

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



**Problemas emocionales que causan las intervenciones
Quirúrgicas, realizada en el Hospital de Día Roosevelt**
(Informe de Práctica Profesional Dirigida)

Amparo Judith Vásquez Palacios

Guatemala, junio 2010

**Problemas emocionales que causan las intervenciones
Quirúrgicas, realizada en el Hospital de Día Roosevelt**
(Informe de Práctica Profesional Dirigida)

Amparo Judith Vásquez Palacios

Guatemala, junio 2010



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"


DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA


ASUNTO: Amparo Judith Vásquez Palacios,
estudiante de la Licenciatura en
Psicología y Consejería Social
de esta Facultad, solicita autorización
para realizar Práctica Profesional
Dirigida para completar requisitos
de graduación.

Guatemala, febrero 2009

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar Informe Final de Practica Dirigida, que es requerido para obtener el título Licenciatura en Psicología y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **Problemas emocionales que causan las intervenciones quirúrgicas, realizada en el "Hospital de Día Roosevelt"**, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un Informe Final de Práctica Profesional Dirigida. .
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Sonia Pappa como Asesor-Tutor, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.


M.A. José Román Bolanos Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación



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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en el “Hospital de Día” Roosevelt presentado por la estudiante Amparo Judith Vásquez Palacios

Quien se identifica con número de carné 0402-01-2005768 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA**

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACION, Guatemala, a los veintidós días del mes de marzo de dos mil diez. -----

En virtud de que el Informe Final de Práctica Dirigida con el tema **Problemas emocionales que causan las intervenciones quirúrgicas, realizada en el "Hospital de Día Roosevelt**. Presentada por el estudiante: **Amparo Judith Vásquez Palacios**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.

Licda. Karen Dubón
Revisora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION. Guatemala a los veintisiete días del mes de marzo de dos mil diez-----

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema **Problemas emocionales que causan las intervenciones quirúrgicas, realizada en el "Hospital de Día Roosevelt**. Presentado por la estudiante **Amparo Judith Vásquez Palacios**, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano

Facultad de Ciencias de la Educación



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

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Capítulo 1	
1.1 Descripción de la institución	4
1.2 Misión	
1.3 Visión	5
1.4 Organigrama de la institución	
1.5 Objetivos	6
1.6 Población que atiende	
1.7 Planteamiento del problema	
Capítulo 2	
2.1 Problemas emocionales	7
2.1.1 Enfermedades físicas causadas por problemas emocionales	8
2.1.2 Problemas emocionales en una intervención quirúrgica	10
2.2 Psicopatología	25
2.2.3 Trastornos psicopatológicos	27
2.3 Psicodiagnóstico	44
2.4 Psicoterapia	53
2.5 Terapias clasificadas por sus modelos	63
Capítulo 3	
3.1 Programa de Práctica Profesional Dirigida	88
3.2 Cronograma de Práctica Profesional Dirigida	91
3.3 Planificación en el centro de práctica	93
3.4 Subprogramas	98
Capítulo 4	
4.1 Programa de atención de casos	101
4.2 Programa de capacitación	111
4.3 Programa de elaboración del proyecto de salud mental	114
4.4 Gráficas y análisis de resultados	120

Conclusiones	124
Recomendaciones	126
Referencias de bibliografías	127
Anexos	128
Anexo 1 Horas de práctica y constancia de otras actividades	
Anexo 2 Instrumentos utilizados	
Anexo 3 Fotografías	

Resumen

El presente informe tiene conocimientos teóricos y prácticos utilizados en la Práctica Profesional Dirigida, dando a conocer en el primer capítulo una descripción del centro de práctica su visión, misión, organigrama, y población que atiende, el capítulo dos tiene contenidos de investigación útiles en el oficio de la práctica, hospitalaria como también clínica donde da a conocer los estados emocionales del paciente y su desequilibrio emocional en el cual se encuentra antes de una intervención quirúrgica como son la ansiedad depresión y otros temas de interés. También el abordaje de la terapia y sus diferentes técnicas.

Los capítulos siguientes es el trabajo realizado en el lugar de práctica como atención de casos planificaciones, cronogramas y actividades realizadas durante la Práctica Profesional Dirigida tomando en cuenta los resultados obtenidos, logros limitaciones, conclusiones y recomendaciones correspondientes.

Introducción

La finalidad de esta investigación es que los estudiantes del quinto grado de Psicología y Consejería Social, puedan adquirir conocimientos teóricos y prácticos en las áreas de psiendiagnóstico, psicopatología y psicoterapia, que puedan ser base en el ejercicio de su vida profesional.

Como estudiante de la Universidad Panamericana poder brindar un servicio de calidad a la comunidad guatemalteca, con el objetivo de ser parte de una nación de cambio en medio de una crisis mundial, poder enfrentar las diferentes causas que pueden desequilibrar la vida emocional, en una intervención quirúrgica como también laboral, estudiantil y familiar.

De esta manera formar profesionales de excelencia dispuestos a servir y dar sus conocimientos con valores a las próximas generaciones.

Síntesis descriptiva

Las necesidades que el ser humano pueda tener son innumerables pero dentro de ella se encuentra la salud física y emocional que como institución gubernamental el “Hospital de Día Roosevelt” ofrece sus servicios a la comunidad guatemalteca en la unidad de gastroenterología siendo su principal servicio las intervenciones quirúrgicas con problemas de vesícula biliar, hernias, apéndice y otras en un mínimo porcentaje, en su mayoría realizadas a través de tecnología láser.

El “Hospital de Día” pensando en la salud de sus pacientes, concedió la oportunidad de realizar la práctica profesional dirigida a las alumnas de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social para que dentro del proceso operatorio de sus pacientes se les pudiera dar terapia de emergencia, para un mejor equilibrio emocional, que conllevaría a la realización de una intervención quirúrgica más saludable emocionalmente y un proceso de recuperación más rápido. Obteniendo de este plan resultados satisfactorios expuestos por el personal médico y de enfermería y adjuntados en el trabajo descrito.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

El presente capítulo da a conocer el funcionamiento del Hospital de Día Roosevelt sus objetivos y sus metas así también su estructura organizacional etc., con el fin de tener un conocimiento claro del lugar donde se realizó la práctica profesional dirigida.

1.1 Descripción de la institución

El Hospital de Día Roosevelt inició en febrero de 1,995, gracias a las donaciones de equipo médico quirúrgico del Gobierno Central y la República del Japón, para atender pacientes con procedimientos electivos, con recursos limitados.

El equipo donado para la unidad de Hospital de Día Roosevelt, es para efectuar procedimientos por video laparoscopia diagnóstica y operatoria, por intervención del Doctor León Arango Portillo estaba al frente de la Dirección General de Servicios Hospitalarios.

El Hospital de Día se crea con la solicitud global para equipar 12 hospitales, en ese entonces SEGEPLAN coordinaba todas las actividades y estaban divididos en Hospital de Área, Nacionales, Regionales y Distritales.

Actualmente se conoce como Hospital de Día todo el sistema que permite efectuar operaciones quirúrgicas, procedimientos, diagnósticos y tratamientos de pacientes sin que sea necesario el ingreso del paciente a encamamiento por más de 12 horas.

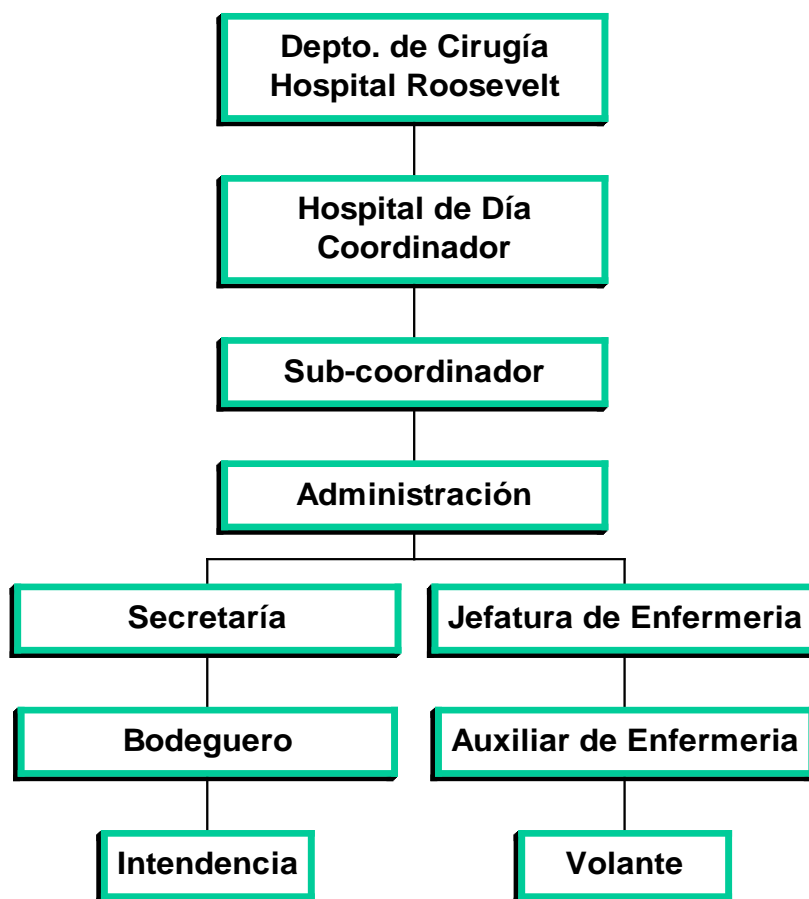
1.2 Misión

“Proveemos un servicio médico quirúrgico de excelente calidad que, mediante la utilización de tecnología avanzada y recurso humano competente y motivado, mejore la calidad de vida de nuestros usuarios, permitiéndole reintegrarse a sus actividades diarias en el menor tiempo posible”

1.3 Visión

Ser una unidad de atención Hospitalaria Ambulatoria, que provea servicios accesibles, oportunos y de calidad en respuestas a las demandas de salud de la población y de nuestros estudiantes.

1.4 Organigrama de Hospital de Día Roosevelt



1.5 Objetivos

- a) Proveer servicios médicos con énfasis en calidad y atención al usuario.
- b) Ofrecer al paciente seguridad y efectividad en su tratamiento médico quirúrgico.
- c) Centralizar cuerpo médico y tecnología avanzada poniéndole al alcance de la clase más necesitada sin costo.
- d) Disminuyendo la lista de espera para cirugía electiva, en consulta Externa Hospital.

1.6 Población que atiende

1.6.1 Uno de sus objetivos por los cuales fue creado el Hospital de Día Roosevelt es atender a los pacientes más necesitados sin costo alguno, y no importando etnia, lugar de residencia, o género. Pero generalmente son pacientes con problemas de hernia y vesícula biliar que deberán cumplir con los requisitos establecidos como; dos donadores de sangre, exámenes de laboratorio y los requeridos por el médico.

1.7 Planteamiento del problema

En el proceso de la práctica profesional dirigida se pudo detectar que el mayor problema en los pacientes es la ansiedad y el miedo a la intervención quirúrgica por el desconocimiento de algunos procesos e informaciones de personas no profesionales que transmiten creencias acerca del proceso operatorio sin ninguna base médica.

Capítulo 2

Referente teórico

En este capítulo se presentan definiciones importantes y el contenido de temas que sirvieron de base para realizar la práctica profesional dirigida, como también la aplicación de técnicas de psicología en el ejercicio profesional que requiere de amplios conocimientos para dar un servicio efectivo. Se estudiaron e investigaron temáticas básicas recopiladas para presentar el informe final entre ellas:

2.1 Problemas emocionales

Es común para una persona exasperarse por un pequeño disgusto o molestarse sin motivo aparente. Sin embargo, hay disgustos que no se van, se quedan por horas, días y a veces semanas se vuelven profundos, intensos, afectando la conducta, los sentimientos y los pensamientos.

Cuando una condición alcanza este estado, ya no se trata de una preocupación o disgusto sino de una enfermedad emocional. Ésta, se podría definir como los padecimientos originados por conflictos personales que luego derivan en problemas orgánicos. La causa radica en conflictos de convivencia o presiones del entorno que derivan en síntomas como el aburrimiento, la ansiedad o la angustia.

Es fundamental tener en consideración estos cambios emocionales, sobretodo cuando son duraderos e intensos, indicando que una persona se encuentra emocionalmente distorsionada y ha desarrollado formas de adaptarse a las situaciones de la vida. La enfermedad emocional trastorna el sistema nervioso, es importante aclarar que de ninguna manera es una enfermedad mental, aunque se le debe prestar igual importancia.

La causa de esta enfermedad radica en problemas de convivencia o presiones del medio en el cual se desenvuelve, con variados síntomas iniciales, que según el carácter del individuo, pueden ir variando y presentarse en las más diversas manifestaciones. Esto ocurre por la fuerte potencialidad del sistema nervioso en provocar y causar emociones negativas.

Las emociones van siempre acompañadas de reacciones somáticas como alteraciones de la circulación, cambios respiratorios y/o secreciones glandulares; la corteza cerebral puede ejercer una gran influencia inhibitoria de las reacciones fisiológicas; de este modo algunas personas con entrenamiento aprenden a dominar estas reacciones y llegan a mostrar un total control.

Hay una serie de reacciones emocionales que pueden ser llamadas sociales, porque en la producción de las mismas intervienen personas o situaciones sociales. Por ello debe de reconocerse que una conducta problemática sin causa aparente puede ser el efecto de una enfermedad emocional mas que un defecto de carácter de que gente con enfermedades emocionales pueden tener problemas.

Las claves para comprender la sintomatología de los pacientes emocionales, requieren para su tratamiento criterios de una clínica médica que aborde el diagnóstico sobre la patología orgánica y disponga el abordaje psicofarmacológico adecuado para atenuar disfunciones a nivel del sistema nervioso, así como también técnicas de psicoterapia breve que le permita al paciente entender las razones que causan la sintomatología.

2.1.1 Enfermedades físicas causadas por problemas emocionales

La salud humana es un complejo proceso sustentado sobre el equilibrio de factores biopsico-sociales, es decir, una persona sana tiene en equilibrio tanto su cuerpo como su mente y la adaptación con su entorno.

De lo anterior se desprende, que existe una relación entre mente y cuerpo y que la falta de equilibrio en uno de ellos, afecta el equilibrio y el buen funcionamiento del otro. La enfermedad afecta tanto al cuerpo como a la mente.

De esta relación mente/cuerpo nace la medicina psicosomática, que se centra en el estudio de las interacciones entre los procesos psicológicos (mente) y la ocurrencia de ciertas enfermedades (cuerpo). Se ha establecido la hipótesis de que el estrés y las emociones negativas, como la ira, la ansiedad y la depresión, podían ser la causa de ciertas enfermedades.

Las investigaciones no han arrojado datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, pero sí, se reconoce que, estas emociones, afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Asimismo, se investiga si las emociones positivas son beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad.

Se ha descubierto que las emociones negativas, como la ira, la ansiedad o la depresión, y también el estrés, debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas. La ira es una emoción negativa que influye en la salud, fundamentalmente generando problemas en el corazón. Estudios realizados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford han descubierto el impacto que la ira tiene en la función cardíaca: en pacientes que habían sufrido al menos un ataque cardíaco, cuando se sentían furiosos e incluso cuando recordaban esos episodios, se producía una disminución de la eficacia de bombeo de su corazón, la cual no se observó con otros sentimientos perturbadores como la ansiedad.

La ansiedad es una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria. Es la emoción con mayor peso como prueba científica al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el curso de la recuperación. Como todas las emociones, la ansiedad, tiene utilidad adaptativa: nos ayuda a prepararnos para enfrentarnos a algún peligro.

Pero en la vida moderna, es más frecuente que sea desproporcionada y fuera de lugar; la perturbación se produce ante las situaciones con las que debemos vivir o que son evocadas por la mente, no por peligros reales que debemos enfrentar. Por esta razón se está convirtiendo en un riesgo para la salud si se presenta en forma crónica. Las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacias implacables, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Esta magnitud hace que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como lo son, por ejemplo, el hábito de fumar o el colesterol elevado para los problemas cardíacos, es decir, una importante amenaza a la salud.

El estrés no causa la enfermedad en sí, sino que impide la recuperación porque baja las defensas del cuerpo y aumenta la sensibilidad de la persona a los problemas físicos que han

existido anteriormente (Reeve, 1994). Estudios han demostrado que estresores potenciales como: grandes cambios en la vida, situaciones vitales crónicas y pérdida del apoyo social, están relacionados con enfermedades cardiovasculares, debido a que la secreción de hormonas durante el estrés parecen contribuir en este tipo de enfermedades, ya que: incrementan la tendencia de coagulación de la sangre, (si un coágulo se aloja en la arteria coronaria es probable sufrir un ataque cardíaco), elevan los niveles de ácidos grasos libres y triglicéridos que obstruyen las arterias, y aumentan la presión arterial (Davidoff, 1989).

En cuanto a la contracción de enfermedades infecciosas como virus del herpes o de la gripe, el estrés influye ya que debilita la acción del sistema inmunológico.

La relación entre estrés y cáncer parece estar en los efectos supresores del estrés en el sistema inmunológico. Si se deprimen las funciones inmunológicas, los organismos tienen menos capacidad para enfrentarse a los agentes cancerígenos (Davidoff, 1989).

2.1.2 Problemas emocionales en una intervención quirúrgica

Las intervenciones quirúrgicas son operaciones realizadas por cirujanos con el fin de reparar y extraer tejidos y órganos del cuerpo humano para solucionar algún trastorno o enfermedad.

Los grandes avances de la cirugía fueron el uso de la anestesia para evitar el dolor y los antisépticos para prevenir las infecciones. Actualmente, los progresos son los referidos a la cirugía no invasiva, mediante la cual se evitan las grandes incisiones.

Existen distintos tipos de técnicas quirúrgicas que se diferencian en el modo de intervención y en los instrumentos utilizados. En este sentido, los avances tecnológicos son claves, entre ellos la invención del láser.

La cirugía tradicional se conoce también como cirugía invasiva. Es aquella en que se realizan incisiones de mayor tamaño, pues el cirujano actúa directamente sobre la zona a tratar.

Cirugía por laparoscopia son operaciones mínimamente invasivas consiste en realizar una pequeña incisión a través de la que se introduce una lente que capta imágenes del interior del cuerpo estas se transmiten a un monitor para poder realizar la intervención. Cirugía láser

consiste en la aplicación de haces de luz intensos sobre determinadas células a las que se aumenta la temperatura hasta conseguir su eliminación.

La ansiedad tiene un papel relevante, en las operaciones quirúrgicas, el Dr. Camran Nezhat, de la Universidad de Stanford dice: "Si alguien debe someterse a una cirugía y me dice que ese día siente pánico y no quiere pasar por ella, cancelo la intervención. Cualquier cirujano sabe que las personas que están muy asustadas tienen problemas durante la operación. Sufren hemorragias abundantes y más infecciones y complicaciones; además, tardan más tiempo en recuperarse".

La razón es evidente: el pánico y la ansiedad elevan la presión sanguínea y las venas dilatadas por la presión, sangran más abundantemente cuando el cirujano hace la incisión con el bisturí. La hemorragia excesiva es una de las complicaciones quirúrgicas más molestas y puede provocar la muerte (Goleman, 1996). La preparación psicológica pre-quirúrgica repercute sobre la recuperación post-quirúrgica. El efecto mayor lo obtienen los programas que incluyen el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

A continuación se presentan algunas enfermedades o manifestaciones emocionales pre o postoperatorias:

I. Estrés

Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para enfrentar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o ansioso. Lo que es estresante para una persona no necesariamente es estresante para otra.

El estrés se puede definir como un conjunto de reacciones nocivas, tanto físicas como emocionales.

Que concurren cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador. El estrés puede conducir a la enfermedad psíquica y hasta física.

Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para enfrentar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada, es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia a pesar de lo cual, hoy en día, se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias que abundan en ciertos modos de vida, desencadenando problemas de salud graves.

El estrés se encuentra en la cabeza, ya que es el cerebro el responsable de reconocer y responder a los estresores de distintas formas. Cada vez son más los estudios que corroboran el papel que juega el estrés en el aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones. Un estudio de la Universidad de California demostró que un estrés fuerte durante un corto periodo de tiempo, por ejemplo: como lo es la espera durante la cirugía de un ser querido, es suficiente para destruir varias de las conexiones entre neuronas en zonas específicas del cerebro. Esto es, un estrés agudo puede cambiar la anatomía cerebral en pocas horas. El estrés crónico, por su parte, demostró la disminución del tamaño de la zona cerebral responsable de la memoria, por lo menos es el efecto encontrado en ratas.

El efecto que tiene la respuesta estrés en el organismo es profundo: en predominio del sistema nervioso simpático (vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, taquipnea, relentización de la motilidad intestinal, etc...), liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) de cortisol y encefalina, aumento de la cantidad circulante en sangre de glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunológicos.

Todos estos mecanismos están pensados para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo, no para ser mantenidos indefinidamente, tal como suele pasar. Este estado de alerta sostenido, desgasta las reservas del organismo y puede producir diversas patologías (trombosis, ansiedad, depresión, inmunodeficiencia, dolores musculares, insomnio, trastornos de atención, etc...)

Un estrés agudo puede cambiar la anatomía cerebral en pocas horas. El estrés crónico, por su parte, demostró la disminución del tamaño de la zona cerebral responsable de la memoria, por lo menos es el efecto encontrado en ratas. El estrés puede contribuir, directa o indirectamente, a la aparición de trastornos generales o específicos del cuerpo y de la mente.

En primer lugar, esta situación hace que el cerebro se ponga en guardia. La reacción del cerebro es preparar el cuerpo para la acción defensiva. El sistema nervioso se despierta y las hormonas se liberan para activar los sentidos, acelerar el pulso, profundizar la respiración y tensar los músculos. Esta respuesta (a veces denominada respuesta de lucha o huida) es importante, porque ayuda a defenderse contra situaciones amenazantes. La respuesta se programa biológicamente. Todo el mundo reacciona más o menos de la misma forma —tanto si la situación se produce en la casa como en el trabajo.

Los episodios cortos o infrecuentes de estrés representan poco riesgo. Pero cuando las situaciones estresantes se suceden sin resolución, el cuerpo permanece en un estado constante de alerta, lo cual aumenta la tasa de desgaste fisiológico que conlleva a la fatiga o el daño físico, y la capacidad del cuerpo para recuperarse y defenderse se puede ver seriamente comprometida. Como resultado, aumenta el riesgo de lesión o enfermedad.

Desde hace 20 años, muchos estudios han considerado la relación entre el estrés de trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones de humor y de sueño, estómago revuelto, dolor de cabeza y relaciones alteradas con familia y amigos son síntomas de problemas relacionados con el estrés que se ven comúnmente reflejados en estas investigaciones.

Estas señales precoces del estrés de trabajo son fácilmente reconocibles. Pero los efectos del estrés de trabajo en las enfermedades crónicas son más difíciles de diagnosticar, ya que estas enfermedades requieren un largo período de desarrollo y se pueden ver influidas por muchos factores aparte del estrés. Sin embargo, gran número de evidencias sugieren que el estrés tiene un papel preponderante en varios tipos de problemas crónicos de salud, particularmente en las enfermedades cardiovasculares, las afecciones músculo esqueléticas y las afecciones psicológicas.

El concepto del estrés muchas veces se confunde con el desafío (los retos), pero ambos conceptos son diferentes. El desafío vigoriza psicológica y físicamente, y motiva a aprender habilidades nuevas.

Cuando encontramos un desafío, y lo realizamos nos sentimos relajados y satisfechos. Entonces, dicen los expertos, el desafío es un ingrediente importante del trabajo sano y productivo.

En la actualidad existe una gran variedad de datos experimentales y clínicos que ponen de manifiesto que el estrés, si su intensidad y duración sobrepasan ciertos límites, puede producir alteraciones considerables en el cerebro. Éstas incluyen desde modificaciones más o menos leves y reversibles hasta situaciones en las que puede haber muerte neuronal. Se sabe que el efecto perjudicial que puede producir el estrés sobre el cerebro está directamente relacionado con los niveles de hormonas (glucocorticoides, concretamente) secretados en la respuesta fisiológica del organismo.

Aunque la presencia de determinados niveles de estas hormonas es de gran importancia para el adecuado funcionamiento del cerebro, el exceso de glucocorticoides puede producir toda una serie de alteraciones en distintas estructuras cerebrales, especialmente en el hipocampo, estructura que juega un papel crítico en muchos procesos de aprendizaje y memoria. Mediante distintos trabajos experimentales se ha podido establecer que la exposición continuada a situaciones de estrés (a niveles elevados de las hormonas del estrés) puede producir efectos perjudiciales en el sistema nervioso central.

I.1 Condiciones desencadenantes del estrés

Los llamados estresores o factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis).

Se considera que una persona está sometida a una situación de estrés cuando ha de hacer frente a demandas ambientales que sobrepasan sus recursos, de manera que el sujeto percibe que no puede darles una respuesta efectiva.

En este tipo de situaciones, el organismo emite una respuesta de estrés, que consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva del organismo, que, a su vez, se prepara para una intensa actividad motora.

Estas respuestas propician una mejor percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información, una mejor búsqueda de soluciones y

una mejor selección de respuestas para hacer frente a la situación, preparando al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa. Las consecuencias de esta activación dependerán de su duración e intensidad. Así, cuando la respuesta de estrés es demasiado frecuente, intensa o duradera puede tener repercusiones negativas, con una amplia gama de manifestaciones orgánicas, denominadas trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos.

I.2 Efectos del estrés

A. Efectos subjetivos del estrés

Ansiedad, agresividad, apatía, depresión, fatiga, sentimientos de culpa, vergüenza, tristeza, irritabilidad, soledad, baja autoestima.

B. Efectos cognitivos, conductuales del estrés

Incapacidad para tomar decisiones, incapacidad para concentrarse, olvidos frecuentes hipersensibilidad a las críticas, bloqueos mentales

C. Efectos fisiológicos del estrés

Entre los efectos o trastornos que pueden aparecer asociados al estrés, los denominados trastornos psicofisiológicos, tales como hipertensión, cefaleas, asma, espasmos, tics, úlceras, disfunciones sexuales, etc. son los que han centrado de manera preferente la investigación en el área.

Según la experiencia clínica muestra que a veces un individuo puede tener, en forma sucesiva o simultánea, trastornos que afectan a varios sistemas orgánicos.

D. Efecto en el sistema cardiovascular

Se ha demostrado que el stress que provoca angustia tiende a aumentar la frecuencia de los latidos cardíacos, el gasto cardíaco, y la presión sanguínea, así como a provocar cambios en el ritmo y en el electrocardiograma.

E. Efecto en el aparato gastrointestinal

Los síntomas de trastornos gastrointestinales son múltiples, ya que se extienden, desde los que se localizan en la cavidad bucal y que el dentista observa con mayor frecuencia, hasta la gran variedad de expresiones de mal funcionamiento en el estómago, el intestino delgado y intestino grueso, y en los principales órganos secretores que se relacionan con la digestión. Los síntomas más frecuentes son: anorexia, náusea, indigestión nerviosa, incomodidad por gases, vómito, eructos, dolor epigástrico, diarrea y constipación.

F. Efecto en el sistema músculo esquelético

La artritis reumatoide proviene de la frecuente observación de que la aparición o exacerbación de la enfermedad se han relacionado con períodos de stress emocional. Este paciente es un individuo emocionalmente tranquilo, que rara vez expresa abiertamente sus sentimientos y que parece tener satisfacciones sirviendo a los demás.

G. Efecto en el sistema respiratorio

La conducta emocional afecta al sistema respiratorio tanto en su expresión como en su acción. El llanto y la risa, los gritos o el habla, implican cambios en la acción respiratoria; la respiración excesiva o lo opuesto son repuestas típicas durante períodos contrastantes de acción o descanso. Dentro de éstas están el síndrome de hiperventilación, el asma, etc.

I.3 La resistencia al estrés

Las variables que confieren a la personalidad las características que la hacen más resistente ante las demandas de las situaciones y que han recibido mayor atención, son aquéllas que hacen referencia a las creencias, ya que en su mayor parte son tendencias generalizadas a percibir la realidad o a percibirse a sí mismo de una determinada manera (Lazarus, 1991).

En general, se trata de un conjunto de creencias relacionadas, principalmente, con la sensación de dominio y de confianza sobre la realidad del entorno, que van desarrollándose a lo largo de la vida, y que están muy relacionadas entre sí. El núcleo de creencias de una persona incidirá sobre el proceso de estrés, modulando los procesos de valoración sobre las condiciones estresantes.

1.4 Diagnóstico

Si los síntomas de estrés persisten durante varias semanas, es posible que necesite de una evaluación médica y psicoterapia de apoyo para aprender nuevas técnicas que le permitan dominar la situación. Si después de un examen, el doctor comprueba que los síntomas no responden a una causa física, recomendará algún tipo de psicoterapia.

I.5 Tratamiento

Frente a la falta de respuesta al tratamiento físico, el doctor puede recomendar algún tipo de psicoterapia o tratamientos combinados con medicamentos como medidas a corto plazo. Sin embargo, en general el uso de medicamentos no se recomienda como solución a largo plazo. En estos casos no se recomienda el uso de bebidas alcohólicas.

Si reconoce la causa del estrés, por ejemplo, la pérdida de su empleo o un divorcio, cree mecanismos para enfrentar la situación en forma efectiva. Comparta sus sentimientos con los amigos. No se imponga más responsabilidades hasta acostumbrarse a la nueva situación.

Si el estrés persiste debido a irritaciones diarias que no se pueden modificar, tal vez un cambio radical le ayude, por ejemplo, encontrar un trabajo menos agobiante. Realice actividades deportivas o algún pasatiempo, aprenda técnicas de relajación, evite el uso de tranquilizantes o alcohol para hacer frente a las situaciones de estrés

II. Depresión

La depresión (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, evolutivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad.

La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. 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). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento paterno educativo.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos (abanderados por la fluoxetina, la "píldora de la felicidad" del siglo XX), la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas.

Estar deprimido es algo más que estar triste o que llorar mucho, o aun más severo que estar cansado. Aun cuando los tres tipos de situaciones están presentes en las manifestaciones que tiene algunos enfermos que padecen de depresión. Además se observan problemas para dormir: sueño inquieto y despertares frecuentes, que hacen que el paciente se incorpore con frecuencia en la madrugada, siendo muy difícil el re-iniciar su sueño; presenta además fatiga y una sensación de pérdida de energía, que se manifiesta con una gran dificultad para empezar la mayoría de las acciones que habitualmente realizaba fácilmente, por ejemplo: una ama de casa tiene problemas para hacer cosas tan comunes a ella como el arreglo de su hogar, y aun el arreglo personal.

El deprimido puede tener disminución importante en su apetito, lo cual lo lleva a bajar de peso, y también suelen tener problemas de concentración y memoria. Otro de los apetitos, que está de manera importante disminuido es el deseo sexual. Es común que las personas, tengan deseo sexual, y que esto los motive a la búsqueda de pareja y el realizar una relación sexual, o tener fantasías respecto a lo anterior. El enfermo con depresión esta materialmente en ausencia del deseo sexual, y por supuesto, esto puede tener cierto impacto en sus relaciones interpersonales, principalmente en el área marital. Un aspecto serio del problema del deprimido es que presenta constantemente ideas de muerte. Estas van desde ya no querer estar vivo, pidiéndole a Dios, el que "los recoja", hasta la maquinación de su propia muerte, que en ocasiones, se llevan a cabo.

La depresión es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

Se ha calculado que el costo personal de un cuadro de depresión que llega a durar de seis a ocho meses, es más severo e incapacitante que la diabetes Mellitas o la hipertensión arterial. Estar deprimido, no es algo que de pronto aparezca, habitualmente su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos (o somató formes), que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente a la depresión. Dolores de cabeza, espalda, sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento, son datos iniciales de depresión.

Posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, la rumiación de experiencias tristes, desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, y entonces el paciente se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, esta constantemente con ideas de culpa por eventos del pasado o por situaciones en donde omitió tal o cual acción. Finalmente, cuando menos espera está de nuevo deprimido.

II.1 Causas

Existen los factores hereditarios. Hay datos epidemiológicos que muestran que los gemelos idénticos (monocigotos), tienen muy frecuentemente ambos depresión. En menor grado, pero también es frecuente que gemelos que no se parecen (dicigotos), se enfermen de depresión, más frecuentemente que el resto de sus hermanos o sus padres. Finalmente los familiares de primer grado de un enfermo deprimido (hermanos, padres y abuelos) presentan cuadros de depresión más frecuentemente que el resto de la población. Lo anterior ha llevado a la búsqueda del gen o genes de la depresión.

Otros genes se han propuesto para la depresión, de entre ellos destaca el cromosoma sexual "X", esto sobre la base de que las mujeres tienen dos veces mayor incidencia de depresión que los hombres y a que un defecto que es la ceguera a los colores (daltónica), se ve más frecuentemente en las mujeres que padecen de depresión. Por supuesto que otros factores biológicos (v.gr., hormonales) o sociales (v.gr., sociedades machistas, la doble carga de trabajo, etc.), pueden ser factores determinantes de que las mujeres sean mucho más vulnerables a desarrollo de depresión que los hombres. Se sabe por ejemplo que las mujeres casadas, padecen con más frecuencia depresiones que los hombres. En ellos, es más frecuente las depresiones cuando son solteros.

Se podría decir que la depresión es un extremo de la falla en los mecanismos de estrés, cuando se reacciona ante situaciones estresantes se tiene un estado de exceso de actividad, el corazón va más de prisa (v.g taquicardia), se tiene mayor riesgo sanguíneo al cerebro y músculos y las pupilas están dilatadas. Pero esta situación, que en general se presenta de manera aguda se va atenuando, en la medida que la situación que induce a estrés va disminuyendo. Pero si el estrés persiste de manera continua, o eventualmente se agregan otros estímulos estresantes, entonces el sistema decae y se produce la depresión.

II 2 Signos y síntomas de la depresión

- Estado de ánimo. Este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente.

- Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.
- Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que esta leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable.
- Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar.
- Sentimientos de culpa. Este tipo de síntoma, es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aun más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad. Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), Ideación suicida. Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia.
- El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es mas, él desea que se le interogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.

- Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión. El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío.
- Disminución de energía. Esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo: "siento como si estuviera con las pilas bajas"; "no me dan ganas de nada, solo quiero estar en la cama tumbado sin hacer nada"; "las cosas las hago como en cámara lenta". Aquí hay que evaluar, que cosas ya no puede hacer el paciente, y esto va desde que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para su aliño, hasta dejar de trabajar y estar únicamente acostado o en una posición fija todo el tiempo.
- Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica. Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. El médico, puede evaluar desde la inspección general al paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc. Además el paciente puede referir que se siente "nervioso", agitado, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban.
- Manifestaciones diversas. Estas pueden ser de tipo hipocondríaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas, acudir más frecuentemente al médico con dolencias poco sistematizadas. También pueden haber dato obsesivo-compulsivos, es decir el paciente tiene pensamientos repetitivos, que no puede apartar de su cabeza, y que son reconocidos como absurdos y la repetición de actos motores o rituales, varias veces, para estar seguro de que se hacían y estaban bien hechos.
- En el primer caso son ideas parásitas que no se van de la cabeza y que pueden generar ansiedad a los pacientes. En el segundo, el paciente tiene que estar revisando cosas y situaciones, para estar seguro de que las puertas y ventanas estén bien cerradas, o repetir operaciones, como el aseado, varias veces para estar seguro que estén hechos.

II.3 Tratamiento

La depresión mayor es una de las enfermedades psiquiátricas que pueden tratarse con mayor eficacia hoy en día. Existen medicamentos eficaces, con relativamente pocos efectos secundarios y aunado a procedimientos psicoterapéuticos, hacen que la meta del tratamiento antidepressivo, sea la completa remisión de la sintomatología.

La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.

III. Ansiedad

La ansiedad (del latín *anxietas*, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o, por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia. En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, sin saberlo.

III.1 Descripción general

Ante esta situación, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento liberando señales de alerta a todo el sistema nervioso central.

Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, forzando a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que están invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado que bien pudiera llamarse de "alerta roja".

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo.

Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se dan con bastante asiduidad, el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana, que requieran una actividad del organismo fuera de lo normal.

III.2 Síntomas

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales.

Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardiaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos.

La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno visiten la sala de urgencias con cierta frecuencia, y, típicamente, se sienten mejor después de ser atendidas también podemos mencionar miedo escénico que se manifiesta en una forma de ansiedad social que se manifiesta frente a grupos y ante la inminencia de tener que expresarse en público o por efecto de imaginar dicha acción. Puede ser tratado con terapia cognitivo-conductual, incorporando una o varias de estas técnicas: auto-observación, reestructuración cognitiva, terapia de relajación, ensayo de conducta, representación de roles, desensibilización sistemática, visualización y entrenamiento asertivo.

2.2 Psicopatología

2.2.1 Definición El término Psicopatología, etimológicamente psyché (psyjé): alma o razón. páthos (pazos): enfermedad, logía: o lógos, *que* significa discusión o discurso racional, puede ser usado en dos sentidos:

- i. 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 enfermedades mentales.
- ii. Para denotar conductas o experiencias indicadoras de enfermedad o trastorno mental, incluso cuando no constituyan un diagnóstico formal.

2.2.2 Antecedentes

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

Hipócrates dice que algunas enfermedades mentales tienen su origen en el cuerpo. Habla de la depresión post-parto, los delirios por infecciones, etc. Describe, perfectamente, cuadros febriles delirantes de los procesos infecciosos. Asimismo, también describe los cuadros de histeria e histrionismo y de la paranoia entre otros. Refiere que la enfermedad mental tiene un origen somático. Por lo que se considera a Hipócrates como el precursor de la enfermedad mental. Galeno, fue un filósofo, un pensador que describió las enfermedades mentales y habla de “Trastornos Mentales”.

El fenómeno de los trastornos mentales desconcierta a Europa. No obstante, la iglesia católica ejercía un gran control sobre el continente europeo, haciendo una interpretación monológica de la enfermedad mental, lo cual viene a significar que los locos son poseídos por el demonio. Además, si el enfermo está poseído por el demonio, no puede ser curado, sino exterminado, en cárceles y en las hogueras.

A principios del siglo XX Sigmund Freud (1856-1939) médico neurólogo creador del Psicoanálisis empleó la hipnosis para el tratamiento de la histeria, enfermedad que relacionó con problemas sexuales.

Hoy día todos los profesionales de la salud dicen que “enfermedad mental”, es un conjunto de variables orgánicas y biológicas, además de las variables psicológicas y las variables sociales.

2.2.2 Definición de salud mental

Se define a la Salud Mental como el completo bienestar psíquico y social. Otros autores la han definido como la habilidad de tener un trabajo, tener una familia, no tener problemas con la ley y disfrutar de las oportunidades placenteras de la vida.

Un trastorno mental consiste en la pérdida de este bienestar psicosocial, unido a un deterioro en el ámbito laboral o académico (escuela, universidad) y alteraciones en las actividades sociales habituales o en la vida de relación con los demás (familia, amigos).

2.2.3 Trastornos Psicopatológicos

I. Trastornos somatomorfos

Es un grupo de enfermedades psiquiátricas, que se caracterizan por pacientes que tienden a insistir reiteradamente en la presencia de síntomas físicos como dolor, náusea, depresión, vértigo o lesiones, pero niegan tener problemas psiquiátricos, acompañado de demandas persistentes de exámenes y pruebas diagnósticas a pesar de que los hallazgos continuamente resultan negativos y de la garantía de los tratantes que los síntomas no tienen justificación orgánica. La sensación física reportada por los pacientes con trastornos somatomorfos no es ficticia o inventada, es sintomatología real que no tiene explicación o causa física.

El término es relativamente nuevo y se aplica a lo que con frecuencia se denomina trastorno psicósomático. El diagnóstico de un trastorno somatomorfo implica que los factores psicológicos son un gran contribuyente a la aparición, gravedad y duración de los síntomas referidos.

Se sospecha un trastorno somatomorfo en pacientes con síntomas físicos como fatiga, pérdida de apetito o cualquier otro trastorno gastrointestinales, de la sensación, de la función y del comportamiento y que, tras un adecuado examen físico dichos síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica o por los efectos directos de una sustancia o droga.

En pacientes con enfermedades conocidas, los síntomas, deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que se espera por los hallazgos médicos. La duración de los síntomas ha de ser al menos seis meses y no son síntomas producidos intencionalmente ni son simulados.

I.1 Síntomas

Los trastornos somatomorfos pueden presentarse bajo una variedad de síntomas, por ejemplo:

- Respiratorios: el paciente puede referir un sentimiento de asfixia o dificultad respiratoria, sensación de presión cardiovascular y sensación de ansiedad en el pecho
- Tracto gastrointestinal: estómago irritable y síndrome de intestino irritable, con náuseas, hinchazón, dolor abdominal, heces irregulares, etc.
- Ginecológicos: dolor pélvico crónico, dolor abdominal bajo incluyendo el sacro
- Urológicos: vejiga, próstata y/o uretra irritable, aumento en la frecuencia de las micciones, dolor al orinar, sensación de dificultad para orinar
- Dolor persistente, sin correlacionar con los hallazgos de la exploración física

Los pacientes a menudo refieren síntomas que indican una fuerte excitación del sistema nervioso autónomo, temblores o trastornos endocrinos. Adicionalmente, hay pacientes con otros trastornos psiquiátricos añadidos, en particular los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastorno de personalidad.

La influencia del trastorno somatomorfo en la calidad de vida del paciente es enorme: estos pacientes indican que pasan de 5 a 7 días al mes en cama, comparado con otros pacientes con problemas médicos importantes que pasan 1 día o menos al mes en cama. Los pacientes con trastornos somatomorfos suelen permanecer más días en el hospital que el promedio de hospitalización.

No puede explicar sus síntomas, ya que el origen de dichos síntomas es psicológico. Suelen presentarse en las consultas de los médicos convencidos de que sus síntomas se deben a alguna enfermedad física y a menudo no aceptan la posibilidad de una etiología psicológica. Los síntomas aparecen en periodos de estrés.

Muchas personas tienden a veces tener síntomas de este tipo sin que por ello padezcan un trastorno somatomorfo. Para diagnosticar este trastorno es necesario que los síntomas sean lo bastante graves como para interferir en la vida de estas personas (relaciones, trabajo, etc.) e impedirles funcionar con normalidad.

Algunos autores piensan que ese trastorno se debe a un rechazo real o imaginado por parte de personas significativas.

Las continuas quejas de dolor o síntomas físicos tendrían la función de obtener la atención de dichas personas y modificar su comportamiento, aunque esto se realiza de un modo inconsciente. Sin embargo, las quejas prolongadas infundadas suelen acabar suscitando más rechazo, el cual a su vez agravaría los síntomas.

Otros autores destacan el componente de aprendizaje de este tipo de trastornos. Se ha visto que es más frecuente en personas cuyos padres o madres han padecido enfermedades físicas (o trastornos somatomorfos) durante la niñez del paciente, sobre todo si obtenían algún beneficio de dichos síntomas. De este modo, siendo niños aprenden un modo de comportarse que consiste en utilizar los síntomas físicos para obtener atención, afecto, evitar situaciones estresantes, etc.

El abuso físico y sexual en la infancia, así como una historia de secretos familiares suele ser también un antecedente de estos trastornos. En estos casos suele darse una represión de las emociones (por ejemplo, cuando una familia niega la existencia de los abusos y nunca habla de ellos), de modo que los conflictos que no pueden ser expresados emocionalmente acaban siendo expresados mediante síntomas físicos. A veces es también un modo de pedir ayuda sin tener que hablar ni contar lo sucedido, como puede pasar en casos de abusos sexuales en la infancia.

I.2 Clasificación

Los trastornos somatomorfos reconocidos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales producido por la *American Psychiatric Association* incluyen:

i. Trastorno de somatización

En el pasado, este trastorno recibía el nombre de histeria. Consiste en la aparición de numerosos síntomas físicos que comienzan antes de los 30 años y causan un mal funcionamiento en la vida de estas personas.

Durante la exploración médica no aparece ninguna enfermedad o bien si aparece alguna no explica todos los síntomas. Para que se diagnostique el trastorno es necesario que se cumplan todos estos criterios:

- Dolor en cuatro zonas diferentes (por ejemplo, cabeza, abdomen, espalda y pecho) o en cuatro funciones diferentes (por ejemplo, dolor menstrual, dolor al orinar, dolor durante las relaciones sexuales, etc.).
- Dos síntomas gastrointestinales diferentes del dolor (por ejemplo, náuseas y vómitos).
- Un síntoma sexual y reproductivo que no sea dolor.
- Un síntoma psiconeurológico (por ejemplo, parálisis, afonía, retención urinaria... de origen psicológico).

Cualquier parte del cuerpo puede verse afectada, y entre los síntomas que pueden aparecer se encuentran: dolores de cabeza, náuseas, vómitos, hinchazón, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, dolor menstrual, fatiga, desvanecimientos, coito doloroso, pérdida del deseo sexual, dolor al orinar, problemas de erección o eyaculación, síntomas psiconeurológicos. Es habitual que estas personas padezcan también ansiedad y/o depresión.

Suelen describir sus síntomas como insoportables o lo peor que se pueda imaginar y a menudo se vuelven dependientes y manipuladores en sus relaciones y exigen atención y cuidados, llegando a enfadarse si los demás no satisfacen sus necesidades. No suelen ser conscientes de que su problema principal es psicológico y buscan ayuda médica. Aunque a veces su síntomas les reporten ganancias secundarias, no es raro que se sientan culpables y duden de su capacidad y valor personal.

ii. Trastorno de conversión

El trastorno de conversión (término que describe lo que anteriormente se llamaba histeria) fue un diagnóstico especialmente popular a fines del siglo XIX. Se refiere a los síntomas que afectan al comportamiento y que se asemejan a una enfermedad neurológica pero que no proceden de ninguna enfermedad física conocida ni se pueden explicar por ella.

Es una conversión porque el paciente convierte el conflicto psicológico en un trastorno físico (incapacidad para mover ciertas partes del cuerpo o usar los sentidos de manera normal). Entre los que lo estudiaban, se destacaron Pierre Janet, Jean-Martin Charcot, Josef Breuer y Sigmund Freud.

Antes, la gran mayoría de personas diagnosticadas eran mujeres, se supone que por estar más oprimidas y reprimidas que los hombres. Esta histórica disparidad sexual suele explicarse en términos sociológicos, al igual que la drástica caída del índice del síndrome. Todavía, de vez en cuando se emplea este término, pero generalmente sin referencia a ningún mecanismo subyacente específico. En un principio se pensó que la histeria sólo era una patología femenina, debido a su etimología. Procede de "Hystéra" palabra griega que significa útero.

Freud teorizó que el trastorno de conversión proviene de una emoción internada de cólera, repugnancia o conflicto sin resolver. Utilizaba la hipnosis para tratar este trastorno. Luego fue reemplazado por el "Método de Apremio" (estos dos no lograban la curación del paciente, solo una descarga de los conflictos acumulados). Más tarde comenzó a aplicar el Método de "asociación libre" que resuelve las dificultades procedentes de este trastorno al permitir la identificación de las razones claves del conflicto emocional en la persona.

Actualmente, se considera que éste es un trastorno neurológico, menos frecuente de lo que sugiere la palabra histeria. En este tipo de neurosis se identifican claramente dos clases:

1. De tipo conversivo, en la cual los síntomas incluyen a los sistemas neuromusculares y sensoriales.
2. De tipo disociativo, en la cual aparecen los trastornos de la conciencia.

En algunos casos se tiene la impresión de que el paciente obtiene beneficios a partir de su estado de incapacidad lo cual lo lleva a confundir la enfermedad con la simulación. Los síntomas principales de las neurosis histéricas no están bajo el control consciente del paciente, así la verdadera simulación puede llegar a ser una manifestación de un trastorno de personalidad. Se ha comprobado que en algunos casos, los pacientes presentan alucinaciones visuales, aisladas no acompañadas de pensamientos falsos.

El tipo de histeria de conversión presenta una enorme variedad de síntomas difusos, como parálisis motora o ceguera, trastornos del sistema nervioso, incluyendo temblores y parálisis localizadas, parestesias y estados variables de crisis de tipo epiléptico.

Los estados disociativos surgen por la repentina emergencia del estado consciente de impulsos destructivos primarios; esos estados se presentan con cierta frecuencia después de que los pacientes han cometido un acto violento y llegan a constituir problemas en el juicio.

ii.1 Causas, incidencia y factores de riesgo

Los síntomas del trastorno de conversión pueden ocurrir debido a angustia emocional o problemas psicológicos.

Los síntomas generalmente comienzan de manera repentina después de una experiencia estresante. Las personas tienen mayor riesgo de presentar este trastorno si también tienen una afección médica, un trastorno disociativo o un trastorno de personalidad.

Algunos médicos falsamente creen que el trastorno de conversión y trastornos similares no son afecciones médicas reales y pueden decirle a sus pacientes que "todo el problema está en su cabeza". Sin embargo, estas afecciones son reales, causan angustia y no se pueden controlar a voluntad. Las investigaciones sobre la conexión entre mente y cuerpo pueden a la larga aumentar la comprensión de estos trastornos.

ii.2 Síntomas

Los síntomas producen un malestar significativo o un impedimento social, ocupacional o en otras áreas importantes de la vida.

Entre los síntomas típicos se encuentran los siguientes: problemas de coordinación o equilibrio, debilidad o parálisis de un brazo o pierna, pérdida de sensibilidad al tacto o al dolor en una parte del cuerpo, convulsiones (parecidas a un ataque epiléptico), pérdida de visión, sordera, afonía, dificultad para tragar, sensación de tener un nudo en la garganta, retención urinaria.

El nombre de este trastorno es debido a que estas personas están convirtiendo un conflicto psicológico en una incapacidad para mover ciertas partes del cuerpo o usar los sentidos con normalidad. Por ejemplo, la persona que pierde la voz en una situación en la que teme hablar, o el pianista cuyas manos quedan paralizadas cuando ha de actuar ante una audiencia y esta situación le produce una gran ansiedad. Estos síntomas sirven para aliviar la ansiedad

(ganancia primaria) y para sacar a la persona de la situación estresante (ganancia secundaria). Las pruebas de diagnóstico no encuentran ninguna causa física para los síntomas.

ii.3 Tratamiento

La psicoterapia y el entrenamiento en el manejo del estrés pueden ayudar a reducir los síntomas. La parte del cuerpo afectada o la función física necesitarán fisioterapia o terapia ocupacional hasta que los síntomas desaparezcan. Por ejemplo, las extremidades paralizadas se deben ejercitar para evitar el debilitamiento muscular.

iii. Trastorno dismórfico corporal

Consiste en una preocupación fuera de lo normal por algún defecto físico, ya sea real o imaginado. Si dicho defecto existe, la preocupación y ansiedad experimentada por estas personas es excesiva, ya que lo perciben de un modo exagerado, un cuadro psicopatológico descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli (1852-1929), quien acuñó el término en 1886.

Aunque presentan una apariencia física normal, las personas que sufren de trastorno dismórfico corporal, o TDC, se perciben a sí mismas como feas o desfiguradas. Una reciente investigación mediante visualización de escaneos cerebrales, pone de manifiesto que el cerebro de estas personas es, en principio, estructuralmente normal, pero el problema es que funciona de modo anormal cuando procesa los detalles visuales.

Los individuos con TDC tienden a obsesionarse con una deformidad imaginaria en su apariencia física o a magnificar hasta cotas extremas un ligero defecto. Para solucionar su "problema", tienden a efectuarse cirugías plásticas, a veces en repetidas ocasiones.

A menudo, sienten vergüenza, depresión y ansiedad, lo cual aumenta el riesgo de que se suiciden. El TDC afecta aproximadamente a un 2 por ciento de la población, tiende a circular dentro de algunas familias, y es especialmente común en personas con trastorno obsesivo compulsivo. El 30 por ciento de las personas con TDC sufren de trastornos alimentarios, también vinculados a una percepción distorsionada de la imagen propia, como por ejemplo la anorexia.

Mientras que este elemento constituye el núcleo del trastorno, otros factores pueden también estar presentes para el diagnóstico: estrés significativo o discapacidad en relación con el desempeño laboral o para la interacción social.

Se observa comorbilidad frecuente en el TDC, especialmente para la depresión, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Existe heterogeneidad en la presentación del TDC que va desde los individuos con trastorno de personalidad fronteriza y comportamientos autoagresivos, hasta aquellos con dismorfia muscular que están menos discapacitados.

Cualquier parte del cuerpo puede estar involucrada, si bien la atención se centra preferentemente en la piel, el pelo o los componentes faciales, y la preocupación está frecuentemente focalizada en varias partes del cuerpo en forma simultánea.

Un aspecto importante de los pacientes con TDC es el tiempo que consumen para examinar el "defecto" repetidamente con el objetivo de disimularlo o mejorarlo. Las creencias acerca de los defectos en la apariencia pueden tener con frecuencia gran significado personal.

El pensamiento de que la nariz es demasiado grande, en los pacientes con TDC, provoca el sentimiento de que se estará siempre en soledad y de que nunca se recibirá amor. Otros individuos, excesivamente preocupados por su piel, se sienten disgustados y piensan que su piel es sucia.

El TDC es durante la adolescencia, lo más probable es que los pacientes concurren a los cirujanos plásticos, dermatológicos u otorrinolaringológicos. Por lo general no son diagnosticados por profesionales de la salud mental hasta 10 o 15 años después de la aparición de los síntomas. El TDC puede presentarse también en los niños con síntomas de rechazo escolar y aun de tendencias suicidas. Los pacientes con TDC generalmente se sienten incomprendidos y mantienen en secreto sus síntomas, debido a que piensan que serán vistos como inmaduros o narcisistas. Pueden incluso ser traumatizados por profesionales de la salud, que pueden confundir el TDC con la insatisfacción corporal.

Se ha planteado la hipótesis sobre la presencia de varios factores de riesgo: predisposición genética, timidez, perfeccionismo o temperamento ansioso, los que pueden estar parcialmente determinados en forma genética; adversidades durante la infancia, tales como mala relación

parental, aislamiento social, falta de apoyo familiar o abuso sexual, los que pueden ser factores no específicos; antecedentes de otros estigmas dermatológicos o físicos tales como el acné; mayor sensibilidad estética que el promedio de la población, lo que produce una mayor respuesta emocional y le asigna más valor a la importancia de la apariencia para la identidad.

La aparición del TDC ocurre en la adolescencia y, por lo tanto, se requiere especial atención para investigar los factores de riesgo precedentes a su ocurrencia. Uno de los objetivos de futuros estudios será determinar qué factores o qué combinación de ellos, podría predecir la persistencia futura de extremo autorreconocimiento, por lo que las acciones podrían ser dirigidas hacia aquellos individuos con mayor riesgo.

iv. Tratamiento

Terapia cognitiva de comportamiento. Los componentes esenciales de la terapia cognitiva de comportamiento son el compromiso y la ayuda a los pacientes para desarrollar una buena comprensión psicológica de los factores que mantienen el TDC. Esto luego lleva a experiencias de comportamiento o tareas graduales de exposición o actividades sin los comportamientos seguros. Los pacientes pueden requerir redescipción de las imágenes de los traumas pasados y reestructuración cognitiva para la obtención de valores idealizados acerca de la importancia de su propia apariencia. Como en otros trastornos crónicos, los pacientes encuentran mucha ayuda al concurrir a grupos de apoyo.

La neurobiología y el papel de la serotonina en el TDC son especulativos, y existen informes de casos de empeoramiento del trastorno con antagonistas de la serotonina. Otros autores, en cambio, han encontrado mejoría de la función ejecutiva. El TDC está clasificado dentro del espectro de los trastornos obsesivos compulsivos, los que responden preferentemente a los inhibidores selectivos potentes de la recaptación de serotonina, más que a los inhibidores de la recaptación noradrenérgica, que presentan similar eficacia en el tratamiento de la depresión. Existe evidencia de un beneficio moderado de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en dos estudios controlados aleatorizados. Por el contrario, no existe evidencia del beneficio de la medicación antipsicótica sola en el TDC.

v. Trastorno hipocondríaco

La hipocondría es, en esencia, una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondríaca está constantemente sometida a un análisis minucioso y preocupado de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica.

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

La interpretación catastrófica de los signos corporales más ínfimos por parte del individuo, es el mecanismo que desencadena la hipocondría. Se sabe que este trastorno afecta a menudo a ambientes familiares, es decir, que muchos miembros de una familia tienden a estar afectados. Hay familias que son especialmente sensibles y están muy inclinadas hacia la interpretación de los signos de enfermedad en todos los ámbitos de la vida. De esta forma, los miembros de la misma familia aprenden a interpretar de negativamente cualquier signo corporal y lo asocian con angustia, miedo o ansiedad.

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

v.1 Sintomatología

Es un trastorno asociado muy a menudo con la ansiedad, por lo que el principal síntoma de la hipocondría es la preocupación exagerada que siente por su salud. El hipocondríaco medita constantemente sobre sus síntomas, reales o imaginarios, llegando a percatarse de signos funcionales que normalmente se escapan a la conciencia (intensidad de los latidos cardíacos,

funciones digestivas, etc.). Puede describir su cuadro clínico con una sutileza impresionante, aclarando repetidas veces el alcance de cada uno de sus síntomas físicos. La atención del hipocondríaco se centra no sólo en el estudio de sí mismo (se toma el pulso, la temperatura, el número de respiraciones por minuto y la tensión arterial varias veces al día), sino también en la cantidad y composición de los alimentos. Sabe con qué aguas hace mejor la digestión, qué grados de ventilación o de temperatura le convienen, etc.

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos. La sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que experimenta acompañada de una especial alteración negativa del estado de ánimo, sumamente desagradable, y que le hace colocarse en una actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves. Finalmente, el hipocondríaco acaba renunciando a casi todo para consagrarse a cuidar su enfermedad imaginaria.

En la hipocondría las preocupaciones del enfermo hacen referencia a funciones corporales (latido cardíaco, sudor o movimientos peristálticos), a anormalidades físicas menores (pequeñas heridas, tos ocasional) o a sensaciones físicas vagas y ambiguas (corazón cansado, venas dolorosas...). El individuo atribuye estos síntomas o signos a una enfermedad temida y se encuentra muy preocupado por su padecimiento. Pero en realidad no existe ninguna enfermedad médica asociada a los síntomas, y si el paciente está enfermo verdaderamente, su enfermedad no está relacionada con ellos.

v.2 Diagnóstico

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

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

Los Criterios Diagnósticos de Investigación (CIE 10) para la hipocondría especifican que debe existir la convicción de "estar padeciendo como máximo dos enfermedades médicas importantes" y exigen que, por lo menos, una de ellas sea correcta y específicamente nombrada por el individuo que presenta el trastorno hipocondríaco.

En psiquiatría, la actitud hipocondríaca aparece como un síntoma en algunas formas de depresión endógena, especialmente en la melancolía involutiva (depresión de los ancianos). También puede adquirir en ciertos casos los rasgos de un desarrollo delirante, de contenido hipocondríaco, en la llamada paranoia hipocondríaca. Multitud de neuróticos, tanto histéricos, neurasténicos, como organoneuróticos y pacientes psicósomáticos, destacan en su cuadro clínico general la actitud hipocondríaca.

v.3 Tratamiento

En algunos casos, se utilizan psicofármacos inicialmente para controlar los síntomas ansiosos tan importantes que padecen estos pacientes.

Conjuntamente, se puede utilizar una terapia psicológica cognitivo-conductual, en la que se promueve la pérdida de la angustia y el miedo a la enfermedad que el hipocondríaco siente.

En un principio se le pide que no acuda a más la consulta del médico ni a las urgencias hospitalarias y que no hable de salud ni de enfermedad. Para esto es muy conveniente la colaboración de la familia del paciente, ya que han de entender que tiene un problema real, aunque no el que el paciente refiere, sino otro igualmente preocupante. Una vez que se ha establecido este marco fuera de la consulta, comienza el tratamiento psicológico propiamente dicho. El tratamiento básico consiste en perder el miedo a la enfermedad y a la muerte.

Muchas veces la propia angustia producida por el pensamiento de estar enfermo, como sensación desagradable e incontrolable, se convierte en el desencadenante dicho miedo. Para conseguir la desaparición de estos temores, se emplea la desensibilización en la imaginación a situaciones temidas y evitadas, para que finalmente el paciente pueda acercarse a ellas sin angustia y sin miedo.

El paciente puede entonces comenzar a reinterpretar sus sensaciones corporales y sentir también aquellas que son agradables o neutras y su cuerpo deja de ser una fuente de dolor o temor y se puede convertir en un generador de placer y confianza.

Finalmente, se trabaja para que el paciente pueda enfrentar con éxito otros problemas que aparecen en su vida cotidiana: toma de decisiones difíciles, cambio de trabajo, separaciones, etc. Se intenta evitar de forma que en el futuro se desencadenen situaciones de depresión o angustia continuada que le pueden hacer recaer en sus problemas hipocondríacos.

II Trastornos Disociativos

La característica fundamental de los trastornos disociativos constituye la alteración súbita o gradual, transitoria o crónica en la manera habitual de percibir el ambiente y el sí mismo a través del compromiso en las funciones de la conciencia, la memoria y la identidad. Una característica propia de la normalidad es la capacidad que tienen las personas de verse a sí mismas como poseedoras de una organización básica y permanente en el modo de percibir y relacionarse con ellos y con su entorno, integrando pensamientos, sentimientos y acciones.

II.1 Causas

El trastorno de identidad disociativo parece estar causado por la interacción de varios factores:

- El estrés insoportable, como el haber sufrido abusos físicos o psicológicos durante la niñez.
- Una habilidad para separar los propios recuerdos, percepciones o identidades del conocimiento consciente (capacidad disociativa).
- Antes de tener una visión unificada del yo y de los otros se puede consolidar sólidamente un desarrollo anormal.
- Una insuficiente protección y atención durante la niñez.

El desarrollo humano requiere que los niños sean capaces de integrar complicados y diferentes tipos de información y experiencias. A medida que los niños aprenden a forjarse una identidad cohesionada y compleja, pasan por fases en las cuales se mantienen separadas diferentes percepciones y emociones. Pueden usar estas diferentes percepciones para generar diferentes yo, pero no todos los niños que sufren abusos, pérdidas o traumas importantes, resultan desarrollando múltiples personalidades. Los que sí tienen esta capacidad también tienen formas normales de resolver sus problemas, y, en general, estos niños vulnerables están lo suficientemente protegidos y tranquilizados por los adultos como para que no se desarrolle un trastorno de identidad disociativo.

II.2 Síntomas

Las personas con un trastorno de identidad disociativo pueden experimentar a menudo un cuadro de síntomas que pueden parecerse a los de otros trastornos psiquiátricos. Los síntomas pueden ser similares a los de la ansiedad, de las alteraciones de la personalidad, de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos o de la epilepsia. La mayoría de las personas sufre síntomas de depresión, ansiedad (dificultad para respirar, pulso acelerado, palpitaciones), fobias, ataques de pánico, alteraciones del apetito, estrés postraumático y síntomas que simulan los de las enfermedades físicas. Pueden estar preocupadas por el suicidio y son frecuentes los intentos, así como los episodios de automutilación. Muchas personas con trastorno de identidad disociativo abusan del alcohol o de las drogas en algún momento de su vida.

El cambio de personalidades y la ausencia de consciencia del propio comportamiento en las otras personalidades hacen a menudo caótica la vida de una persona con este trastorno. Como las personalidades con frecuencia interactúan entre ellas, la persona dice oír conversaciones internas y las voces de otras personalidades. Esto es un tipo de alucinaciones.

Hay varios signos característicos del trastorno de la personalidad disociativo:

- Síntomas diferentes que ocurren en distintos momentos.
- Una capacidad fluctuante para asumir sus funciones, desde la eficacia en el trabajo y en la casa hasta la inhabilidad.
- Intensos dolores de cabeza y otros síntomas físicos.

- Distorsiones y errores en el tiempo y amnesia.
- Despersonalización y desrealización (sentimiento de estar separado de uno mismo y experimentar su medio como irreal).

Las personas con un trastorno de identidad disociativo frecuentemente oyen hablar a otros de lo que ellas han hecho pero que no recuerdan. Otras pueden mencionar cambios en su comportamiento que ellas tampoco recuerdan. Pueden descubrir objetos, productos o manuscritos con los que no contaban o que no reconocen. A menudo se refieren a sí mismas como “nosotros”, “él” o “ella”. Mientras que, en general, las personas no pueden recordar mucho acerca de sus primeros cinco años de vida, la persona con un trastorno de identidad disociativo no recuerda tampoco lo ocurrido entre sus 6 y 11 años.

Las personas con un trastorno de identidad disociativo tienen típicamente una historia de tres o más diagnósticos psiquiátricos previos diferentes y que no han respondido al tratamiento. Estas personas están muy preocupadas por temas de control, tanto el autocontrol como el control de los demás. Esta es la capacidad alterada en estos trastornos y la alteración puede ser referida como una falta para recordar determinados hechos, como incapacidad de reconocer la propia identidad. Los desórdenes considerados bajo el rótulo Trastornos Disociativos del DSM IV son:

II.3 Tratamiento

El trastorno de identidad disociativo requiere psicoterapia, con frecuencia facilitada por la hipnosis. Los síntomas pueden ir y venir de modo espontáneo, pero el trastorno no desaparece por sí mismo. El tratamiento puede aliviar algunos síntomas específicos pero no tiene efectos sobre el trastorno en sí mismo.

El tratamiento es a menudo arduo y emocionalmente doloroso. La persona puede experimentar muchas crisis emocionales debido a acciones de las personalidades y por la desesperación que pueden acarrear los recuerdos traumáticos durante la terapia. A menudo son necesarios varios períodos de hospitalización psiquiátrica para ayudar a la persona en períodos difíciles y para operar de un modo directo sobre los recuerdos dolorosos. Frecuentemente el médico utiliza la hipnosis para que se manifiesten (para tener acceso a) las personalidades, facilitar la comunicación entre ellas, estabilizarlas e integrarlas.

La hipnosis también se usa para reducir el impacto doloroso de los recuerdos traumáticos.

Generalmente, son necesarias una o dos sesiones de psicoterapia a la semana durante al menos 3 a 6 años. Las sesiones tienen como objetivo integrar las personalidades en una personalidad única o alcanzar una interacción armoniosa entre ellas que permita una vida normal sin síntomas. La integración de las personalidades es lo ideal pero no siempre se consigue. Las visitas al terapeuta son reducidas gradualmente pero es raro que se terminen. Los pacientes pueden confiarse al terapeuta para que les ayude, de vez en cuando, a afrontar los problemas psicológicos, del mismo modo que pueden hacerlo periódicamente con su propio médico.

Generalmente, se recuperan por completo con el tratamiento. El tratamiento a menudo es largo y caótico y trata de reducir y de aliviar los síntomas más que de conseguir la integración. A veces, incluso un paciente con un mal pronóstico mejora lo suficiente con la terapia para sobrellevar el trastorno y comenzar a dar pasos rápidos hacia la recuperación.

II.4 Tipos

i. Amnesia Disociativa

Se caracteriza por la incapacidad de recordar información personal relevante en relación a un evento traumático o estresante y que es demasiado extensa o importante. Como para ser explicada por el olvido ordinario, la ingesta de sustancias o una enfermedad médica. Este cuadro puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, desde la niñez hasta la ancianidad, siendo su mayor incidencia en la tercera y cuarta décadas de la vida. Los episodios pueden ser recurrentes en el tiempo y se ha observado que más de un 40 % de los pacientes que sufren el trastorno presentan historia de 2 o más episodios.

Los síntomas que frecuentemente acompañan la amnesia incluyen despersonalización, cefaleas, disfunción sexual, somatizaciones, conducta auto mutiladora y, raramente, psicosis. Los diagnósticos de comorbilidad más frecuentes son distintos tipos de trastorno de personalidad, principalmente de tipo limítrofe, cuadros depresivos, abuso de alcohol y otras sustancias y trastornos de conversión.

ii. Fuga Disociativa

Se caracteriza por un súbito e inesperado viaje lejos del lugar de trabajo o residencia, asociado a una incapacidad para recordar el pasado, confusión sobre la propia identidad o adopción de una identidad nueva, la cual sólo es parcial y permite al individuo relacionarse de un modo básico.

Si bien, en este cuadro se han identificado agentes estresores externos como las situaciones de crisis o amenaza, el cuadro se halla fundamentalmente mediado por factores psicológicas individuales. La fuga disociativa ocurre principalmente en adultos entre la 2ª y 4ª décadas de la vida, aún cuando se han descrito en niños de hasta 7 años, su duración va desde unos pocos días hasta un par de meses; la incidencia por sexos es similar. La recuperación es absoluta y rápida y suele ocurrir de modo espontáneo.

iii. Trastorno de Identidad Disociativo

Se le considera el más severo y crónico de los trastornos disociativos, aún cuando su aparición es más bien rara. Se caracteriza por la presencia de 2 o más identidades o estados de personalidad distintos. Existe una personalidad que domina, pero nunca tiene acceso a un recuerdo de la otra.

La aparición de otra personalidad es súbita y la nueva asume el control total de la conducta del individuo y el cambio está estrechamente relacionado con acontecimientos traumáticos. Su etiología es desconocida y prácticamente la 10 totalidad de los pacientes refiere el antecedente de algún suceso traumático en la infancia. La intervención terapéutica más apropiada es la psicoterapia asociada al uso de fármacos.

La meta esencial consiste en reintegrar la personalidad emocional con la personalidad aparentemente normal, en otras palabras es necesario que los recuerdos traumáticos sean integrados y asumidos por una personalidad unificada.

iv. Trastorno por Despersonalización

Se caracteriza por episodios persistentes y recurrentes de despersonalización, es decir de la experiencia de separación o extrañeza del propio cuerpo y de uno mismo. El rasgo esencial es la extrañeza que súbitamente refiere respecto de su propio cuerpo o parte de él.

Como síntoma, la despersonalización es un fenómeno frecuente en distintas patologías, pero se desconocen cifras epidemiológicas exactas, suele aparecer en sujetos jóvenes menores de 40 años y parece ser más frecuente en mujeres que en hombre. Lo habitual es que el cuadro se inicie de modo agudo y más bien en el periodo de relajación que ha seguido a un estrés agudo. Su curso es crónico con sintomatología permanente, estable y muy perturbadora, y como habitualmente está asociado a cuadros ansiosos, suele ser tratado con ansiolíticos, pese a no existir información consistente que apoye su uso.

2.3 Psicodiagnóstico

En sus orígenes el psicodiagnóstico significaba clasificar. Etimológicamente el concepto proviene del griego, *dia-* que “es a través de”. Y *gignoskein* que es conocer, así diagnóstico significa “conocer a través de”.

El concepto de este significado (imagen que representamos en la mente) es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo, es el análisis de la naturaleza de algo.

El psicodiagnóstico o evaluación psicológica es el proceso de recogida de información a través de una serie de instrumentos (entrevistas, autoinformes, observación, registros, test o técnicas proyectivas) con la finalidad de alcanzar un objetivo (selección, orientación, cambiar comportamientos). El psicodiagnóstico es rama de la psicología, con fines de la evaluación psicológica, clínica, laboral, educacional y social.

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

Objetivos:

- Lograr un acercamiento al examinado,
- Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste, y
- Describir al examinado, en algún aspecto específico (ej: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, etcétera) o en su totalidad, de acuerdo a un

propósito inicial (ej: definición de adecuación a un cargo en caso de selección de personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos, etcétera).

Tiene como principal objetivo utilizar las distintas técnicas que conforman una batería de test para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección para seguir el tratamiento en caso de que se desee seguir un tratamiento psicológico. Con ello se pretende tener una visión más dinámica de la persona, realizar una síntesis diagnóstica de la psicología y llegar a sus posibles causas o conflictos subyacentes.

2.3.1 Instrumentos que se utilizan para hacer un diagnostico.

I. Observación

Constituye un método directo de recogida de información, centrado en las conductas externas y que permite recoger esa información en el medio natural del cliente.

Esto tiene su importancia, tanto para la realización del análisis funcional previo a la intervención, como para la evaluación de su eficacia.

II. Entrevista

La entrevista es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales no sólo se amplían y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica.

Identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador o de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre las ciencias y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica.

Contacto inicial

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

El primer encuentro, o contacto inicial, 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.

Entrevista inicial

Permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el rapport (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se van a aplicar al examinado y en qué orden.

Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones para distintas áreas a evaluar. Es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales no sólo se amplían y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica.

La entrevista es una relación peculiar, ya que debe tener un objetivo, un propósito y ser más que una 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 coacción

III. Historia clínica

Tras el saludo y las presentaciones pertinentes, se abordarán diversos datos personales y biográficos, con el objetivo de ir formulando la historia clínica.

Pero además de los datos personales y biográficos, existen otros indicadores que nos dan información acerca del paciente. El cuerpo comunica por sí mismo, en diferentes niveles, y uno de ellos es el canal no verbal, el cual se encuentra bajo un menor control consciente, lo que nos debe suministrar una información valiosa en la formulación del proceso terapéutico.

Los movimientos del cuerpo, además del rostro, pueden darnos pistas sobre las necesidades internas, expectativas y conflictos de la persona. La postura y la configuración espacial que adopta el paciente, puede informar su estatus o rol social. Además, las expresiones faciales son un indicador extraordinario de las emociones, pudiendo así tomar un contacto más profundo con los sentimientos del paciente, ya que no es infrecuente que la persona se niegue a hablar o se sienta incapaz de hacerlo, pero será insólito que transmita silencio con su rostro y su postura corporal. El relato de la historia puede ser hecho por el propio paciente o por sus familiares o allegados.

Dentro del proceso de entrevista se encuentra el examen mental que implica la observación sistemática de la conducta del individuo, esta clase de observación se da cuando cualquier persona interactúa con otra.

El examen mental abarca cinco categorías:

- 1- Apariencia y conducta
- 2- Proceso de pensamiento
- 3- Estado de ánimo y afecto
- 4- Funcionamiento intelectual
- 5- Funcionamiento sensorio

IV. Tests psicológicos

La primera utilización del término test mental fue realizada por Cattell en 1890, para este autor los test mentales eran unos sistemas normalizados de procedimientos que permitían obtener información objetivo respecto al rendimiento de personas ante la realización de tareas-tipo.

El término “test” hace referencia a un instrumento sistemático y tipificado, que recoge muestras de conducta producidas por los sujetos en respuesta a unos estímulos que le son presentados. Estas respuestas son puntuadas o valoradas según unos criterios, ofreciendo información del lugar que ocupa el sujeto dentro de un grupo de referencia normativo (Garagordobil, 1998).

Constituye esencialmente una medida objetiva de una muestra de conducta, son como las pruebas de cualquier otra ciencia, en cuanto que las observaciones se realizan sobre una muestra pequeña, pero cuidadosamente escogida de la conducta de un individuo.

El valor predictivo o de diagnóstico de un test psicológico depende del grado en que sirve como indicador de un área de la conducta relativamente amplia y significativa, así pues, los elementos de los test no tienen por qué parecerse a la conducta que han de predecir, solamente es preciso que se demuestre una correspondencia empírica entre los dos.

Es larga la polémica sobre los llamados test mentales. Desde sus comienzos los test sirvieron para medir el llamado coeficiente intelectual, pero con el desarrollo de la psicología se dejó de medir aisladamente este coeficiente. Se pasó a hablar entonces de diversas formas de inteligencia, o de distintas facultades o habilidades mentales. Se dividió los sistemas de test en clasificaciones distintas, por ejemplo los de inteligencia, los de aptitudes, los de conocimiento. Cobró importancia la llamada inteligencia emocional, etc.

V. Informe psicológico

El informe psicológico es una exposición escrita, minuciosa e histórica de los hechos referidos a una evaluación psicológica, con el objetivo de transmitir a un destinatario, los resultados, conclusiones y pronóstico en base a los datos obtenidos y analizados a la luz de

instrumentos técnicos: entrevista, observación, tests, todos consustanciados en el marco referencial teórico, técnico y científico adoptado por el psicólogo. Supone entonces ordenar los datos en función de las variables que propone un marco teórico. Así un informe psicológico puede entenderse, como la traducción a un juicio de índices producidos a partir de la organización de hechos o datos.

La finalidad del informe será siempre la de presentar resultados y conclusiones de la evaluación Psicológica. En función del motivo de demanda de la evaluación, el informe podrá destinarse a finalidades diversas, tales como: asesoramiento, diagnóstico, pronóstico, opiniones, orientaciones. En síntesis, es el motivo de petición de la evaluación, el que define el objetivo del informe.

Su estructura independientemente de las finalidades a que se destine, el Informe es un elemento de naturaleza y valor científico, debiendo ser su redacción clara, precisa y coherente, y accesible a la comprensión del destinatario. Los términos técnicos deben por lo tanto, estar acompañados de las explicaciones y fundamentos teóricos que los ostenten.

2.3.2 Instrumentos de psicodiagnóstico

I. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la *American Psychiatric Association* (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) 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. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV). Ya ha salido un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV provoca controversia dentro de los profesionales en su uso diagnóstico. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM está realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en

general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría. Es importante aclarar que siempre 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.

I.1 Diagnóstico a través del DSM-IV

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:

EJE I: Trastornos Clínicos

EJE II: Trastornos de la personalidad y retardo mental.

EJE III: Enfermedades médicas.

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales.

EJE V: Evaluación de la actividad global.

I.2 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10)

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), 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.

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. 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 WHO *Family of International Classifications* (WHO-FIC).

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

La CIE-10 fue desarrollada en 1992 para rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años

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

Ejes diagnósticos CIE-10:

Eje I. Síndromes psiquiátricos clínicos

Eje II. Trastornos específicos del desarrollo psicológico

Eje III. Nivel intelectual

Eje IV. Condiciones médicas

Eje V. Situaciones psicosociales anómalas asociadas

Eje VI. Evaluación global de la discapacidad psicosocial

I.3 Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

Con la publicación de la 10ª revisión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud y la 4ª edición de la adaptación norteamericana (APA, 1994) expertos de países altamente desarrollados y con importantes recursos humanos y materiales han producido –con la participación de especialistas de países menos desarrollados –clasificaciones diagnósticas oficiales propuestas como universales en la especialidad.

Sin embargo, estos sistemas, pese a los enormes esfuerzos de sus creadores, parecieran no ser suficientes para reflejar las maneras idiosincrásicas de experimentar una enfermedad y las necesidades clínicas particulares de la población latinoamericana.

Debe reconocerse que, aunque la investigación empírica en esta región está emergiendo recientemente, la experiencia diaria de sus clínicos es un recurso que no puede ser ignorado.

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) surge como respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina. Existe, por ejemplo, diferencias importantes en la fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos (Mezzich y Raab, 1980; Singer, 1984). Por otro lado, se necesita atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas.

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

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

La GLADP no es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular. Tiene la Guía, el propósito fundamental de mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región. Finalmente, de propiciar la competencia cultural en el sistema de salud mental, para atender y promover de manera efectiva la salud mental de la población de la región.

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

La estructura de la Formulación Diagnóstica Integral de la GLADP es la siguiente:

1er Componente: Formulación Multiaxial Estandarizada. Consta de 4 ejes:

Eje I. Trastornos clínicos y problemas relacionados. Incluye a las clases, categorías y subcategorías de la CIE-10, problemas del individuo que, sin ser enfermedades, requieren de atención clínica y los síndromes culturales latinoamericanos.

Eje II. Discapacidades.

Eje III. Factores contextuales

Eje IV. Calidad de vida

2.4 Psicoterapia

2.4.1 Definición

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española, el vocablo psicoterapia viene de:

Psico: que significa «alma» y *Terapeutikoss* que significa “cuidado de otros”.

Entonces se dirá que es una parte de la psicología, que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades mentales. De acuerdo con su etimología Psicoterapia es una terapia de la psique y por la psique. Su principal vehículo es la palabra, la palabra lúcida.

Es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente»)

que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional.

Tratamiento llevado a cabo por un profesional cualificado a petición de un cliente y encaminado a superar algún déficit o trastorno que presenta este último o bien, de un modo más amplio, a mejorar su adaptación en diversas esferas de su vida personal e interpersonal, así como la expresión plena de sus potencialidades. La característica común a las diversas orientaciones psicoterapéuticas, frente a otros métodos terapéuticos, consiste en el recurso exclusivo a procedimientos psicológicos para producir un cambio.

Es cualquier proceso de reeducación que tiene por objeto ayudar a una persona con problemas, recurriendo fundamentalmente a las intervenciones psicológicas, en contraste con los tratamientos orgánicos, como la administración de droga

Tratamiento de los trastornos mentales, emocionales, de personalidad y de comportamiento mediante métodos como el dialogar, el escuchar y el orientar. También se llama terapia de conversación.

2.4.2 Características del terapeuta

Las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto en el resultado de la psicoterapia. Como también su experiencia profesional ya que se considera una ventaja para favorecer el trabajo terapéutico. Estos elementos influyen en el éxito de la terapia y van a repercutir en el avance del tratamiento, a continuación algunas características del terapeuta.

- Revelar mediante palabras y gestos apoyo hacia el deseo del cliente de conseguir sus metas.
- Transmitir una sensación de comprensión y aceptación del cliente
- Desarrollar aprecio hacia el cliente

- Ayudar a los clientes a mantener defensas y actividades vitales que refuercen su nivel de funcionamiento
- Comunicar una actitud de esperanza realista en el sentido de que las metas terapéuticas tienen probabilidades de alcanzarse
- Ayudar a los clientes a reconocer cuando tienen progresos en la persecución de sus metas
- Aceptar a sus clientes incondicionalmente como personas mientras se enfrenta e intenta aliviar algunas de las ideas, sentimientos y comportamientos auto derrotistas de los clientes
- Actúan profesionalmente y de manera adecuada en el ámbito terapéutico pero continúan siendo capaces de mantener cierto grado de humanidad, espontaneidad y disfrute personal en lo que se hace.

2.4.3 Habilidades del terapeuta

El terapeuta debe presentar algunas habilidades generales que son necesarias para el trabajo con cualquier tipo de población y otras específicas.

- El terapeuta debe presentar un modelo de comportamiento asertivo (no crítico ni sumiso) durante las sesiones, para que el paciente aumente su credibilidad respecto a la eficacia de las técnicas y aprecie opciones de respuesta a su problema
- Es deseable que se utilicen ágil y correctamente los términos técnicos para que esto no impida que el sujeto entienda claramente lo que se está expresando, ajustando siempre el lenguaje a las posibilidades de comprensión de la persona, ya que el terapeuta puede fallar a la hora de no tener en cuenta el nivel cultural del paciente y no ajustar sus explicaciones a este nivel.
- El terapeuta debe sistematizar todo el proceso de intervención, preparar las sesiones por adelantado, tener objetivos claros a desarrollar en las mismas y negociar los contenidos de cada sesión al inicio de cada una con el paciente. Conviene invitarles a que progresivamente ellos asuman el contenido de la agenda de las sesiones siguientes, a fin de reforzarles la toma de iniciativas.
- El terapeuta debe ajustar las expectativas de su paciente a sus posibilidades reales de cambio y a la mejoría que se puede obtener con este tipo de intervenciones, sin dejarse

llevar por el negativismo que presenta el paciente con depresión pero, al mismo tiempo, no proponiendo metas difícilmente accesibles.

- El terapeuta debe ajustar las expectativas de su paciente a sus posibilidades reales de cambio y a la mejoría que se puede obtener con este tipo de intervenciones, sin dejarse llevar por el negativismo que presenta el paciente pero, al mismo tiempo, proponiendo metas accesibles.

2.4.4 Errores comunes del terapeuta

El terapeuta comete algunos errores, los cuales debe conscientizar para perfeccionar las competencias adquiridas. Entre los principales están:

- Desear ser apreciado por el cliente:
Generalmente a algunos terapeutas novatos les preocupa generar sentimientos de ira, tristeza, ansiedad y hostilidad en sus pacientes y que lo puedan dejar de apreciar
- Dificultad para tolerar el silencio:
A veces el terapeuta no está conciente del valor terapéutico de algunos silencios del paciente siendo intolerante al mismo, no aprovechando la oportunidad de hacer una interpretación
- Pretender “curar prematuramente al cliente:
Los terapeutas deben evitar la tentación de empujar al cliente hacia la “curación” antes de comprender por completo su problema y evaluar su capacidad y motivación para el cambio
- Centrarse en otras personas distintas al cliente:
A veces los clientes señalan que sus problemas son debidos a otras personas en sus vidas. cuando esto ocurre el terapeuta debe volver a centrar la atención en el cliente.
- Hacer demasiadas preguntas
El terapeuta no debe hacer demasiadas preguntas cuando no ha aprendido a utilizar las competencias verbales

2.4.5 El proceso terapéutico

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

El objetivo de la terapia es conseguir una situación deseada, diferente y mejor, cambiando lo que sea necesario para lograrlo de modo que la persona aumente su capacidad para resolver los problemas y por lo tanto para satisfacer adecuadamente sus necesidades en su relación consigo misma y con el entorno. Con frecuencia las personas, aceptando esa definición de la situación, se dedican a localizar la causa de su ineffectividad para resolver problemas en el entorno exterior (“si no fuera por...”) o en alguna inadecuación constitucional y por tanto inmutable de sí mismo (“Simplemente no puedo) o en ambas cosas.

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

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

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

2.4.5.1 Las primeras sesiones

I Recopilación de datos

El proceso terapéutico comienza con la recopilación de la información a través de autorregistros y demás instrumentos, hasta completar el análisis de las respuestas problema.

Continúa con la conceptualización y explicación de los datos recogidos en el análisis y del establecimiento de las relaciones entre los diferentes componentes de la respuesta problema, las consecuencias de la misma y la interacción entre las diferentes variables que intervienen en el proceso.

II Formulación y explicación al paciente y a la familia.

El siguiente paso consiste en la explicación pedagógica al paciente de sus problemas y la formulación de los objetivos de la terapia que se trabajarán.

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

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

- Definir y justificar los objetivos de la intervención: si se plantean como objetivos los pensamientos negativos, las conductas pasivas o de aislamiento social, o las de delegación de responsabilidades en los otros, o las de queja o llanto, hay que poner en relación estos objetivos con el persistencia del problema del paciente, puesto que debe quedar claro para él por qué piensa y/o actúa de esa forma, qué relación tienen estas variables con su problema y por qué motivo tiene que cambiar esas respuestas.
- Ajustar las expectativas con respecto al tipo de terapia, duración de la misma y rol que el paciente va a representar, explicitándole claramente qué se espera de él y qué tiene que cambiar y por qué. No controlar estos temas puede ser un riesgo de abandono voluntario del tratamiento, ya que puede existir una gran discrepancia entre lo que el paciente esperaba y lo que se le va a ofrecer en el tratamiento. Todos estos aspectos se justifican con la explicación adecuada de la hipótesis.
- Crear expectativas de cambio y aliviar el estado de ánimo negativo y la desesperanza, haciéndole ver que su problema puede ser entendido de modo distinto ha como lo

había visto hasta entonces, implicando la solución de sus sentimientos negativos y un abordaje más práctico y constructivo a sus problemas.

- Generar empatía.
- Informar a la familia. La familia debe ser informada sobre la forma que se llevará a cabo la terapia y procesos a utilizar.

III Duración de la terapia

No es un proceso automático como cuando se quiebra una pierna o un antibiótico mata a una bacteria. Son procesos en los que interviene la persona que tiene que cambiar, por eso se dan grandes variaciones en la duración de la terapia.

Explicar qué se tiene que hacer para resolver el problema puede ser muy sencillo y corto, bastarían unas cuantas sesiones. Pero explicarlo de forma adecuada para que lo entienda un paciente en particular puede ser mucho más costoso y ponerlo en práctica depende de la persona que inicia el tratamiento.

A partir de los conceptos anteriores podemos decir que el número de terapias depende de los conflictos del paciente pero el tiempo de duración en cada terapia es de cuarenta y cinco a sesenta minutos. Y por lo general se lleva a cabo una sesión por semana, a menos que sea una situación de crisis se dan más sesiones.

IV Alianza terapéutica

Se refiere al aspecto de colaboración en la relación entre el terapeuta y los clientes en el contexto de psicoterapia. La definición de Alianza que ha sido más importante en psicoterapia individual fue propuesta por E.S. Bordin en 1979, e incluye 3 componentes: (1) el acuerdo entre terapeuta y cliente sobre las metas del tratamiento, (2) el acuerdo sobre las tareas necesarias para lograr esas metas, y (3) el vínculo emocional que se crea entre terapeuta y cliente y que permite al cliente hacer progresos terapéuticos. La alianza terapéutica es indudablemente un constructo de enorme relevancia en psicoterapia: en la investigación de "proceso-resultado" en psicoterapia individual, el hallazgo más importante que se desprende

de un considerable número de estudios es que la alianza terapéutica estimada al principio del tratamiento predice el éxito o fracaso terapéutico al final del tratamiento, y esto se generaliza a través de diversos tipos de problemas clínicos y modalidades de tratamiento.

Algunas de las tareas fundamentales de esta fase según Kanfer y Schefft son:

- Facilitar que la persona asuma el rol del cliente..
- Establecer un nivel de motivación adecuado para llevar a cabo la terapia.
- Establecer una relación de trabajo para reducir el posible rechazo del cliente a asumir responsabilidad y para que vaya desarrollando control sobre su conducta, primero en las sesiones y posteriormente de forma gradual , sobre las actividades que se realizan fuera de las sesiones.
- Una tarea importante en esta fase es establecer claramente los roles del paciente y terapeuta tanto en lo referente al tipo de interacción que mantendrán, como en cuanto a distintos aspectos relacionados con el proceso de terapia, entre los que se incluyen la distribución del tiempo durante las sesiones, horarios, citas, etc.
- El grado en que deben explicarse cada uno de estos aspectos, dependerá en gran medida del conocimiento o expectativas que tendrá cada paciente sobre lo que es y lo que espera de la terapia.
- Dado que el paciente en las primeras entrevistas evalúa hasta que punto puede ser comprendido y si le merece confianza suficiente la persona que va a ser su terapeuta, es fundamental durante estas sesiones iniciales, mostrar calidez, empatía, aceptación incondicional e interés por el paciente, profesionalidad, madurez personal, tolerancia y sensibilidad ante los problemas del cliente.

V Metas de la psicoterapia

La psicoterapia debe considerarse como un tratamiento que tiene metas a conseguir, las cuales consisten en ciertos cambios emocionales y aún físicos del paciente a través de la relación médico-paciente y de la palabra del paciente y que, por lo tanto, no es una conversación simple sino una terapia que permite aliviar los síntomas y la modificación del modo de sentir y de comportarse.

La psicoterapia tiene como meta esencialmente el apoyo al paciente. Entre las características propias de las metas de la psicoterapia de apoyo se cuentan:

- Que la persona tenga una disminución o alivio total de los síntomas.
- Aumentar las defensas que tenga la persona o hacerlas más útiles frente a los síntomas, especialmente el miedo y la angustia.
- Reducción de factores externos que pueden estar perturbando al paciente como, por ejemplo, el tipo de trabajo o el régimen de vida o de comidas en pacientes cardiopatas.
- Mejorar las relaciones interpersonales del paciente, evitar que el paciente tenga tanta rabia debido a su relación con los demás.

Según Alfred Adler la relación terapéutica es un esfuerzo colaborativo entre terapeuta y cliente en el que el cliente asume la responsabilidad de trabajar en pos de una metas previamente acordadas.

Adler creía que el paciente no llegaba a terapia para ser curado sino que cliente y terapeuta constituían un contrato en el que iban acordando las responsabilidades de cada parte en el proceso de ayudar al cliente para realizar cambios constructivos en su vida.

Es importante especificar las metas ya que permite a los terapeutas y a los clientes evaluar sus progresos, una función importante es asegurar al cliente que el terapeuta comprende por que razón ha llegado el cliente a la terapia así como lo que desea conseguir.

VI. 1 Características de las metas

- Las metas son algo tangible que las personas desean alcanzar que requiera una serie de competencias que a veces los clientes deben adquirir en la terapia.
- Deben ser lo suficientemente desafiantes para producir sensación de orgullo y ser a la vez realistas.

- Deben ser planificadas en pasos pequeños, habitualmente la técnica mas eficaz es establecer una serie de metas pequeñas que lleven a una meta final en lugar de reservar toda la satisfacción personal hasta el logro de una meta al final de largo plazo.
- Asegurar que uno posee las competencias y conocimientos necesarios.
- En caso contrario dedicar tiempo a adquirir dichas competencias.
- Afrontar el fracaso, ayuda a las personas a evitar ser poco ambiciosas y adoptar estrategias desadaptativas y autoincapacitantes.
- El establecimiento de metas es importante porque proporciona una dirección al esfuerzo de colaboración entre terapeuta y cliente.

VI. 2 Propósitos de las metas

Las metas terapéuticas siempre deben tener un propósito definido cuyo fin es el éxito de la terapia, entre los cuales están:

- Proporcionar dirección a la terapia.
- Permitir a los terapeutas evaluar competencias.
- Facilitar el esfuerzo y el rendimiento del cliente.
- Sugerir estrategias terapéuticas útiles.
- Permitir al cliente y terapeuta seguir su progreso de cerca.

VI. 3 Pasos para seleccionar las metas

- Explicar el propósito de la metas.
- Identificar Metas
- Determinar si las metas pertenecen realmente al cliente.
- Determinar metas realistas
- Identificar las ventajas y desventajas de las metas.
- Establecer el compromiso.
- Definir comportamientos manifiestos y encubiertos asociados con la meta.
- Definir las condiciones y contexto de la meta.
- Definir el nivel de cambio deseado.

- Identificar submetas.
- Identificar obstáculos.
- Revisar el progreso.
-

VII El trabajo de terminación

En los casos de terapeutas en aprendizaje la finalización suele tratarse desde un principio ya que el final suele estar prefijado. Aconseja que en el mes previo el terapeuta reemplazante pueda integrarse en una sesión para ser presentado. Por lo general en la etapa de finalización muchos síntomas reaparecen como una forma no mentalizada de expresar el dolor de la separación. Es una etapa en que los límites se tornan más flexibles, lo que debe tomarse con precaución. Especial atención merecen los regalos, los abrazos y cómo dejamos la puerta abierta para una nueva consulta en el futuro.

VIII Finalización como estrategia terapéutica

A veces la certeza de la terminación hace que algunos pacientes se decidan a afrontar los cambios que se esfuerzan por evitar. También puede usarse para evaluar aquellos pacientes que han tomado a la terapia como una forma de vida, y que esta propuesta supervisada puede poner en evidencia. Lo que nos permite plantearnos una estrategia de entrevistas más espaciadas, cada dos o tres meses, hasta entrevistas anuales de mantenimiento

2.5 Terapias clasificadas por sus modelos

2.5.1 Modelo psicoanalítico

En el modelo psicoanalítico se encuentran diferentes terapias entre ellas:

I Psicoterapia de apoyo en intervención de crisis

Dentro de los muchos quehaceres con los que cuenta el psicólogo, uno de los más importantes y de mayor atención en nuestros tiempos es la intervención en crisis, ya que por las actuales condiciones con las que se cuenta a nivel mundial y nacional, donde el desplazamiento, el

secuestro, y la violencia, entre otros; obligan a que cada vez mas, la población se vea inscrita en situaciones para las que no ha sido enseñada a manejar y es aquí donde el psicólogo entra a formar parte fundamental de todo el arsenal con el que cuenta una población para afrontar dichas situaciones de emergencia.

Actualmente ha ido proliferando en todo el mundo la preocupación por los efectos psicosociales de las emergencias y desastres, así como los grupos de psicólogos que se interesan por intervenir en estas circunstancias, conformando los equipos de primera respuesta, organizando sociedades o grupos de intervención locales creando redes nacionales de ayuda psicológica. Pero para efectos de este escrito, lo primero que hay que hacer es delimitar lo que se entiende por crisis o por situaciones de crisis; "peligro y oportunidad" es el doble significado que los chinos dan a la palabra crisis, ya que se puede ver como un estado de desequilibrio, pero también un tiempo cuando el individuo o la familia tienen la oportunidad de crecer, madurar y capacitarse para manejar problemas en su vida.

La intervención en crisis es una estrategia diseñada para aprovechar esta potencialidad de crecimiento, por medio de intervenciones planeadas durante el período de crisis. Visto de esta forma, las crisis también pueden ser tomadas desde perspectivas positivas, cuando se logra captar y empoderar a la persona o personas que pasan por ellas para sacarle el mejor provecho.

Aún así, pese a esta definición de intervención en crisis, se conocen otras como: "Proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un evento traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza". Y es aquí donde el papel que cumplan las personas que intervengan en este tipo de situaciones, depende el hecho de que para la/s personas implicadas la situación de crisis deje secuelas negativas o positivas.

Con todo lo anterior, se tiene entonces, como dependiendo de la posición teórica desde donde separe la persona a intervenir, depende la técnica o técnicas que utilice. Aun así, para esto en las situaciones de crisis se deben reconocer dos fases que son: intervención de primera instancia, que en la práctica se denomina primeros auxilios psicológicos y la intervención en

segunda instancia concebida más bien como terapia para crisis. Ambas son importantes para determinar una eventual solución a la crisis. La primera ayuda psicológica necesita brindarse de inmediato, al igual que la asistencia física por aquellos que tuvieron el primer contacto con la víctima.

Esos procedimientos toman poco tiempo (minutos u horas), y puede proporcionarlos un gran número de asistentes comunitarios. La terapia para crisis, por otro lado, esta encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis. Ello toma más tiempo (semanas o meses), y la proporcionan terapeutas y consejeros con conocimiento específico en técnicas de evaluación y tratamiento.

Es aquí donde los tipos de intervención en crisis toman lugar; se conocen varios como el tratamiento escalonado, donde el terapeuta (o consejero) empieza el trabajo con la víctima directa implicada en la situación de crisis, y luego va ascendiendo de forma que pueda abarcar a las víctimas secundarias que son la familia, cónyuge, amigos, etc.

Se conoce también el modelo trabajado des de Jacobson y otros (1968) donde se distinguen cuatro niveles en la intervención en crisis: manipulación del ambiente (enlazar la persona con un recurso de ayuda como un ministro religioso, amigo u órgano de asistencia), apoyo general (el escuchar con empatía que realizan los vecinos, cantineros y otros semejantes), enfoque genérico (trabajo breve por personas entrenadas en intervención en crisis), y adaptación individual de la intervención en crisis a cargo de personas con un amplio entrenamiento en psicología anormal, teoría de la personalidad, teoría de la crisis y áreas relacionadas.

II Psicoterapia de apoyo

En general es la técnica más empleada en el abordaje de casos, siendo de una gran utilidad sobre todo en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única en su aplicación, recurriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso. Por este motivo muchas veces se habla de orientación ecléctica en estos abordajes. Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación terapeuta -paciente, donde este último se sienta con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar

posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intentan reforzar las defensas del "ego" del paciente (los mecanismos psicológicos para defenderse de la ansiedad y adaptarse). Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los estilos de vida más desadaptados. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.

En general, este tipo de psicoterapia suele asociarse a la prescripción y control de medicación psicotrópica, dependiendo la frecuencia de las sesiones tanto de las propias necesidades del paciente como de los recursos existentes en la propia clínica tratante.

Psicoterapia que tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas ya existentes y utilizarlas o extenderlas en la resolución de nuevas situaciones.

III Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia consiste, básicamente, en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje, y reaprendizaje, este aprendizaje y reaprendizaje que provee, usualmente se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de 'permiso' para verter el super yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos, una actuación (*acting-out*). Estas 'terapias' proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración.

Es entendible, en todo caso, que por un largo período de tiempo la psicoterapia breve, en general, tenía una baja estima, especialmente por parte de psicoanalistas y otros terapeutas entrenados dinámicamente. Los teóricos la acusaban de reduccionista, y planteaban que quienes la ejercían daban un mero apoyo, o que proveía de bandas de ayuda emocional.

La psicoterapia breve considerada desde la perspectiva psicoanalítica, en todo caso, tiene un mérito genuino. Puede, de hecho, brindar algunos cambios dinámicos y estructurales, por lo

general en unas pocas cinco a seis sesiones. Para hacer esto, debe ser conceptualizada de un modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben ser cuidadosamente planificadas para obtener resultados óptimos.

La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional de larga-duración, del modo que una corta historia relata una novela. El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de hipótesis, lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia o el rol que juega cada factor, por ejemplo, en la depresión. Esto determina el orden de jerarquía con el que se prestará atención terapéutica a cada variable.

De un modo similar, es de esperar que un psicoterapeuta frente a una depresión, sepa que hay seis u ocho factores que pueden jugar un rol dominante: 1) problemas de auto-estima; 2) agresión frente a la presencia de 3) un súper yo severo; 4) un sentimiento de pérdida –de amor, del amor de un objeto, o de parte de si mismo; 5) un sentimiento de desilusión, que Edith Jacobson también refiere como un sentimiento de haber sido engañado; 6) en relación al concepto de oralidad, (hambre de estímulos), y del hecho que las personalidades depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos que otras personas; 7) la personalidad depresiva, es más dependiente, específicamente, de nutrientes narcisistas; 8) el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación.

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

Incluso, en todas las circunstancias, el tratamiento consiste en ayudar al paciente a entender su sintomatología como un intento de adaptarse a su problema actual en términos del pasado. Por lo general, este es un anacronismo mal adaptativo, y se ofrece al paciente un mejor método de solución de problemas. Es, de hecho, posible que el paciente requiera de nuevas fuerzas, y

reconstituya una mejor capacidad para tolerar determinados tipos de estrés del que tenía antes de esta emergencia en particular.

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

IV Métodos de intervención

- i. Interpretación, este es el método clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, pero no significa que se el único.
- ii. La Catarsis, por cierto, tiene un rol que jugar aunque este sea exagerado en algunas terapias como el grito primario. El error se centra en creer que la catarsis en sí misma y sola posee un efecto terapéutico, cuando el hecho consiste en que es una forma de intervención, pero en sí misma probablemente no sea suficiente.
- iii. Catarsis Mediada. La identificación e introyección del terapeuta como una parte benigna del súper yo, juega un papel importante en esta parte del proceso terapéutico.
- iv. Prueba de Realidad, es más necesaria cuanto más perturbado está el paciente, y cuanto más necesita al terapeuta para jugar el rol de un probador de realidad auxiliar, interpretando las distorsiones que el paciente hace de la realidad, y funcionando como un yo auxiliar para él.
- v. Represión de Impulsos, puede jugar un rol si tenemos un paciente que siente que debe ser capaz de actuar como Don Juan, por ejemplo, siendo promiscuo, pero que ha reaccionado con pánico en tal situación.

Por ejemplo, a una adolescente que siente que debe involucrarse en situaciones promiscuas para tener un alto estándar social en su colegio- que simplemente no debe hacerlo. Se le ayuda a aceptar que no necesita ser promiscua en orden a ser aceptada por sus pares. A partir de esto, se espera lograr sacar esa idea de su mente –o por lo menos, que tenga una pausa para que pueda reconstituirse.

- vi. Sensibilización a señales, se refiere a hacer notar al paciente que, ciertas conductas de su parte, por ejemplo *acting-out* o pánico, ocurren cuando hay presente una constelación dinámica específica.
- vii. Educación, se refiere a hacer notar al paciente ciertos hechos, por ejemplo acerca de la retención de sodio y la irritabilidad, previniéndolo que reduzca la ingesta de sal. Puede ser posible prescribir un sedante mixto para los dos ó tres días previos al período para evitar un serio problema marital.
- viii. Intelectualización, juega un rol más importante en la terapia breve que en las terapias de larga duración. En algunas ocasiones se usa para incrementar la alianza terapéutica. En otros casos, es útil –por ejemplo, con un paciente muy panicoso- para darle la idea por lo menos de comprensión intelectual de su síntoma –y con esto, por lo menos algún control sobre qué otras cosas le parecen totalmente disruptivas y una conducta egodistónica.
- ix. Apoyo, en términos de aceptación por parte del terapeuta de ciertos sentimientos expresados por el paciente, sexuales o de agresión, que le hacen más fácil lidiar con la ansiedad.
- x. Sesiones conjuntas y terapia de redes familiares, son técnicas especiales que se pueden usar en conexión con terapia breve de un modo muy específico. Se trata de conceptualizar claramente qué el fin es lograr en una sesión de conjunto, y luego acordar ciertas metas. En otras palabras, es una de las formas de intervención general, si las sesiones de conjunto resultan ser el método más apropiado y más barato, y si se cree que es la mejor forma para hacer que el paciente experimente de mejor modo el aprendizaje y desaprendizaje.

V Terapia Psicoanalítica

Explica el trastorno basándose en la motivación. Es la naturaleza inconsciente del conflicto la que impide que la persona pueda revertir voluntariamente la situación. Su objetivo es descubrir el origen del conflicto intrapsíquico a través de los relatos del paciente. Dado que este origen se remonta a los primeros momentos de vida del paciente los tratamientos suelen ser prolongados.

Promueve un cambio en la personalidad a través de la comprensión de los conflictos del pasado. Se le enseña al paciente a hacer consciente los pensamientos y a reconocer las resistencias naturales a la voluntad de la mente.

Este tipo de psicoterapia utiliza técnicas como la libre asociación, la transferencia y la interpretación de sueños:

- i. Libre asociación: método de Freud para hacer que los clientes expresen cualquier pensamiento (no importa lo poco importante o irrelevante que sea) que aparezca en su mente durante la terapia.
- ii. Interpretación de sueños: parte de la técnica de psicoanálisis de Freud; implica ayudar al cliente a entender el contenido latente de sus sueños, que son expresiones de sentimientos reprimidos.
- iii. Transferencia: parte de la técnica del psicoanálisis, se produce cuando el cliente transfiere al terapeuta sentimientos que estaban en principio dirigidos a sus padres. De esta forma se puede trabajar con ellos en un nivel más racional y consciente.

2.5.2 Terapia cognitivo-conductual

La terapia conductual es una forma de intervención 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.

La primera vez que el paciente se reúne con su psicoterapeuta, hablará acerca de cualquier problema que esté teniendo, de cómo se está sintiendo y sobre las metas que tiene para su psicoterapia. Después de unas cuantas visitas se decide con qué frecuencia se realizará la misma, pudiendo el paciente reunirse con su psicoterapeuta cada semana, o solamente una vez al mes. Los objetivos son acordados entre el terapeuta y el paciente y se formula un plan de intervención estructurado a la medida de las necesidades y características particulares evaluadas.

Mientras está recibiendo psicoterapia, aprenderá nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le molestan. Además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus sentimientos. La psicoterapia cognitiva también puede ayudarle con sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico.

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 terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc).

Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967,1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

La concepción implica que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente su experiencia en dirección negativa y tiene una concepción global negativa de si mismo y de sus experiencias. Por lo tanto se intenta que mediante un objetivo claro se pueda modificar el autocontexto.

Se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones:

1. controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
3. examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos para producir una mejoría clínica.

El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente.

De esta manera cada paso progresivo del tratamiento sirve para desarrollar hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación.

Generalmente la terapia consta de 15 ó 20 sesiones una vez a la semana. Esta es una idea somera de la básica concepción terapéutica cognitiva, es claro que partiendo de estas premisas primordiales muchos desarrollos se han experimentado y continúan.

I Terapia racional emotiva

Su precursor es Albert Ellis recibió su título de graduado de psicología en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de "*Master*" y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Pero Ellis no estaba satisfecho con la teoría psicoanalítica que fundamentaba su trabajo. Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un

enfoque "neofreudiano", obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Todo esto se había conseguido con menos tiempo y menos entrevistas. Pero aún así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("*Inshigts*") sin que la modificasen necesariamente.

En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba todavía satisfecho del todo. Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodoctrinamiento" en exigencias irracionales.

La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

II Los seis principios de la terapia racional emotiva

El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no hacen sentir mal o bien al individuo, sino que la persona misma en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por su mente.

1. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.

Es decir, si al ir una mañana al trabajo, te encuentras con que tu coche tiene una rueda pinchada, depende de ti sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tienes, etc.) o ansioso (pensando que vas a llegar tarde, tu jefe se enfadará, pensará en despedirte...) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendré que cambiar la rueda y afrontar las consecuencias lo mejor que pueda").

2. De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, etc., se analiza lo que pasa por la mente de esa

persona en cada momento, vera cómo lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.

3. Debido a que se siente en función de lo que piensa, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de los pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que se puede hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que puede cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal sólo porque lo deseemos.

4. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecen tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.

5. A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias o modos de interpretar la realidad sino con el hecho de seguir manteniéndolos en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no es imprescindible (aunque puede ayudar) ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.

6. Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

Un ejemplo

“Supongamos que vas caminando por la calle y ves que un compañero de trabajo se te acerca por la otra acera. Haces un gesto para saludarle, pero tu compañero sigue su camino sin saludarte. Entonces llegas a la conclusión de que te ha visto pero decidió no saludarte. Puedes incluso asumir que la falta de saludo tiene algún significado personal, que está molesto o

enfadado contigo, que no le gustas, etc. Pero muchas de estas inferencias pueden ser incorrectas (tal vez la realidad es que el compañero iba despistado) y están asociadas con malestar emocional y psicopatología.”

III Emociones negativas adecuadas e inadecuadas

Las emociones negativas inadecuadas se definen como aquellas que hacen que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren e impiden resolver el problema o la causa del malestar. Entre ellas se encuentran la ansiedad, depresión, ira, culpa, vergüenza y dolor emocional, etc., son causadas por creencias irracionales.

Las emociones negativas adecuadas son aquellas que tienden a darse cuando los deseos y preferencias humanas se ven bloqueados y frustrados, y ayudan a las personas a minimizar o eliminar el problema. Es decir, se ponen en marcha para solucionarlo. Entre ellas se encuentran la preocupación, la tristeza, el enfado, el remordimiento, el pudor y la decepción.

La terapia racional emotiva ayuda a las personas a sustituir sus emociones negativas inadecuadas por emociones negativas adecuadas, de modo que, ante una situación conflictiva, en vez de sentir una ansiedad paralizante, por ejemplo, pueda sentir solamente una preocupación que le lleve a resolver el problema.

IV Emociones positivas adecuadas e inadecuadas

Los sentimientos positivos también pueden ser inadecuados. Por ejemplo, el sentimiento de grandiosidad o superioridad es una emoción positiva porque hace que una persona se sienta bien. Sin embargo, se basa en una percepción irreal de uno mismo y a la larga provocará problemas en las relaciones con los demás y rechazo.

Las emociones positivas adecuadas son el resultado de la satisfacción de los deseos, metas e ideales humanos. Incluyen el amor, el placer, la curiosidad, la felicidad...

V Psicoterapia grupal

Espacio de reflexión grupal acerca de los problemas vitales comunes que provoca vivir con una enfermedad crónica. La tarea está centrada en de ajuste y cambio de las conductas que no

se adapten a las nuevas circunstancias que plantea la enfermedad, logrando un mejor manejo social de la misma.

El grupo psicoterapéutico proporciona una experiencia grupal de cohesión y apoyo, brindando una oportunidad de intercambio entre iguales. La experiencia de la enfermedad exige revisar viejas creencias y adquirir nuevas habilidades sociales.

El Grupo Taller persigue una doble función:

- Psicoterapéutica, con el objetivo de elaborar el conflicto personal y social que la situación de enfermedad plantea.
- Educativa didáctica, transmitiendo información sobre la naturaleza de la enfermedad, e instruyendo en el desarrollo de mecanismos de afrontamiento activo que permitan integrar como parte de la vida la experiencia de enfermedad.

El modelo de psicoterapia grupal que propone es al mismo tiempo una experiencia emocional y correctiva. Está orientado por la sintomatología y centrado en el comportamiento, con el fin de recuperar y mantener un rendimiento psicosocial apropiado.

Preferentemente los grupos serán heterogéneos, formados por pacientes diagnosticados con diferentes enfermedades crónicas.

La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada sujeto que participe en dicha dinámica pueda pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

2.5.3 Terapias humanistas

Este enfoque de psicoterapia se adapta a un enfoque tanto de terapia breve como de terapia larga. En el caso de terapia breve, el enfoque es más activo y pone énfasis en una serie de intervenciones con tareas apropiadas al cliente. En el caso de tratamiento a largo plazo (50 o más sesiones) de problemas crónicos de la personalidad o de dificultades interpersonales se

pone más énfasis en la relación interpersonal, aunque las tareas de intervención se siguen usando en los momentos más apropiados.

Los referentes del enfoque procesal y vivencial son la terapia centrada en el cliente de Rogers, en cuanto a los aspectos relacionales, y la terapia gestáltica de Perls en cuanto a las tareas de intervención. Sin embargo, el presente enfoque no se limita solo a conjugar ambas terapias humanistas, va aún más allá proponiendo un nuevo modelo de la psicopatología y la psicoterapia que una también elementos de la psicología cognitiva y la teoría de las emociones, todo ello con un enfoque científico de la psicología.

La tesis central es que facilitar el cambio terapéutico es facilitar el cambio emocional. Las emociones se entienden no como perturbaciones afectivas que hay que controlar, sino como indicadores que dan a la persona su sentido inmediato en el mundo, y, que por lo tanto su exploración constituye el objetivo central de la terapia. Las teorías clásicas humanistas de Rogers y Perls se basan en entender la psicopatología como una negación o distorsión de la experiencia interna causada por la introyección de condiciones de valía externa. El enfoque vivencial más actual parte de considerar el papel tanto de los procesos cognitivos como los emocionales en la disfunción y el cambio. Se considera que las personas son creadores activos de significados subjetivos, donde los procesos mentales de recuperación y codificación en la memoria, y la simbolización lingüística del conocimiento juegan un rol central.

En concreto se consideran cinco aspectos cognitivos que ayudan a comprender como los sujetos construyen sus significados:

- i. Los procesos atencionales (los recursos cognitivos de la atención se relacionan con los niveles, calidad y tipo de concienciación de la experiencia)
- ii. La distinción entre procesos cognitivos controlados y automáticos (los procesos automáticos e inconscientes pueden dirigir la atención y experiencia consciente de la persona, sobretodo ante temas de fuerte afecto)

- iii. La distinción entre procesamiento en paralelo y procesamiento automático (Los clientes procesan mucho material inconsciente que influye en su experiencia consciente, sin que ellos se percaten de ello)
- iv. Papel de la memoria (la terapia supone un contexto de recuperación y recodificación de la experiencia almacenada en la memoria)
- v. Rol del procesamiento esquemático (Las personas organizan la información de su experiencia en unidades molares, que se denominan "esquemas, que a su vez guían la dirección de las nuevas experiencias venideras, y que por lo tanto pueden impedir el cambio).

Respecto a las teorías de la emoción, se considera que las emociones son importantes para comprender la acción o conducta. Las emociones influyen en los temas a que prestamos atención, en las metas o propósitos que las personas persiguen y en la relación entre las personas. También influyen en las tendencias a la acción mediante determinados circuitos cerebrales (sistema de búsqueda exploración, sistema de ira-agresión-rabia, sistema de ansiedad-miedo, sistema de separación-pánico-angustia y sistema de juego-vínculo social). La teoría de las emociones aporta además la existencia de afectos primarios precognitivos de base filogenética (transmitidos por la especie) que se disparan de manera no semántica, conceptual o lingüística, y que suelen tener un carácter adaptativo (p.e los afectos implicados en el seguimiento ocular del infante hacia el progenitor, o en la vinculación primaria niño-progenitor) . Las emociones secundarias más complejas (p.e amor, odio.) evolucionarían de estas primarias (Pascual-Leone, 1992).

Por último la experiencia emocional que conforman los sentimientos conscientes tal como los experimenta el sujeto fenomenológicamente, provienen de la síntesis de al menos tres sistemas no conscientes de su experiencia interna:

- El sistema expresivo-motor (basado filogenéticamente)
- El sistema de recuerdo emocional (basado en la memoria episódica de eventos vividos y no conscientes)

- El sistema conceptual (basado en actitudes y significados semánticos no conscientes). Los tres sistemas anteriores se organizan por niveles experienciales en los llamados "Esquemas emocionales".

2.5.3.1 Terapia centrada en el cliente

Se puede llegar a ubicar a Rogers como escuela de psicología, pero es muy difícil encuadrarlo, porque esta sería una escuela basada en la práctica. Esta teoría a cobrado diferentes maneras de llamarla: "La inspiración no directiva" "psicoterapia centrada en el cliente" "psicoterapia de persona a persona". Rogers llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista a la realidad (valga la redundancia) no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural.

El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad. El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores. Ya el niño posee un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia "actualizante" dirige el desarrollo de cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers no es solo para preservar la vida sino que es un mecanismo que tiende a la superación.

Por lo tanto se basa en la idea de una potencialidad inherente a crecer (tanto en el orden personal como filogenético de la especie). Otro de los postulados básicos de Rogers es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo. A medida que el individuo desarrolla sus necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que llevan a la persona a la búsqueda de satisfacciones de necesidades.

Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de si mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

I El proceso terapéutico

Según Rogers, el cliente es el que lleva el peso de la terapia (auto-directividad) y no el terapeuta. Sin embargo, el terapeuta tiene que ofrecer al cliente o paciente una relación que se define por seis condiciones necesarias y suficientes para lograr el éxito de la misma. Las tres primeras características o condiciones son Empatía, Aceptación positiva incondicional y Autenticidad o Congruencia. Estas tres condiciones relacionales son llamadas actitudes de base:

- i. La aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Se acepta sin condición alguna la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
- ii. La empatía centrada en la persona sufriente. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal
- iii. La autenticidad del terapeuta permite a menudo un diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriente.

La relación centrada en el cliente se define además por un mínimo de contacto establecido entre el cliente y el terapeuta, el cliente debe estar en un estado de incongruencia y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida (lo que, a veces, no ocurre, por ejemplo en caso de una psicosis aguda).

Una relación definida por las actitudes de base genera una multitud de interacciones terapéuticas cada vez adaptadas a la relación con el cliente, a su persona y su situación particular y favorece la capacidad natural e inherente en cada persona de poder desarrollarse de manera constructiva (tendencia natural de cada persona a su auto-actualización, es decir a desarrollarse y madurarse).

2.5.3.2 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.

Hacia finales de la década de los cincuenta y comienzos de los años sesenta, con la moda del crecimiento personal que se concentra en California, Fritz Perls se ve cada vez más atraído por el concepto de la terapia Gestalt como una forma de vida más que un modelo de terapia y comienza a dar cursos de formación en esa dirección en la Costa Oeste. Se abre así una brecha entre la Terapia Gestalt de la Costa Este, representada por el *New York Institute*, bajo la dirección de Laura Perls (con otra corriente afín en Cleveland), y la Terapia Gestalt de la Costa Oeste, liderada por Fritz Perls. 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 pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería de 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.

I Conceptos principales

Se basa en:

- El aquí y ahora: vivir y sentir el presente. Vivir y sentir la realidad.
- El darse cuenta ("*awareness*", en inglés): es el 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.

2.5.4 Psicoterapia sistémica

Es un modelo de psicoterapia que se aplica para el tratamiento de trastornos y enfermedades psíquicas concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de un grupo social comprendido como un sistema.

Es un enfoque psicoterapéutico que, si bien tiene sus orígenes en la terapia familiar, ha venido cristalizando en el transcurso del último medio siglo en lo que hoy se prefiere denominar terapia (o psicoterapia) sistémica, para puntualizar el hecho de que no es imprescindible que sea la familia el foco de atención para que la mirada terapéutica sea sistémica. Es así como los conceptos sistémicos, así como sus métodos y técnicas terapéuticas pueden igualmente aplicarse a la pareja, a los equipos de trabajo, a los contextos escolares y también a las personas individuales. Lo que resulta decisivo es que el énfasis esté puesto en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y entre los subsistemas que lo componen. También en el caso de la terapia individual el enfoque se orientará principalmente al cambio en los procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica sistémica de ver a la persona en su entorno, es decir en el contexto del sistema o de los sistemas de los que forma parte.

Es por eso que en su origen, esta terapia se desarrolló para las familias en cuyo seno había alguien que sufría una enfermedad psíquica grave. Sin embargo, al pasar de los años y con mayor desarrollo teórico, el concepto de "enfermedad" se evidenció como inadecuado para designar fenómenos psíquicos que se definían como producto de patrones comunicacionales y pautas de interacción alteradas. El "enfermo" resultaba ser más bien el portador de los síntomas de una dinámica disfuncional que ocurría en el sistema. La frecuencia de las sesiones suele ser menor que la observada en terapias de otras orientaciones.

Puede mediar bastante tiempo entre una sesión y la siguiente (de dos seis semanas), mientras que el número total de sesiones, aunque básicamente dependa de los avances obtenidos en el proceso psicoterapéutico, se sitúa en un promedio de entre 10-14 sesiones.

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

I Conceptos fundamentales

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los Sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947).

Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica:

1. Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares
2. Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de su progreso o cambio. Foster y Gurman (1988) consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar: la estructura, regulación, información y capacidad de adaptación.

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

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

2.5.4.1 Constelaciones familiares

Las constelaciones familiares son un tipo de terapia sistemática familiar creada por el psicoterapeuta alemán Bert Hellinger en los años 80. Las Constelaciones familiares se crean cuando una persona quiere aclarar un tema específico de su vida.

Etimológicamente conocemos por constelación un conjunto de estrellas que forman parte de un sistema dinámico y en continua interacción y evolución y que forman una imagen.

Análogamente los seres humanos formamos parte de constelaciones que parten por ser familiares para ampliarse a otros grupos humanos. Las constelaciones se rigen por leyes naturales, familiares, sociales y espirituales que condicionan su funcionamiento.

El trabajo de constelaciones familiares es un método terapéutico fenomenológico que se aplica a nivel individual o grupal y que busca restablecer "El orden del amor" en los sistemas humanos.

Se basan en la teoría de sistemas. Y dentro de ella en el reconocimiento de que los grupos humanos se rigen por leyes y patrones innatos, a los cuales se agregan todos aquellos que se van construyendo en la interacción cotidiana dentro de las familias y a sí mismo las familias

construyen leyes y principios que rigen la interacción de sus núcleos con las de otras familias, llegando a construir las leyes sociales que permitirán un funcionamiento acorde con las necesidades particulares y grupales.

Los sistemas familiares son sistemas abiertos que tienden a autorregularse para asegurar su supervivencia pero que a su vez se nutren, interactúan y se vinculan con otros sistemas familiares, llegando a constituir clanes, grupos, comunidades, sociedades y naciones.

Conclusiones

- Los temas investigados fueron de mucho valor para tener conocimientos teóricos en la práctica profesional dirigida, y ponerlos en práctica durante el proceso de la misma.
- Es importante adquirir conocimientos de temas específicos referentes a la práctica ya que se tiene un panorama más amplio del trabajo que se va realizar en la práctica profesional dirigida.
- Se adquieren en estos temas no solamente conocimientos teóricos sino herramientas y técnicas prácticas que pueden ser utilizadas durante el proceso de psicoterapia.
- El recopilar información deja en el estudiante un deseo de investigación más profunda para adquirir más amplios conocimientos teóricos y prácticos

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

Durante la Práctica Profesional Dirigida se realizaron diferentes actividades las cuales fueron elaboradas con sus programas y actividades correspondientes impartiendo los conocimientos técnicos y herramientas adquiridas de manera individual y grupal.

3.1 Programa de Práctica Profesional Dirigida

I Descripción

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.

II. Propósito del Curso

El curso tiene el propósito de integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera, aplicándolos de manera práctica en instituciones en donde el psicólogo ejerce la psicología clínica. El y la alumna adquieren destrezas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades emocionales que impiden a las personas funcionar adecuadamente.

III. Competencias

1. Ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica.
2. Atiende problemas de personas en riesgo de enfermarse mentalmente.

Indicadores de logro

- Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de la carrera.
- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad.
- Atiende casos en instituciones para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elabora programas de salud mental y los aplica.
- Capacita a grupos de personas con temas importantes para el mantenimiento de la salud mental.
- Visita lugares para formarse una idea precisa de los problemas sociales.
- Investiga temas relacionados en su aplicación práctica.
- Deja un beneficio en los lugares donde realiza su práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Crea proyectos dedicados a promover la atención psicológica en el área rural

IV. Contenido temático del curso

1. Evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Capacitación en salud mental
3. 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

V. 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 actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.

La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses.

Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.

Los y las alumnas tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas establecidas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.

En el transcurso de la práctica los y las alumnas atenderán casos clínicos haciendo un diagnóstico y tratándolos de manera profesional. También tendrán que cumplir con capacitaciones y aplicación de proyectos.

VI. Formas o técnicas de evaluación

Evaluación diagnóstica: Pasará una prueba elaborada por la catedrática para explorar los conocimientos obtenidos durante la carrera.

Evaluación de proceso:

- Investigaciones
- Elaboración de programas y proyectos
- Actividades grupales
- Discusiones
- Guías de trabajo
- Presentación de informes
- Atención de casos
- Entrevistas
- Aplicación de pruebas psicométricas
- Capacitaciones

Evaluación sumativa: 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 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.		
4.	Elaboración y entrega de planificación de actividades generales de práctica de campo (por los y las alumnas)	3ª. Semana de febrero
5.	Asignación de Centros de práctica	Febrero
6.	Entrega de carta de autorización escrita dirigida a la Universidad y sellada de autoridad inmediata para realizar la práctica	
7.	Visita al centro de práctica para realizar acuerdos y presentar la planificación a autoridad inmediata	

Actividad	Fase de aprendizaje intra-aula Contenido	Fecha
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 I 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 II 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 III 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 Contenido	Fecha
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
11.	Elaboración de documentos de registro de casos	Durante el período de la práctica
12.	Creación de mini- proyectos para cubrir necesidades del centro de práctica	Durante el período de la práctica

3.3 Planificación en el centro de práctica

Mes: Enero

Lugar: Hospital de Día Roosevelt

Alumno: Amparo Judith Vásquez Palacios

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Iniciar actividades correspondientes a la práctica profesional dirigida	Información del docente sobre la práctica profesional dirigida	Presentación escrita sobre el programa de práctica profesional dirigida.	Papel, lapicero cuaderno de notas	Inician actividades correspondientes a la practica profesional dirigida
Elaboración de carta dirigida al M. A José Ramiro Bolaños Decano de la Facultad de Educación UPANA	Presentar la carta de solicitud para la realizaron de la practica Profesional dirigida	Presentación escrita	Computadora y lapicero	Aceptación de la solicitud.

Mes: Febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Orientación teórica sobre la práctica profesional dirigida	Clases magistrales	Presentación oral y escrita	Pizarrón, cañonera diapositivas lapiceros cuaderno	Adquirir conocimientos sobre temas relacionados con la práctica profesional dirigida
Presentación del uso del manual de estilo de la UPANA	Lineamientos de cómo presentar los trabajos e informes de la práctica profesional dirigida	Presentación escrita	Lapicero, papel.	Conocer la correcta manera de presentación de trabajos académicos

Mes: Marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Presentar documentos	Presentación Personal	Presentación de Documentos	Cartas de la UPANA	Inicia la práctica en la institución solicitada.
Observar el funcionamiento y actividades del centro de práctica	Inducción	Observación	Preguntas orales	Tiene conocimiento físico y administrativo del centro de práctica
Conocer el funcionamiento de la institución y adjuntar documentos	Inducción	Observación	Preguntas orales y información escrita	Tiene conocimiento físico y administrativo del centro de práctica
Elaborar documentos para informe	Recopilación de datos	Organización de documentos recopilados	Presentación escrita del diagnóstico Institucional	Conocer la institución y sus logros obtenidos

Mes: Abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Colaborar con el centro de práctica en dar apoyo psicológico para poner en práctica los conocimientos adquiridos	Atención de casos.	Observación y entrevista	Ficha clínica	Prepara al paciente, para su proceso post operatorio
Proyectar al paciente un mejor manejo de emociones	Atención de casos	Observación y entrevista	Terapia de relajación.	Aprende el paciente a manejar sus emociones
Proporcionar ayuda de emergencia al paciente	Atención de casos	Observación y entrevista	Terapia de apoyo	Apoya al paciente a en el manejo de sus temores

Mes: Mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Elaborar diagnóstico con el personal de la institución	Recopilación de datos	Observación y entrevista	Cuestionario de entrevista	Conoce los diferentes roles y la perspectiva del personal hacia la institución
Recopilar la información del diagnóstico	Organizar datos del diagnóstico	Datos estadísticos	Presentación de datos estadísticos	Identifica las necesidades de la institución y dar la ayuda psicológica necesaria
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Cuaderno	Apoyo psicológico al paciente
Organizar celebración día de la madre	Realización festejo día de la madre	Participación del personal	Dinámicas, regalos, refrigerio.	Fomentar las relaciones interpersonales

Mes: Junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Elaborar programa para charlas	Investigación de temas	Presentación escrita	Computadora, cañonera	Mejorar las relaciones dentro de la institución
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia individual	Preparar al paciente antes de la intervención quirúrgica
Evaluar al paciente	Atención de casos.	Entrevista.	Terapia individual	Preparar al paciente antes de la intervención quirúrgica
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia de relajación	Apoyo psicológico al paciente
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia de Apoyo	Preparar al paciente con miedo pos operatorio
Presentación de charla de Trabajo en equipo	Dinámicas, y presentación de tema	Presentación power point	Computadora y cañonera	Motiva al personal a trabajar en equipo

Mes: Julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista familiar	Terapia familiar.	Apoyo al paciente y familia.
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia de relajación	Apoyo psicológico al paciente con fobia a la anestesia
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia individual	Apoyo psicológico al paciente
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia ocupacional	Prepara al paciente a tener una vida útil pos operatoria Apoyo psicológico al paciente
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia individual	

Mes: Agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Evaluar al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia familiar	Informar al paciente y la familia, con respecto a la operación
Evaluación al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia ocupacional	Información al paciente a través de lecturas, sobre la operación
Evaluación al paciente	Atención de casos	Entrevista	Terapia de apoyo	Apoyo psicológico al paciente con respecto a sus temores post operatorios
Cierre de la practica profesional dirigida	Planificación de despedida	Convivencia	Despedida y refacción	Compartir buenas relaciones interpersonales

Mes: Septiembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Elaboración de informes de practica	Recopilación de la información escrita sobre el centro de practica	Según Manual de estilo UPANA	Computadora y papel	Finalizar el informe
Presentación de la primera fase de informes	Presentación de informes	Según Manual de estilo UPANA	Computadora y papel	Entrega de informe
Información sobre la elaboración del proyecto de salud mental	Planificación del proyecto de salud mental	Trabajo grupal	Computadora y cañonera	Finalizar la Planificación
Elaboración del proyecto de salud mental	Presentación escrita del proyecto de salud mental	Trabajo grupal	Computadora y cañonera	Entrega del proyecto escrito de salud mental

Mes. Octubre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Presentación del proyecto de salud mental En el centro asignado	Trabajo grupal	Dramatización, Charlas, talleres y atención de casos	Computadora Cañonera, lápiz vejigas, libros de cuentos para niños, cuadernos, rota folios trifoliarios, cámara	Informar a la población sobre temas, de interés familiar y ciudadano
Evaluación del proyecto salud mental	Trabajo grupal	Evaluación grupal	Información individual en clase	Apoyar a la comunidad del barrio San Antonio a través de una jornada de salud mental
Presentación de informes del lugar de practica	Presentación Escrita de los Informes	Revisión de informes	Computadora y material impreso	Realización del informes

Mes. Noviembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Presentación final del informe	Revisión del informe	Presentación escrita	Computadora	Finalización del informe de la practica profesional dirigida
Elaboración del examen final	Examen final	Presentación escrita	Papel, lápiz y lapicero	Terminación examen final y adquirir conocimientos

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos:

En el proceso de atención de casos, se utilizó la metodología, técnicas y herramientas de las que se tienen conocimiento como son la terapia de apoyo, terapias de relajación, terapias familiares, terapia breve y de urgencia según las necesidades del paciente para una exitosa atención psicológica

a). Objetivos

- Apoyar al paciente pre-pos operatorio y sus conflictos emocionales
- Informar al paciente la importancia que detiene mantener un equilibrio emocional para mantener un proceso quirúrgico saludable.
- Orientar a la familia lo importante que es brindarle apoyo al paciente para su pronta recuperación.

b), Actividades

- Entrevistas.
- Terapia de apoyo.
- Terapia de relajación y terapia familiar.

3.4.2 Programa de capacitación

a). Objetivos

- Dar a conocer al personal de la institución la importancia de tener un equilibrio emocional para mejorar nuestras relaciones interpersonales en el área laboral.
- Enseñar al personal de la institución, que una buena coordinación de trabajo en equipo mejora la relación en el grupo como también con los pacientes.
- Informar al personal de la institución la importancia de una buena relación con el paciente.

b). Actividades

- Planificaciones.
- Preparación de charlas.
- Contactos con autoridades.
- Contacto con personas capacitadas.

3.4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

Este proyecto tiene como objetivo promover la salud mental de las familias y personas individuales que asisten en la Iglesia de “Dios Evangelio Completo” del barrio San Antonio de la zona 6 ciudad de Guatemala y barrios aledaños

Así también el proyecto intenta brindar las herramientas que provean de apoyo a la población que se atiende para que tomen una actitud asertiva ante el diario vivir la crisis presente y sus necesidades de índole personal.

a). Objetivo

Objetivo general

Proveer herramientas que contribuyan a la salud mental de la población guatemalteca a través de una jornada psicológica.

Objetivos específicos

- Apoyar a la comunidad del Barrio San Antonio a través de una jornada de salud mental para la búsqueda de un beneficio en su equilibrio emocional
- Identificar conflictos mas relevantes de las personas que soliciten el apoyo durante el desarrollo de la actividad.
- Promover el interés de las personas.

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

El siguiente capítulo presenta de manera global los resultados obtenidos en la Práctica Profesional Dirigida, como también los logros y limitaciones que se tuvieron, dejando plasmadas algunas recomendaciones que puedan servir para un mejor manejo de actividades en el área institucional.

4.1 Programa de atención de casos

a) Logros

- Se obtuvo un mejor manejo de ansiedad y estrés en los pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente.
- Se brindó terapia breve y de emergencia a los pacientes que iban a ser intervenidos un día antes de su operación quirúrgica.
- Durante los meses de la Práctica Profesional Dirigida se logró atender a todos los pacientes diagnosticados para una operación quirúrgica.
- Realización de técnicas de relajación con los pacientes que presentaban estados de ansiedad por la intervención quirúrgica.
- Enseñar al paciente la importancia de las instrucciones médicas, para una pronta recuperación.

b) Limitaciones

- No poder darle seguimiento al paciente en su proceso terapéutico porque el proceso de intervención quirúrgico se da de manera rápida, que el paciente se va el día que es intervenido y regresa dentro de ocho días únicamente a quitarse los puntos.
- Por motivos de la influenza porcina fueron canceladas las intervenciones quirúrgicas en el hospital de día durante una semana.
- Las actividades programadas por el personal médico como congresos y capacitaciones que ellos recibían, daban lugar a suspender las citas y darlas en próximas fechas.

c) Conclusiones

El trabajo terapéutico realizado en el hospital de día, fue satisfactorio y de vital importancia para el paciente, como para el personal que labora en el proceso operatorio (médicos, anestesista y enfermeras) ya que fue manifestado el equilibrio emocional que los pacientes presentaban en sala de operaciones y como consecuencia se daba una exitosa intervención quirúrgica. Para los pacientes haber calmado su ansiedad y comprender lo valioso de la vida obtuvieron como resultado un mejor proceso de recuperación, mostrado durante la cita asignada después de la operación

d) Recomendaciones

- Después de los logros realizados y vistos, se puede decir que es importante que el Hospital de “Día Roosevelt” mantenga una clínica permanente para dar terapia psicológica a sus pacientes antes de una intervención quirúrgica.
- Que se le pueda orientar al paciente acerca de su intervención quirúrgica ya que el desconoce muchas veces el proceso utilizado por ser una intervención con rayos láser.

Muestra de casos

Caso 1

1. Datos generales

Nombre:	JDCMJ
Edad:	53 años
Estado civil:	Casado
Nº de hijos	5
Domicilio	San Miguel Petapa
Religión	Evangélica

2. Motivo de la consulta

- Problemas biliares
- Problemas gastrointestinales
- Problemas endocrinológicos
- Otros

Antecedentes familiares

Persona que le acompaña

- Padres
- Conyugue
- Hijos
- Amigo (a)
- Otros

3. Antecedentes de la enfermedad

Tiempo de padecerla años 2 meses 5

Dolor que le provoca: leve _____ moderado _____ intenso X

4. Síntomas físicos

- Nauseas:
- Mareos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Reflujo gástrico
- Dolor de cabeza
- Pérdida de apetito
- Insomnio

5. Síntomas psicológicos

Angustia	<input type="checkbox"/>
Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>
Temor	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Miedo	<input type="checkbox"/>

6- Principales temores

Muerte	<input type="checkbox"/>
Abandonar a los hijos	<input type="checkbox"/>
Temor al procedimiento quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/>
Falta de cuidados post operatorios	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

7. Principales necesidades del paciente

Apoyo familiar	<input type="checkbox"/>
Apoyo económico	<input type="checkbox"/>
Deshago emocional	<input checked="" type="checkbox"/>
Apoyo espiritual	<input type="checkbox"/>

Orientación: para que el paciente mantenga un equilibrio emocional ante su proceso operatorio y su pronta recuperación

8. Observaciones

El paciente refiere estar preocupado por su proceso operatorio ya que el desconoce todo sobre la operación pues nunca ha tenido una intervención quirúrgica, a pesar de que recibe el apoyo de su familia se siente inseguro y no puede dormir, ya que su operación será una hernia en los testículos tiene temores a tener problemas físicos y de impotencia, donde quiera que esta se recuerda que esta próximo la fecha de ser intervenido. Se le orienta acerca de su proceso operatorio y la tecnología avanzada que existe actualmente, lo cual ayuda a una pronta recuperación como también se utilizan técnicas de relajación para calmar su ansiedad.

Caso 2

1. Datos generales

Nombre:	IMHJ
Edad:	35 años
Estado civil:	Unida
Nº de hijos	3
Domicilio	Santa Inés Pinula
Religión	Evangélica

2. Motivo de la consulta

Problemas biliares	<input checked="" type="checkbox"/>
Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/>
Problemas endocrinológicos	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

3. Antecedentes familiares

Persona que le acompaña

Padres	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

Conyugue
Hijos
Amigo (a)
Otros

4. Antecedentes de la enfermedad

Tiempo de padecerla años 3 meses _____

Dolor que le provoca: leve _____ moderado _____ intenso X _____

5. Síntomas físicos

Nauseas:
Mareos
Diarrea
Estreñimiento
Reflujo gástrico
Dolor de cabeza
Pérdida de apetito
Insomnio
Otros

6. Síntomas psicológicos

Angustia
Estrés
Temor
Ansiedad
Depresión
Miedo

7. Principales temores

Muerte	<input checked="" type="checkbox"/>
Abandonar a los hijos	<input checked="" type="checkbox"/>
Temor al procedimiento quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/>
Falta de cuidados post operatorio	<input type="checkbox"/>

8. Principales necesidades del paciente

Apoyo familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Apoyo económico	<input type="checkbox"/>
Deshago emocional	<input checked="" type="checkbox"/>
Apoyo espiritual	<input type="checkbox"/>

Orientación: Para que el paciente pueda nivelar sus estados emocionales y tener un mejor proceso antes y después de su operación

9. Observaciones

La paciente refiere tener miedo a morir y dejar abandonados a sus hijos, es la razón por la que esta pensando no ser intervenida quirúrgicamente ya que ella es una mujer sola que la abandono su esposo hace un año y trabaja para sus hijos, no cuenta con familia porque cuando se junto con su esposo venia del interior de la capital, solamente con amistades que vienen de su lugar de origen, se le explico la importancia de su operación, las razones por las cuales es necesario ser intervenida , además el tiempo que necesita para recuperarse.

Caso 3

1. Datos generales

Nombre CFO
Edad: 25
Estado civil: Soltero
Nº de hijos 2
Domicilio 7av. 14-25 zona 18
Religión Católica

2. Motivo de la consulta

Problemas biliares
Problemas gastrointestinales
Problemas endocrinológicos
Otros

Antecedentes familiares

Persona que le acompaña

Padres
Conyugue
Hijos
Amigo (a)
Otros

3. Antecedentes de la enfermedad

Tiempo de padecerla años _____ 1 _____ meses _____

Dolor que le provoca: leve _____ moderado _____ intenso __X_____

4. Síntomas físicos

Nauseas:

Mareos

Diarrea

Estreñimiento

Reflujo gástrico

Dolor de cabeza

Pérdida de apetito

Insomnio

Otros

5. Síntomas psicológicos

Angustia

Estrés

Temor

Ansiedad

Depresión

Miedo

6. Principales temores

Muerte

Abandonar a los hijos

Temor al procedimiento quirúrgico

Falta de cuidados post operatorio

7. Principales necesidades del paciente

Apoyo familiar	<input type="checkbox"/>
Apoyo económico	<input type="checkbox"/>
Deshago emocional	<input checked="" type="checkbox"/>
Apoyo espiritual	<input type="checkbox"/>

Orientación: Para que el paciente pueda nivelar sus estados emocionales y tener un mejor proceso antes y después de su operación.

8. Observaciones

El paciente refiere será intervenido por problemas de apéndice pero que anteriormente no ha tenido ninguna operación, se angustia porque él es estudiante de administración de empresas y sus exámenes parciales serán dentro de los próximos días y sufre la incertidumbre si ya estará recuperado físicamente para efectuarlos, se le explicó su proceso operatorio y se trabajó con él técnicas de relajación para un mejor manejo de sus emociones.

4.2 Programa de capacitación

a) Logros

- Haber realizado con el personal de la institución un tiempo de compañerismo y poder compartir algunas actividades como el día de la madre y la enfermera.
- Haber dado a conocer al personal de la institución la importancia del trabajo en equipo, para realizar una mejor actividad laboral.
- Se valoro el trabajo realizado por el personal, y la importancia que tiene cada uno en su área de trabajo.
- Se concientizó al personal lo valioso que es prestar un servicio de calidad, a un ser humano enfermo.
- Haber obtenido el apoyo administrativo, y del personal para realizar las diferentes actividades de manera incondicional.

b) Limitaciones

- Por el corto tiempo que el personal posee fue imposible dar mas capacitaciones y actividades.
- Por motivos de inventario en el cual participan el personal se suspendieron alguna charlas.
- El horario de trabajo del personal es bastante corrido y lleno de actividades que no le dio espacio al personal para realizar un proceso terapéutico individual, como había estado programado por ambas partes.

c) Conclusiones

El “Hospital de Día” cuenta con personal altamente calificado, bastante accesible a un nuevo aprendizaje y a un cambio institucional en pro de mejorar de la institución, las relaciones interpersonales como también la calidad de atención al paciente. Por tal razón se puede decir que es un ambiente cómodo donde se pueden compartir experiencias profesionales por ambas partes y adquirir conocimientos en beneficio de los pacientes.

d) Recomendaciones

- Dentro de su programación anual incluya un tiempo especial para que su personal sea capacitado en diferentes áreas laborales.
- Es necesario para el personal que se tengan charlas seguidas del manejo de estrés por por la actividad laboral realizada.
- Para que el personal mantenga buenas relaciones personales y un tiempo de compañerismo es necesario que se sigan celebrando actividades importantes de la vida laboral como cotidiana del personal (día de la madre, enfermera, años de laborar en la institución etc.).

e) Muestra de charlas y talleres

Charla 1

Trabajo en equipo

Dirigida a: Personal de Hospital de Día Roosevelt.

Fecha: 17-6-.2009

Agenda de trabajo

1. Bienvenida dirigida al Hospital de Día Roosevelt
2. Dinámica rompe hielo “Baile de presentación”
3. Presentación de un socio drama de trabajo en equipo en intervenciones quirúrgicas
4. Presentación de la charla con apoyo de cañonera y diapositivas
5. Dinámica un hombre de principios
6. Refacción y agradecimiento por participación
7. Despedida.

Charla 2

Autoestima

Dirigida a: Padres del Colegio La Paz

Fecha: 19 -8-2009

Agenda de trabajo

1. Presentación y bienvenida (directora del plantel)
2. Elaboración de papelografo
- 3 .Presentación de la charla
4. Dinámica ¿Quién soy yo?
5. Refacción y agradecimiento por participación
6. Despedida

Charla 3.

Violencia Intrafamiliar

Dirigida a: Colegio Valle Americano

Fecha: Octubre 19. 10. 2009

Agenda de trabajo

1. Presentación y bienvenida
2. Presentación de película “Rompe el silencio”
3. Comentarios sobre la película
4. Explicación del tema violencia Intrafamiliar
5. Guía de apoyo de violencia intrafamiliar
6. Repartir trifoliales
7. Refacción y despedida

Charla 4.

Maltrato Infantil

Dirigida a: Colegio Valle Americano

Fecha: 22. 10. 2009

Agenda de trabajo

1. Presentación y bienvenida
2. Dinámica de presentación
- 3 Presentación de la charla con diapositivas y cañonera

4. Discusión y preguntas sobre el tema
5. Dinámica el domino
6. Refacción y agradecimiento por participación
7. Despedida

4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

a) Logros

- Encontrar el apoyo incondicional de la Iglesia de Dios en el Barrio San Antonio para realizar el proyecto de salud mental.
- Tener el apoyo del pastor y los diáconos al servicio de las personas que estuvieron llegando y las necesidades de los que trabajamos en la jornada.
- La realización de de la jornada a pesar de algunas limitaciones
- Poder atender personas con necesidades psicológicas
- Haber compartido algunos de los conocimientos aprendidos
- Poner en practica algunas de las técnicas ya conocidas en la carrera profesional

b) Limitaciones

- No haber hecho una jornada intensa de publicidad, dentro de la iglesia y sectores aledaños.
- Falta de comunicación asertiva, en el grupo.
- Poca afluencia de personas para poder trabajar de una manera como estaba programada
- No poder compartir con las personas todo el material preparado.

c) Conclusiones

- El grupo de trabajo siempre tiene que tener un plan B para cualquier situación y saber coordinarlo.
- Dentro del grupo de trabajo se debe manejar una comunicación asertiva para tener éxito en los planes acordados.

d) Recomendaciones

- Buscar nuevas estrategias para tener mayor afluencia de personas antes de la jornada (trifoliales, pancartas, mantas etc.)
- Tener el conocimiento que las personas en la cultura guatemalteca no han sido educadas para recibir salud mental y esto impide a que halla afluencia en la asistencia.
- Dar a conocer a las personas que asisten al lugar del evento como las que están alrededor que es salud mental.

e) Presentación de proyecto de Salud mental

1. Datos generales

Lugar: Iglesia de Dios Evangelio Completo

Dirección: 23 avenida 11-50 zona 6, Barrio San Antonio, Ciudad de Guatemala.

Fecha: Sábado 3 de octubre del 2009

Dirigido a: Comunidad Barrio San Antonio

2. Descripción

El Proyecto de Salud Mental “Libera tu mente” se llevará a cabo por las alumnas de 5to año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, extensión El Naranjo, en la Iglesia de Dios Evangelio Completo del Barrio San Antonio de la zona 6, ciudad de Guatemala, la cual cuenta con cincuenta y cinco años de fundada.

Este proyecto tiene como objetivo promover la salud mental de las familias y personas individuales que asisten a la iglesia y viven en las áreas circunvecinas, apoyando el trabajo que realizan los pastores Adolfo Efraín Barrientos Rivas y Vilda Marina Mejía Salazar de Barrientos en esta área de la Ciudad. Así como también el proyecto intenta brindar las herramientas que provean de apoyo a la población que se atiende, para que tomen una actitud asertiva ante el diario vivir, la crisis presente y sus necesidades de índole emocional.

“Libera tu mente” tocará temas relacionados con: problemas familiares, matrimoniales, juveniles, madres solteras, niños de hogares desintegrados, la toma de decisiones asertivas y otros que puedan coadyuvar a la comunidad a la que va dirigida. El proyecto se desarrollará por medio de una plenaria general donde se hablará de la actitud que deben tener las personas

para promover su salud mental, luego se impartirán cuatro talleres simultáneos por la mañana en dos turnos y, temprano en la tarde se brindará servicio de clínicas de consejería y terapia psicológica individual y de parejas.

Justificación

De acuerdo al diccionario en línea Wikipedia, la "salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y potencial emocional, entre otros.

Hoy en día la salud mental es un tema que ha adquirido una importancia mayor; se dice que el estrés, la depresión, la angustia, son problemas que están afectando a la población mundial, mayormente a los países en desarrollo y los que están en vías de desarrollo. Las clínicas psicológicas y de consejería son más conocidas y visitadas por muchas personas, más que en el pasado.

Pero aún existen grupos que no creen que la psicología sea un buen medio para dar alivio a los males psicológicos puesto que creen que no son de Dios, esto es, la Iglesia evangélica en su mayoría.

Aunque la Iglesia evangélica cree que la consejería psicológica promueve la creencia que los problemas que afectan adversamente al estado mental y emocional de la persona es determinada por circunstancias externas a la persona, como el abuso de parte de los padres o el ambiente en el cual la persona ha crecido y se apoya de versos bíblicos como el que asevera que el corazón maligno del hombre y sus decisiones pecaminosas causan sus problemas emocionales, mentales y de su comportamiento en general. "Por que de adentro, del corazón humano, salen los malos pensamientos, la inmoralidad sexual, los robos, los homicidios, los adulterios, la avaricia, la maldad, el engaño, el libertinaje, la envidia, la calumnia, la

arrogancia y la necesidad. Todos estos males vienen de adentro y contaminan a la persona" (Marcos 7:21-23). Por lo tanto todo debe tratarse de manera espiritual. Pero yendo a la Palabra de Dios, esto no quiere decir que el hombre no necesite de un apoyo emocional que le ayude a tener una calidad de vida como el mismo Jesús lo hizo saber, "...yo he venido para que tengan vida, y la tengan en abundancia" Juan 10:10.

La salud mental es, cómo pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida.

También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

La falta de salud mental puede ocurrir en cualquier ámbito social o a nivel particular. Las iglesias evangélicas, que también se catalogan como un grupo social, padecen de problemas de esta índole, a estas llegan personas con múltiples problemas emocionales, psicológicos, psicosomáticos y psicopatológicos, con la esperanza de encontrar sanidad del alma (psique); por lo tanto, también necesitan ser apoyadas en procesos psicológicos tales como terapias de diferentes tipos, talleres y charlas motivacionales con el fin de orientarlos hacia una salud mental.

Es motivador el saber que varios pastores se están abriendo a esta posibilidad y por esta razón es necesario elaborar programas que lleguen a esta población, aprovechando la apertura que muchas iglesias evangélicas están teniendo. Se debe, por lo tanto, elaborar programas que satisfagan las necesidades psicológicas-espirituales, de forma que sean llenadas de manera satisfactoria.

4. Objetivo

Objetivo general:

- Proveer herramientas que contribuyan a la salud mental de la población guatemalteca a través de una jornada psicológica.

Objetivos específicos:

- Apoyar a la comunidad del Barrio San Antonio a través de una jornada de salud mental para la búsqueda de un beneficio en su equilibrio emocional.
- Identificar conflictos más relevantes de las personas que soliciten el apoyo durante el desarrollo de la actividad.
- Promover el interés de las personas asistentes a la actividad sobre la importancia de la salud mental.

5. Recursos

1. Humanos

Estudiantes de 5º. Año de la Licenciatura en Psicología y Consejería de la Universidad Panamericana, extensión El Naranjo.

Pastores anfitriones: Adolfo Efraín Barrientos Rivas y Vilda María Mejía Salazar de Barrientos

Colaboradores: siete miembros de la iglesia

Asistentes: familias y personas individuales de la comunidad de la iglesia y colonias aledañas al Barrio San Antonio (Colonia Noruega, Militar Zona 6, Cipresales, San Juan de Dios, Colonia Nueva San Antonio).

2. Físicos

Instalaciones de la iglesia: templo, salones, oficinas, áreas en común, cocina, baños, pizarrones de formica, sillas, mesas, bancas

3. Materiales

Papelería impresa, gafetes, trifoliales, volantes, hojas de evaluación, tinta e impresora, croquis de la ubicación, información de actividades, etc.

Marcadores y almohadillas para pizarrones, papel bond, lapiceros, rotafolios, marcadores, etc
Materiales audiovisual, laptop, cañonera, retroproyector, televisión, videocassetera, micrófono, bocinas, etc

4. Financiero: Aporte de las alumnas

6. Agenda de trabajo

No.	ACTIVIDAD	LUGAR	HORA	ALUMNA RESPONSABLE
1	Registro y bienvenida de Participantes asistentes	1er. piso de templo	8:00 – 8:30	Colaboradores de la iglesia
2	Plenaria “Actitud... ”	Templo	8:30 – 9:15	Todas las alumnas
3	1ª. ronda talleres simultáneos	2º. nivel del templo	9:25 – 10:15	Todas las alumnas
3.1	Violencia en la escuela y autoestima, yo decido, presión de grupo	Salón 4		Niños y adolescentes: Evelyn Calderón, Kinsa Ligorria, Patricia Santos
3.2	Comunicación asertiva, inteligencia emocional,	Salón 3		Parejas – María Elena González, Sara Avendaño, Elizabeth Recinos, Yolanda Salazar
3.3	Relación padres e hijos, Violencia intrafamiliar y autoestima	Salón 1		Abierto – Brenda, Patti Luna, Dinelda Vallar, Amparo Vázquez
3.4	Enfrentando la crisis,	Salón 5		Abierto – Ada Cavarria, Hercilia Moreno, Thelma Falla
4.	Refacción	2º. nivel	10:15 – 10:45	Alumnas y colaboradores
5.	2ª. ronda talleres simultáneos, igual que la 1ª. ronda	2º. nivel	11:00 – 11:50	La misma distribución que la primera ronda - todas las alumnas
6.	Almuerzo	2º. nivel	12:00 – 13:00	Colaboradores de la iglesia
7.	Clínicas simultáneas	Salones de 2º y 3er. nivel	13:00 – 15:00	Todas las alumnas
7.1	Atención a niños	Salón 5		Kinsa Ligorria, Patricia Santos
7.2	Atención a adolescentes	Salón 4		María Elena González, Patricia Luna, Evelyn Calderón
7.3	Adultos individuales	Salón 3		Elizabeth Recinos, Thelma Falla, Amparo Vásquez, Sara Avendaño, Dinelda Vallard
7.4	Parejas	Salón 1		Ada Chavarria, Brenda Soto, Hercilia Moreno, Yolanda Salazar
8.	Cierre y despedida Pastor, colaboradores, grupo de estudiantes	Templo	15:30 – 15:45	Patricia Luna y todas las alumnas.

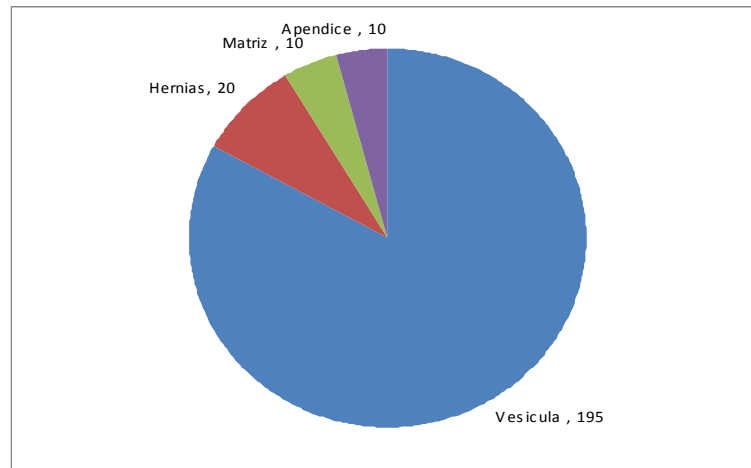
4.4 Gráficas y análisis de resultados

En este área se dan a conocer los resultados obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida, y logros como limitaciones en forma gráfica que se pudieron observar.

4.1 Programa de atención de casos

Gráfica No1

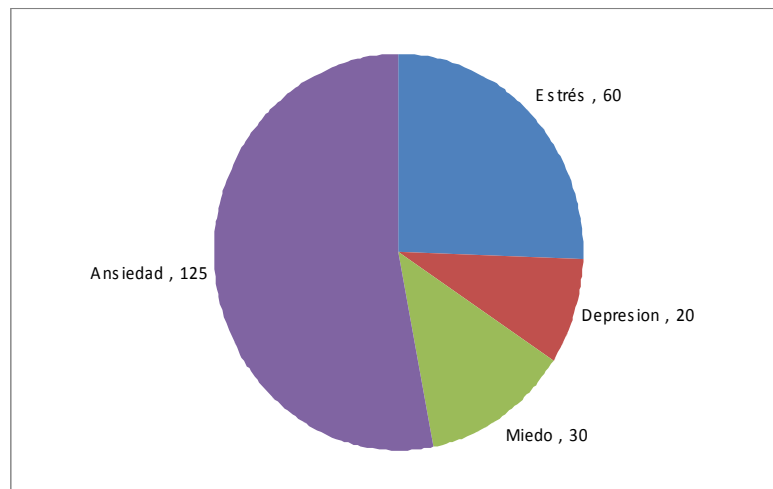
Problemas físicos encontrados



Fuente propia

Gráfica No. 2

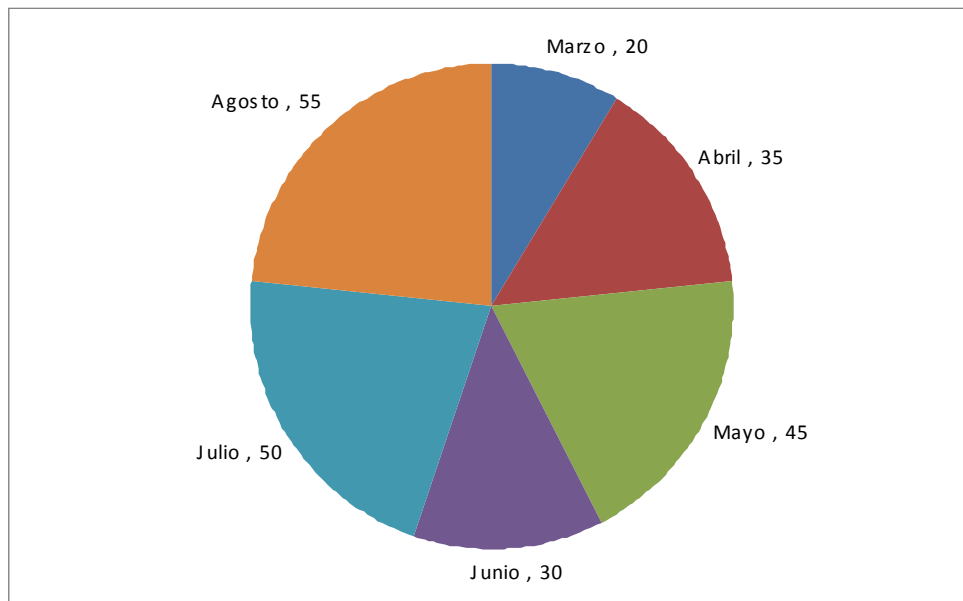
Problemas emocionales encontrados



Fuente propia

Gráfica No. 3

Número de casos atendidos por mes



Fuente propia.

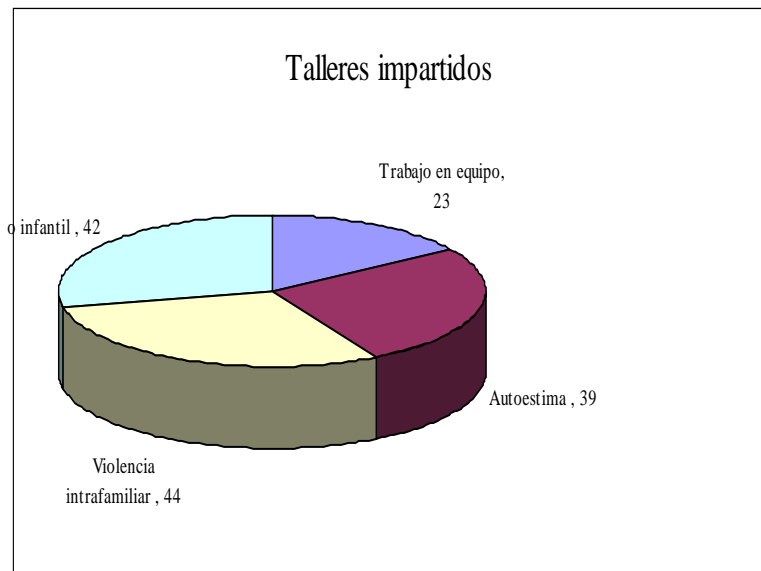
4.2 Programa de capacitación

Tabla 1

Tabla de capacitaciones impartidas

Fecha	Charla	Numero de personas atendidas
17 de junio del 2009	Trabajo en equipo	23
19 de agosto del 2009	Autoestima	39
19 de Octubre del 2009	Violencia intrafamiliar	44
22 de Octubre 20009	Maltrato infantil	42

Gráfica No 4



Fuente propia

4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica No. 5



Fuente propia

4.4 Análisis de datos

1. En la gráfica 1 se encuentra que los problemas físicos por los que son intervenidas la mayoría de pacientes es por cálculos biliares, seguidamente hernias inguinales, matriz apéndice una de las razones es que el “Hospital de Día” desde sus inicios fue diseñado para operaciones biliares

2. En la gráfica 2 se puede observar que en su mayoría las pacientes presentan un alto nivel de ansiedad antes del proceso operatorio, como también problemas emocionales de estrés, miedo y depresión.

3. La gráfica 3 muestra los casos atendidos por cada mes dando a conocer en los meses de julio y agosto hubo un número más alto de pacientes, que no presentan los meses anteriores, algunas veces por desconocimiento de los servicios ofrecidos.

4. En la tabla 1 y gráfica 4 se muestra las capacitaciones que se impartieron durante la práctica en los establecimientos con diferentes temas acordes a las necesidades de cada institución.

En la gráfica 5 muestra un porcentaje alto en la asistencia de mujeres, y seguidamente los niños y los varones.

Conclusiones

- La Práctica Profesional Dirigida ha sido de una gran experiencia en la vida profesional no es lo mismo adquirir conocimientos teóricos como aplicarlos y sentirse parte de una institución donde se toman responsabilidades de un horario, y reglamentos internos propios de la institución, la experiencia da a conocer lo que en la realidad se va a vivir como profesional.
- La elaboración de el presente informe es de mucho aprendizaje, en conocimientos teóricos algunas veces desconocidos pero de vital importancia en la Práctica Profesional Dirigida, además enseña a elaborar documentos con calidad profesional
- La experiencia de ir a las instituciones que laboran con el área social es de gran importancia para la carrera profesional, ya que se retroalimenta y se adquieren nuevos conocimientos profesionales que serán de gran utilidad en la vida profesional
- Realizar capacitaciones y charlas en diferentes instituciones también son parte de una gran experiencia se pudo observar la necesidad de la personas de adquirir conocimientos sobre el tema expuesto y el interés por tener mas amplios conocimientos. A la vez como profesional sentirse satisfecho y feliz de poder ayudar a las personas en temas que son vivenciales pero que muchas veces marcan un tabú en la vida familiar.
- Dejar plasmado en un informe lo que en seis meses se ha ejercido es la manera de obtener conocimientos para toda la vida profesional, y la forma de dar mejor calidad profesional en los futuros tiempos.
- Es de completa satisfacción haber obtenido conocimientos profesionales de parte de la catedrática que puedan ser dignos de imitar y poner en práctica en la carrera profesional.

- El éxito de la Práctica Profesional Dirigida, se basa en los conocimientos de aprendizaje impartidos durante la Práctica Profesional Dirigida ya que no solo han sido conocimientos teóricos sino de valores y de ética profesional, donde han servido para poner en alto el nombre de la universidad, y como futuros profesionales dar lo mejor de cada estudiante.
- Es satisfactorio haber realizado la Práctica Profesional Dirigida, y servir como profesionales a quienes lo necesitan de manera incondicional

Recomendaciones

- La Universidad Panamericana debe tomar muy en cuenta en los próximos años lo importante que es la asignatura de Práctica Profesional Dirigida y tomarlo como una proyección de la universidad a las diferentes instituciones, y nombrar catedrática permanente tanto en el área teórica como en la practica, para un mayor aprendizaje.
- Que la Universidad Panamericana, asigne los establecimientos para realizar la practica, como apoyo a sus estudiantes para dar a conocer la Universidad en la población guatemalteca.
- Que el estudiante sienta el apoyo de la Universidad Panamericana estableciendo alianzas estratégicas con instituciones interesadas donde pueda presentarse servicios psicológicos de manera incondicional.

Referencias

1. Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G., Recinos. Conductas problema en el niño anormal.
2. Barlow D. Y Durand. M.. Psicología Anormal.. Edición México. Thomson Learning
3. Bellak y Small Psicoterapia breve y de Emergencia.. Edit. Pax
4. Belloch A. , Sandin B.& Ramos. Manual de Psicopatología, , F. McGraw Hill, México, primera edición
5. Collins, Gary. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
6. Comportamental.com Psicodirectorio.com
7. Craig, grace. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
8. De la Fuente Ramón. La Patología Mental y su Terapéutica. Fondo de Cultura Económico
9. Dorch, f. Diccionario de Psicología. Herder
10. Ellis. Terapia Racional Emotiva. Moreno, El Psicodrama.
11. González Nuñez José de Jesús. Psicoterapia Grupal. Manual Moderno
12. Jacobs. Esa Voz Interior. México Editorial Clie
13. Kolb, L Psiquiatría Clínica Moderna.. Prensa Médica Mexicana
14. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. México Editorial Masson. México 1999 Editorial Trillas
15. Psicologiapopular.com
16. Rogers, Carl Terapia Centrada en el Cliente.
17. Sullivan, Harry Stack La Entrevista Psiquiátrica.. Edit. Psi
18. www. Wuikipedia. com.

Anexos

Anexo 1

Horas de Practicas Realizadas y constancias de otras actividades



Hospital de Día Hospital Roosevelt

Guatemala 16 de Noviembre de 2009

Señores
UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Educación Psicología y conserjería Social
Presente

Estimados Señores:

Un saludo cordial deseándole éxitos en sus labores profesionales y personales.

Por este medio hacemos constar que la señorita Amparo Judith Vásquez Palacios realizó sus prácticas correspondientes al Quinto año de licenciatura de Psicología y conserjería Social de marzo a agosto del año dos mil nueve con una totalidad de cuatrocientas horas de forma satisfactoria.

Agradeciendo la atención a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

DR. RODRIGO ZEPEDA
Sub Coordinador Hospital de día

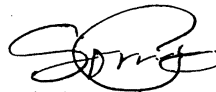


Constancia

Por este medio hago constar que la alumna Amparo Judith Vásquez Palacios de quinto año de la carrera de psicología y consejería social, completó 100 horas, en actividades de la Práctica Profesional Dirigida durante el presente año.

Y para los usos legales firmo la presente, a los diez días del mes de noviembre del dos mil nueve.

Guatemala, noviembre del 2009



Licenciada Sonia Pappa

Asesora de la Prácticas Profesional Dirigida



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

**FACULTAD DE EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL**

EVALUACIÓN DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Nombre de la Institución: HOSPITAL ROOSEVELT

Dirección: Zona 11 Dda. Roosevelt Tel.: 2321-7400 ext. 2546

Director (a) Encargado (a): Dr. Rodrigo Zepeda

Nombre de la (el) alumna (o) practicante: ALIARO JUDITH MASQUE PALACIOS

Grado: Quinto Fecha: Marzo- Agosto

	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: Muy buen trabajo, sigan adelante.

Dr. Rodrigo Zepeda
Firma y sello
SUB-COORDINADOR
HOSPITAL DE DIA





Hospital de Día Hospital Roosevelt

Guatemala 16 de Noviembre de 2009

Señores
UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Educación Psicología y conserjería Social
Presente

Estimados Señores:

Por este medio hacemos constar que la señorita Amparo Judith Vásquez Palacios realizo su practica correspondiente al Quinto año de licenciatura de Psicología y conserjería Social de marzo a agosto del año dos mil nueve con una totalidad de cuatrocientas horas.

Realizándola de forma satisfactoria, donde se verifico la efectividad del trabajo que realizaron durante este tiempo, con el apoyo que le brindaron a los pacientes que asisten a este centro asistencial, donde trabajo principalmente terapia breve, de apoyo y muchas más.

Trabajo terapia de grupo con el personal que se encuentra laborando en la Unidad, impartiendo talleres con el personal de trabajo equipo y ética profesional.

Dejando las puertas abiertas de esta Unidad esperando vuelva el próximo año una nueva estudiante o grupo de estudiantes.

Agradeciendo la atención a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

DR. ROBRIGO ZEPEDA
Sub Coordinador Hospital de día





CENTRO EDUCATIVO PARA "LA PAZ"

Mixco, 19 de agosto de 2009.

Señores:
Universidad Panamericana
Su despacho.

Se extiende la presente como constancia que la señora Amparo Judith Vásquez Palacios llevo a cabo la charla con el tema de Autoestima con los Padres de Familia de los alumnos de nuestro establecimiento Centro Educativo "Para La Paz", teniendo muy buena aceptación y participación de cada uno de ellos.

Atentamente



Licda. Verónica de Rivera
Directora del Plantel
Tel. 2434-4621



AMERICAN VALLEY SCHOOL

La Infrascrita Directora Técnica del Colegio Valle Americano

HACE CONSTAR:

Que la Licenciada AMPARO JUDITH VASQUEZ PALACIOS, impartió dos cursos de Psicología a los alumnos de Básicos y Diversificado, de este Colegio, cuyos temas y fecha fueron los siguientes:

- 1) Violencia Intrafamiliar: Octubre 19 - 2009 (35 alumnos)
- 2) Maltrato Infantil: Octubre 22 - 2009 (35 alumnos)

Los Directores, Personal Docente y Alumnos quedaron muy satisfechos de los cursos impartidos felicitando a la disertante por su capacidad, realismo y aporte cultural en cada uno de los temas que versaron sus cursos.

Y para los usos legales que a la Licenciada Vásquez Palacios, interesen, le extiende la presente constancia, en el Municipio de San Lucas del Departamento de Sacatepéquez, el treinta de octubre del año dos mil nueve.




Licda. Brenda Lorena Cabrera S.
DIRECTORA TECNICA



"Educar Con Excelencia"

AMERICAN VALLEY SCHOOL

La Infrascrita Directora Técnica del Colegio Valle Americano

HACE CONSTAR:

Que la Licenciada AMPARO JUDITH VASQUEZ PALACIOS, impartió dos cursos de Psicología a los alumnos de Básicos y Diversificado, de este Colegio, cuyos temas y fecha fueron los siguientes:

- 1) Violencia Intrafamiliar: Octubre 19 - 2009 (35 alumnos)
- 2) Maltrato Infantil: Octubre 22 - 2009 (35 alumnos)

Los Directores, Personal Docente y Alumnos quedaron muy satisfechos de los cursos impartidos felicitando a la disertante por su capacidad, realismo y aporte cultural en cada uno de los temas que versaron sus cursos.

Y para los usos legales que a la Licenciada Vásquez Palacios, interesen, le extiende la presente constancia, en el Municipio de San Lucas del Departamento de Sacatepéquez, el treinta de octubre del año dos mil nueve.




Licda. Brenda Lorena Cabrera S.
DIRECTORA TECNICA

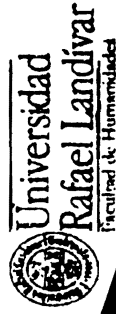


LA FACULTAD DE
HUMANIDADES A TRAVÉS DEL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Otorga el presente diploma a:

Amparo J. Vázquez Palacios

Por su participación en el
**Primer Encuentro de Psicología
Educativa**



M.A. Hilda de Mazariegos
Decana

Licda. Gloria Samayoa
Coordinadora Académica

Licda. Irma Zamora
Coordinadora del Primer Encuentro de
Psicología Educativa

Guatemala, 25 de Agosto de 2009

Anexo 2

Instrumento utilizado durante la Práctica Profesional Dirigida para informe de evaluación de los pacientes

Instrumento utilizado para evaluación.

1. Datos generales

Nombre:

Edad:

Estado civil:

Nº de hijos

Domicilio

Religión

2. Motivo de la consulta

Problemas biliares

Problemas gastrointestinales

Problemas endocrinológicos

Otros

Antecedentes familiares

3. Persona que le acompaña

Padres

Conyugue

Hijos

Amigo (a)

Otros

4. Antecedentes de la enfermedad

Tiempo de padecerla años _____ meses _____

Dolor que le provoca: leve _____ moderado _____ intenso ___X_____

5. Síntomas físicos

Nauseas:

Mareos

Diarrea

Estreñimiento

Reflujo gástrico

Dolor de cabeza

Pérdida de apetito

Insomnio

Otros

6. Síntomas psicológicos

Angustia

Estrés

Temor

Ansiedad

Depresión

Miedo

7- Principales temores

Muerte

Abandonar a los hijos

Temor al procedimiento quirúrgico

Falta de cuidados post operatorios

Otro.

8. Principales necesidades del paciente

Apoyo familiar

Apoyo económico

Deshago emocional

Apoyo espiritual

Orientación:

9. Observaciones

Anexo 3

Fotografías de las diferentes actividades realizadas durante la Práctica Profesional Dirigida.



Vista del área del Hospital de Día Roosevelt

y

Personal de enfermería del Hospital de Día Roosevelt





Personal de enfermería encargado de los pacientes para ingresar a cirugía



Personal dando asistencia a paciente post operado



Realización del Drama en el proyecto de salud mental



Participación de los niños en el proyecto de salud mental



Planificación de publicidad en el área de trabajo



Preparación para realizar el drama en el proyecto de salud mental.