el área de psicología clínica.
- Enfatizar en la publicidad para que las personas conozcan los temas a tratar en esta clase de proyectos para que se interesen en asistir para la mejora de su salud mental.
- El realizar esta clase de proyectos incentiva a las personas que tiene problemas emocionales a buscar ayuda y poder solucionarlos.

4.3.1 Programa de aplicación de proyectos de salud mental

a).Introducción

Los estudiantes de quinto año de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de Universidad Panamericana de Guatemala llevaron a cabo un proyecto de salud mental dentro de las actividades dentro del curso de Práctica Profesional Dirigida. Dicho proyecto se llevó a cabo en las instalaciones de la Municipalidad de Acatenango en septiembre del presente año, con el fin de dar a conocer a los habitantes de la localidad temas de importancia relacionados con el abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental.

Los temas que se compartirán son importantes para la promoción de Salud Mental en la población del municipio. También se proporcionará espacios para brindar tratamiento psicológico a niños, jóvenes y adultos como un servicio gratuito a la comunidad.

b).Justificación

Actualmente la población se desenvuelve en un contexto donde existen problemas de diferente índole, en muchos de ellos es beneficioso el conocimiento y actuar de los profesionales en psicología para fortalecer principios que permitan el desarrollo integral de la población en general.

Lamentablemente los servicios de dichos profesionales, no son accesibles a toda la población de la misma manera que se necesitan. Es por tal motivo que Universidad Panamericana se propuso contribuir con las comunidades, llevando a cabo Proyectos de Salud Mental con los estudiantes de quinto años de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Este proyecto se realizó con el propósito de beneficiar a la población de la localidad a través de atención psicológica a niños, jóvenes y adultos, así como dar a conocer temas de importancia tales como: El abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental.

c.) Objetivos

General

1. Proporcionar a la población del municipio de Acatenango del departamento de Chimaltenango un programa inicial de salud mental y asistencia psicológica para contribuir con la recuperación de los diferentes problemas emocionales y psicológicos de niños jóvenes y adultos.

Específicos

1. Conocer casos de niños jóvenes y adultos que necesiten atención a problemas emocionales y psicológicos, con la finalidad de contribuir a un desarrollo integral pleno al que cada persona tiene derecho.
2. Proporcionar información acerca de los temas de abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental a través una serie de talleres, con el objeto de guiar a la comprensión de los problemas que actualmente atraviesa la población.

d) Metodología

El proyecto se inició con la asignación de comisiones y asignación de temas a impartir en cada taller.

Luego se efectuaron las gestiones correspondientes para establecer el lugar y fecha de realización del proyecto.

El evento fue promovido a través de una manta publicitaria, cartas de invitación y volantes publicitarios.

Las personas interesadas en la asistencia psicológica debieron recoger su ticket previo al día del evento, para brindarle la atención de manera organizada.

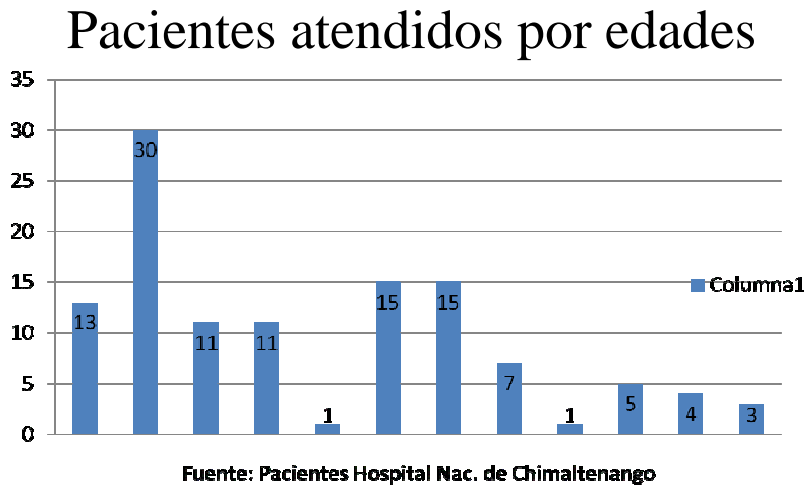
El grupo de estudiantes se organizó en parejas para llevar a cabo los talleres y la atención psicológica de manera simultánea en diferentes instalaciones.

Se impartieron tres talleres de cuarenta minutos cada uno, a partir de las ocho de la mañana con un intervalo de veinte minutos entre cada taller, con los temas de abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental.

4.4 Gráfica y análisis de resultados

4.4.1 Programa de atención de casos

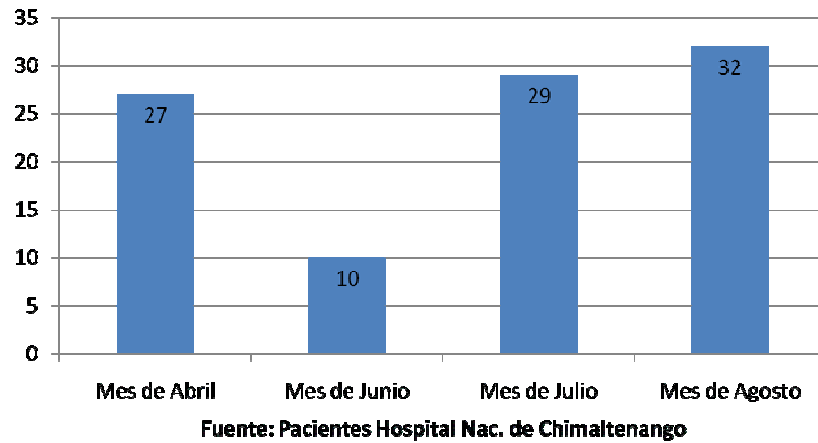
Gráfica 1



Interpretación: En esta gráfica se representan las edades de los pacientes atendidos durante la práctica las cuales se muestran que la edades de pacientes más atendidos es de 30 y 15 años.

Gráfica No. 2

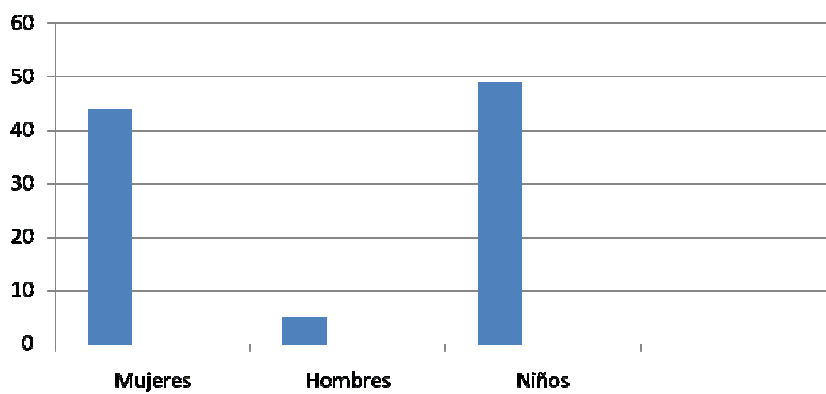
Pacientes atendidos por mes



Interpretación: En la gráfica se muestra el número de pacientes atendidos durante los meses de la práctica el cual muestra que en el mes de agosto un aumento de pacientes atendidos.

Gráfica No. 3

Pacientes atendidos por sexo

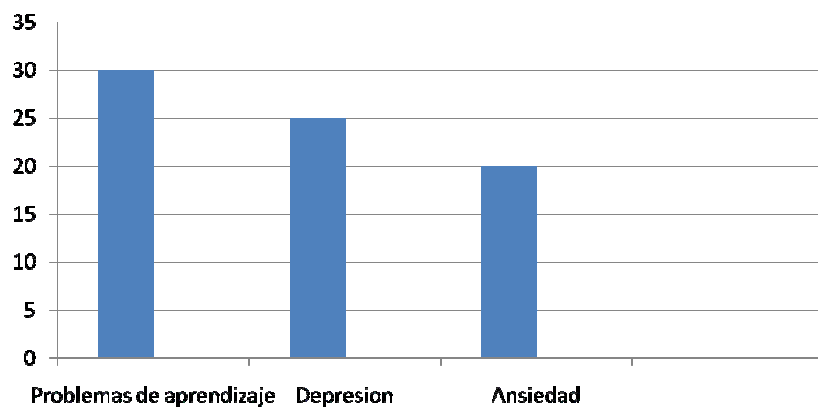


Fuente: Pacientes Hospital Nac. De Chimaltenango

Interpretación: En la gráfica se muestra la cantidad de pacientes por sexo y muestra que una cantidad mayor de niños atendidos.

Gráfica No. 4

Problemas principales atendidos



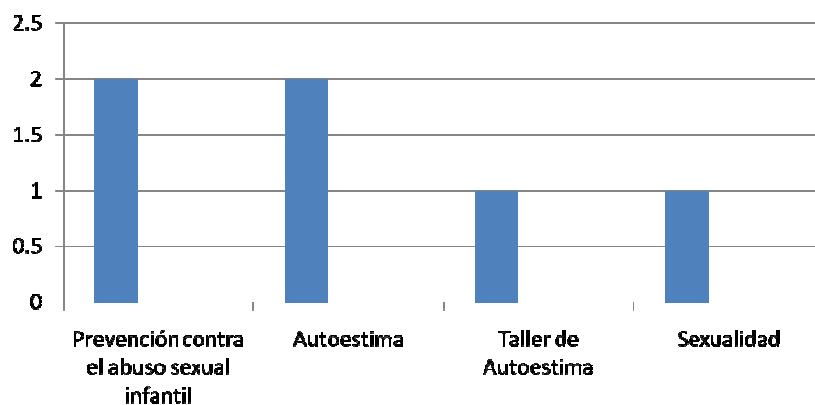
Fuente: Pacientes Hospital Nac. de Chimaltenango

Interpretación: En esta gráfica se representan los problemas más atendidos durante la práctica los cuales se representa que el problema más visto fue problemas de aprendizaje.

4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica No. 5

Talleres impartidos por mes



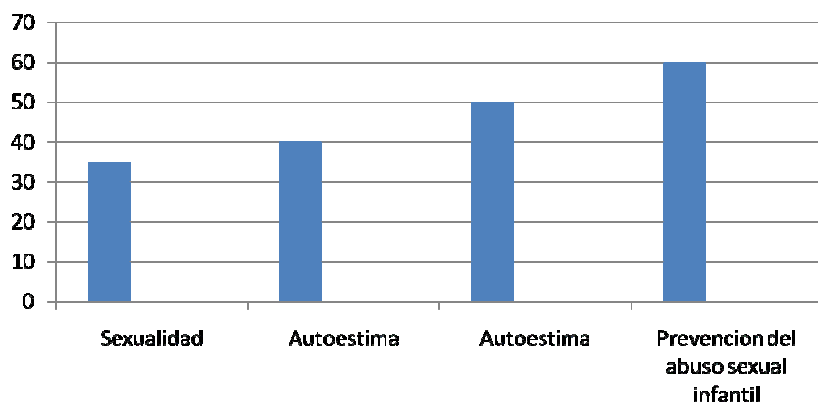
Fuente: Personas capacitadas de establecimientos educativos

Interpretación en la siguiente gráfica se muestra el número de capacitaciones impartidas por mes durante el proceso de la práctica

No.	Tema impartido	No. de personas capacitadas
1.	Sexualidad	35 alumnos
2.	Autoestima	40 alumnos
3.	Autoestima	50 personas
4.	Prevención contra el abuso sexual infantil	60 alumnos aprox.

Gráfica No. 6

Numero de personas capacitadas



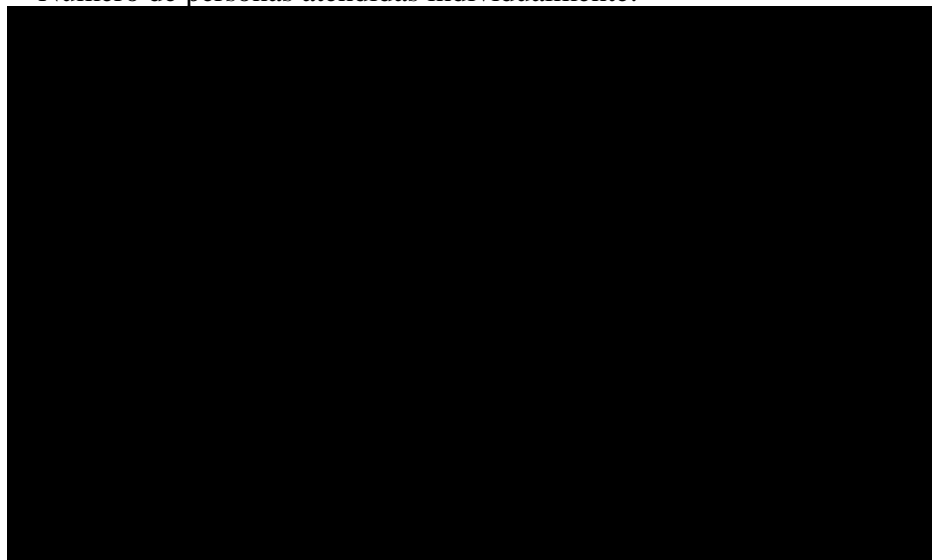
Fuente: Personas capacitadas

Interpretación: En la gráfica se muestra el número de personas capacitadas durante la práctica el cual se observa un número elevado de personas capacitadas en el tema de prevención del abuso sexual infantil.

4.4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

Gráfica No. 7

Número de personas atendidas individualmente:

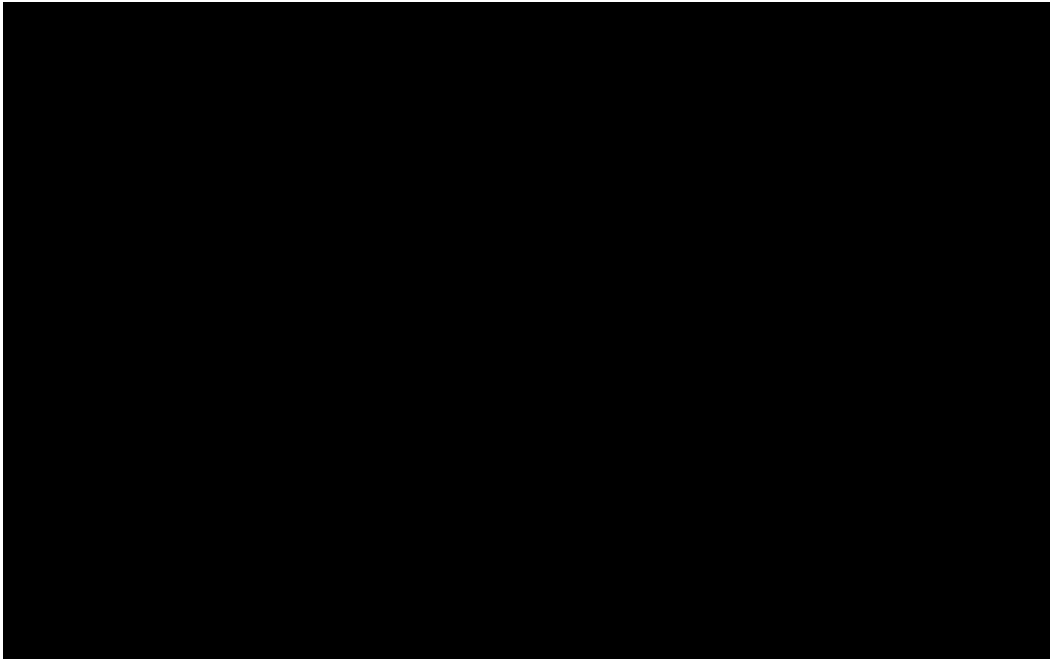


Fuente: Pacientes atendidos individualmente en la ejecución del proyecto de salud mental.

Interpretación: En la siguiente gráfica se muestra el número de personas que fueron atendidas en la jornada psicológica.

Gráfica No. 8

Problemas más frecuentes



Fuente : Pacientes atendidos en la ejecución del proyecto de salud mental en la Municipalidad de Acatenango, Chimaltenango

Interpretación: En la siguiente gráfica se muestran los problemas más relevantes que se atendieron durante la ejecución del proyecto de salud mental.

Conclusiones

1. La Práctica Profesional Dirigida es un trabajo de campo que el estudiante realizó previo a optar el título de licenciatura en psicología.
2. Se aplicaron múltiples técnicas psicológicas que proporcionaron información para el tratamiento de los diferentes casos que se trataron en todo el proceso.
3. Se dieron capacitaciones de tipo emocional para poder entender la problemática que aqueja a las personas.
4. Se conocieron diferentes casos en los que hubo necesidad de remitirlos al área de psiquiatría y a escuelas de educación especial.
5. Se conocieron diferentes tipos de pruebas aplicadas a los problemas de aprendizaje para luego poder tener un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Recomendaciones

1. Extender en lo posible el tiempo de Práctica Profesional Dirigida para obtener más experiencia en el tratamiento de los problemas de las personas que asisten a las clínicas psicológicas.
2. Que en los centros en donde se realiza la Práctica Profesional Dirigida se proporcionen a los estudiantes de psicología clínica un espacio adecuado para poder atender de mejor forma a los pacientes que acuden a consulta.
3. Que se le de énfasis a la discusión de casos en grupo para conocer y aplicar las diferentes formas de resolver cada uno de los problemas presentados.
4. Que se le de énfasis a la elaboración de proyectos de salud mental para incentivar a las personas acerca del cuidado de su salud mental y emocional.
5. Que se refuercen los conocimientos en psicología clínica para poder resolver cada uno de los problemas presentados en el proceso de la práctica.

Referencias

1. Aguilar, Guido, de Lebl, G. Recinos, conductas problema en el niño anormal, Editorial Trillas
2. Craig, Grace. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
3. Collings Gray, Consejería cristiana Efectiva. Editorial Portavoz
4. Comortamental.com
5. Dorch, f, Diccionario de psicología Herder
6. El psicodrama. Moreno
7. Stack Sullivan H. Buenos Aires, La Entrevista Psiquiátrica, Edit. Psique
8. La Patología Mental y su Terapéutica De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura económico
9. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV- TR Editorial Masson. México
10. Manual de Psicopatología Belloch A. Sandin B& Ramos F. Mcgraw Hill, primera edición, México
11. M Jacobs. (1982). Esa voz Interior. Barcelona Editorial Clie,
12. Psicología Anormal. Barlow D. Y. Durand. M. Thomson Learning “a. edición México
13. Psiquiatría Clínica Moderna Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
14. Gonzalez, J. (1999) Psicoterapia de grupos Mexico D.F. Santa Fe Bogotá. Editorial Manual Moderno.
15. L. Bellack (1983) Psicoterapia Breve y de Emergencia Mexico D.F. Editorial El Manual Moderno
16. Psicologiapopular.com
17. Psicodirectorio.com
18. Prada J. R. (1995) Escuelas Psicocológicas y Terapéuticas, Terapia Centrada en el Cliente. . 143-155 Editorial San Pablo, Bogotá Colombia
19. Prada J. R. (1995) Escuelas Psicocológicas y Terapéuticas, Terapia Racional Emotiva, 179-200 Editorial San Pablo, Bogotá Colombia

ANEXOS

Anexo 1

Constancias



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE EDUCACION

Control de asistencia de práctica profesional dirigida
 Practicante: Mónica María Oliva Rodríguez
 Centro de práctica: Hospital Nacional de Chimaltenango

Día	Fecha	Horas	Firma
Martes	10/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Viernes	13/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	16/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	18/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Jueves	19/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	23/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	24/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	25/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	30/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	31/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	01/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	06/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	13/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	14/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	15/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Jueves	16/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]

[Firma manuscrita]
 Lijda. Maritza Mancilla
 Psicóloga Colegiada 8668
 Departamento de Psicología



Mónica María Oliva Rodríguez
 Practicante 5to. Año Psicología
 Universidad Panamericana

U.B. [Firma]



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
 "Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
 FACULTAD DE EDUCACION

Control de asistencia de práctica profesional dirigida
 Practicante: Mónica María Oliva Rodríguez
 Centro de práctica: Hospital Nacional de Chimaltenango

Día	Fecha	Horas	Firma
Lunes	20/04/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	21/04/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	22/04/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	27/04/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	28/04/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	29/04/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Jueves	30/04/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	04/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	05/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	06/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	11/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	12/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	13/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	18/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	19/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	20/05/09	8:00AM A 12:00 PM	[Firma]

Licda. Maritza Manólla
 Psicóloga Colegiada 8668
 Departamento de Psicología

Mónica María Oliva Rodríguez
 Practicante Sto. Año Psicología
 Universidad Panamericana

[Firma]



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
 "Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
 FACULTAD DE EDUCACION

Control de asistencia de práctica profesional dirigida
 Practicante: Mónica María Oliva Rodríguez
 Centro de práctica: Hospital Nacional de Chimaltenango

Día	Fecha	Horas	Firma
Martes	10/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Viernes	13/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	16/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	18/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Jueves	19/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	23/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	24/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	25/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	30/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	31/03/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	01/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	06/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Lunes	13/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Martes	14/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Miércoles	15/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]
Jueves	16/04/09	8:00 AM A 12:00 PM	[Firma]

Ljeda. Maritza Mancilla
 Psicóloga Colegiada 8668
 Departamento de Psicología



Mónica María Oliva Rodríguez
 Practicante 5to. Año Psicología
 Universidad Panamericana

U.B. [Firma]



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE EDUCACION

Control de asistencia de práctica profesional dirigida
Practicante: Mónica María Oliva Rodríguez
Centro de práctica: Hospital Nacional de Chimaltenango

Día	Fecha	Horas	Firma
Lunes	25/05/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Martes	26/05/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Miércoles	27/05/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Lunes	01/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Martes	02/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Miércoles	03/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Lunes	08/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Martes	09/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Miércoles	10/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Lunes	15/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Martes	16/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Miércoles	17/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Lunes	22/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Martes	23/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Miércoles	24/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.
Lunes	29/06/09	8:00 AM A 12:00 PM	Mónica María Oliva R.

Licda. Maritza Mancilla
Psicóloga Colegiada 8668
Departamento de Psicología



Mónica María Oliva Rodríguez
Practicante 5to. Año Psicología
Universidad Panamericana

U. B. O.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
 "Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
 FACULTAD DE EDUCACION

Control de asistencia de práctica profesional dirigida
 Practicante: Mónica María Oliva Rodríguez
 Centro de práctica: Hospital Nacional de Chimaltenango

Día	Fecha	Horas	Firma
Miércoles	01/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	06/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Martes	07/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	08/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	13/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Martes	14/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	15/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	20/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Martes	21/07/2009	8:00AM A 17:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	22/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	27/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	29/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	03/08/2009	8:00AM A 17:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	05/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Viernes	07/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	10/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez

[Handwritten Signature]

Licda. Maritza Mancilla
 Psicóloga Colegiada 8668
 Departamento de Psicología

Licda. Maritza B. Mancilla Lima
 Psicóloga
 Colegiado 8,668

Mónica María Oliva Rodríguez
 Practicante 5to. Año Psicología
 Universidad Panamericana

Vo. Bo. *[Handwritten Signature]*



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE EDUCACION

Control de asistencia de práctica profesional dirigida
Practicante: Mónica María Oliva Rodríguez
Centro de práctica: Hospital Nacional de Chimaltenango

Día	Fecha	Horas	Firma
Miércoles	01/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	06/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Martes	07/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	08/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	13/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Martes 12	14/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	15/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	20/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Martes	21/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	22/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	27/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	29/07/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	03/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	05/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Viernes	07/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	10/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez

Licda. Maritza Mancilla
Psicóloga Colegiada 8668
Departamento de Psicología

Licda. Maritza B. Mancilla Lima
Psicóloga
Colegiada 8,668

Mónica María Oliva Rodríguez
Practicante 5to. Año Psicología
Universidad Panamericana

V. B.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
 "Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
 FACULTAD DE EDUCACION

Control de asistencia de práctica profesional dirigida
 Practicante: Mónica María Oliva Rodríguez
 Centro de práctica: Hospital Nacional de Chimaltenango

Día	Fecha	Horas	Firma
Miércoles	12/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Viernes	14/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	17/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	19/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Viernes	21/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	24/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Miércoles	26/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Viernes	28/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Lunes	31/08/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez
Martes	01/09/2009	8:00AM A 12:00PM	Mónica María Oliva Rodríguez

Licda. Maritza B. Mancilla Lima
 Psicóloga Colegiada 8668
 Departamento de Psicología
 Colegiado 8,668

Mónica María Oliva Rodríguez
 Practicante 5to. Año Psicología
 Universidad Panamericana

Chimaltenango, septiembre 18 del 2009

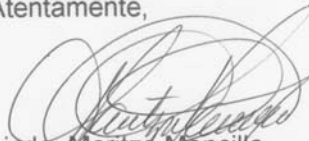
A:

**Universidad Panamericana
Departamento de Psicología**

Por este medio hago constar que la señorita **Mónica Maria Oliva Rodríguez**, quien se identifica con No. de carné 0402-05-2005520 realizó su práctica del último grado de la carrera de psicología clínica y consejería social en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de marzo a agosto del 2009 con un total de 296 horas.

La estudiante Oliva realizó su práctica con responsabilidad, capacidad y ética profesional.

Atentamente,



Licda. Maritza Mancilla
Psicóloga
Hospital Nacional de Chimaltenango

c.c.archivo.-

Licda. Maritza B. Mancilla Lima
Psicóloga
Colegiado 8,668

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A. S.
HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO

E-mail: hoschimaltenango@yahoo.com
Tel./Fax.: 7839-1876 • 7839-1504 • 7839-2479


Chimaltenango, septiembre 18 del 2009

A:
Universidad Panamericana
Departamento de Psicología

Por este medio hago constar que la señorita **Mónica Maria Oliva Rodríguez**, quien se identifica con No. de carné 0402-05-2005520 realizó su práctica del ultimo grado de la carrera de psicología clínica y consejería social en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de marzo a agosto del 2009 con un total de 296 horas.

La estudiante Oliva realizó su práctica con responsabilidad, capacidad y ética profesional.

Atentamente,


Licda. Maritza Mancilla
Psicóloga
Hospital Nacional de Chimaltenango

c.c.archivo.-

Licda. Maritza D. Mancilla
Psicóloga
Colegiado 8,668



GOBIERNO DE AVARO COLOM
GUATEMALA



**Escuela Oficial Rural Mixta
Jornada Matutina
Aldea Buena Vista
Chimaltenango
Tel: 59243776**

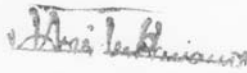
Chimaltenango, 16 de abril de 2009

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de práctica profesional supervisada
Psicología y Consejería Social
Universidad Panamericana

Atentamente hago de su conocimiento que la alumna Mónica María Oliva llevó a cabo en nuestro establecimiento una charla de prevención contra el abuso sexual infantil, el día 16 de los corrientes.

Dicha charla fue dirigida a niños y niñas de cuarto, quinto y sexto grado de nuestra escuela y será de mucha ayuda a nuestros alumnos.

Quedando de usted muy agradecida, firmo y sello la presente a los dieciséis días del mes de abril de 2009.



Prof.a. Romelia Edelmira González Casiano
DIRECTORA



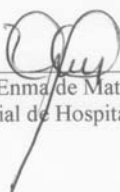
Chimaltenango, 2 de mayo de 2009

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de práctica profesional dirigida
Psicología y Consejería Social
Universidad Panamericana

Atentamente hago de su conocimiento que la alumna Mónica María Oliva Rodríguez llevó a cabo una Charla sobre Autoestima en el paciente diabético, en el Hospital Nacional el día 30 de abril del presente año.

Dicha Charla fue dirigida a Miembros del Club de Diabéticos del Hospital Nacional y estoy segura que ha sido de mucho beneficio para todos los asistentes.

Quedando de usted muy agradecida, firmo y sello la presente.


Licda. Enma de Mata
Trabajadora Social de Hospital Nacional



LICEO TECNOLÓGICO BILINGÜE CUAUHEMALLÁN

FORMANDO PROFESIONALES CON VISIÓN EMPRESARIAL
3ª calle 1-64 zona 4, Chimaltenango
Tel. 78399807



Chimaltenango, 22 de enero de 2009.

Licda:
Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional dirigida
Universidad Panamericana
Presente.

Respetable Licda.:

Reciba un cordial saludo de parte de esta institución y deseamos que nuestro Dios derrame abundantes bendiciones en su vida.

Por este medio se hace constar que las señoritas: **Ana Lucia Cermeño Morales y Mónica María Oliva Rodríguez** impartieron el día 2 de junio del presente año en horario de 8:00 horas a 10:00 horas a los alumnos de 6º Bachillerato con diferentes especialidades del Liceo Tecnológico Bilingüe Cuauhtemallán, una charla sobre Sexualidad.

Agradecemos su colaboración en la formación integral de nuestros estudiantes y deseamos contar con su apoyo en otras oportunidades.

Respetuosamente,


Licda. Thelma Echeverría de Lancerio
Directora




CONTROL DE ASISTENCIA

APELLIDOS Y NOMBRES Oliva Rodríguez Mónica María

GRADO: 5TO. GRADO CARNÉ _____

TEL: 41103188 DIRECCION: Tecpán Guatemala, Chimaltenango

FECHA	FIRMA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	OBSERVACIONES
17/01/2009		9:00 AM	11:00 PM	
24/01/2009		9:00 AM	11:00 PM	
14/02/2009		11:00 AM	13:00 PM	
21/02/2009		11:00 AM	13:00 PM	
28/02/2009		11:00 AM	13:00 PM	
14/03/2009		11:00 AM	13:00 PM	
21/03/2009		11:00 AM	13:00 PM	
28/03/2009		11:00 AM	13:00 PM	
16/05/2009		11:00 AM	13:00 PM	
23/05/2009		11:00 AM	13:00 PM	
06/06/2009		11:00 AM	13:00 PM	
13/06/2009		11:00 AM	13:00 PM	
20/06/2009		11:00 AM	13:00 PM	
04/07/2009		11:00 AM	13:00 PM	
15/08/2009		11:00 AM	13:00 PM	
22/08/2009		11:00 AM	13:00 PM	
29/08/2009		11:00 AM	13:00 PM	
19/09/2009		11:00 AM	13:00 PM	
26/09/2009		8:00 AM	9:00 AM	
03/10/2009		8:00 AM	9:00 AM	
10/10/2009		8:00 AM	9:00 PM	
24/10/2009		8:00 AM	9:00 PM	
07/11/2009		8:00 AM	9:00 PM	

Ub. B...




UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL
Extensión Chimaltenango

Control de Supervisión

Nombre de la Institución: Hospital Nacional d° Chimaltango

Dirección: La Alameda, Chimaltango Tel.: 78391976

Director (a) Encargado (a): _____

Nombre de la (el) alumna (o) practicante: Mónica Oliva

Grado: 5to. Fecha: 16/09/09

	ASPECTOS A CALIFICAR	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1.	Puntualidad				X
2.	Asistencia				X
3.	Iniciativa		X		
4.	Creatividad		X		
5.	Actitud ética		X		
6.	Conocimiento		X		
7.	Aplicación de técnicas		X		
8.	Relaciones interpersonales		X		
9.	Apoyo a la Institución		X		
10.	Interés por aprender		X		
11.	Atención a pacientes		X		
12.	Entrega de tareas				X
13.	Presentación personal			X	
14.	Realización de capacitaciones				X
15.	Actividades interinstitucionales			X	

Observaciones: _____

Licda. **Mónica B. Mancilla Lima**
Psicóloga
Colegiado 8,668