

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



**Problemas emocionales que repercuten
en el rendimiento escolar de los niños remitidos a la
Liga de Higiene Mental de Guatemala**
(Informe Práctica Profesional Dirigida)

Nidia Iveth Ajin Muñoz

Guatemala, abril del 2,011

**Problemas emocionales que repercuten
en el rendimiento escolar de los niños remitidos a la
Liga de Higiene Mental de Guatemala**
(Informe Práctica Profesional Dirigida)

Nidia Iveth Ajin Muñoz

Guatemala, abril del 2,011



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: **Nidia Iveth Ajin Muñoz** estudiante de la carrera de
Licenciatura en Psicología y Consejería Social, de esta
Facultad solicita autorización para la realización de la
Práctica Profesional Dirigida para completar requisitos
de graduación.

Dictamen No. 002 10/2010

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

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **"Problemas emocionales que repercuten en el rendimiento escolar de los niños remitidos a la Liga Guatemalteca de Higiene Mental del departamento de Chimaltenango."** Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante **Nidia Iveth Ajin Muñoz** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.


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



C.C. Archivo

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

**En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Liga Guatemalteca de
Higiene Mental presentado por la estudiante**

Nidia Iveth Ajin Muñoz

*quien se identifica con número de carné 0601225 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 tres días del mes de enero del año dos mil once.-----

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Supervisada con la temática: **Problemas emocionales que repercuten en el rendimiento escolar de los niños remitidos a la Liga de Higiene Mental de Guatemala**. Presentado por la estudiante **Nidia Iveth Ajin Muñoz**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Jacqueline Girón
Revisor (a)

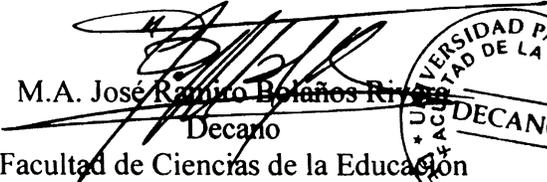


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Problemas emocionales que repercuten en el rendimiento escolar de los niños remitidos a la Liga de Higiene Mental de Guatemala**. Presentado por la estudiante **Nidia Iveth Ajin Muñoz**, 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

Dictamen	
Carta de aceptación	
Resumen	
Introducción	
Capítulo 1	
1. Introducción	01
1.1 Descripción de la institución	01
1.2 Misión	02
1.3 Visión	02
1.4 Organigrama Liga Guatemalteca de Higiene Mental	03
1.5 Objetivos	03
1.6 Población que atiende	04
1.7 Descripción de la población que atiende	04
1.8 Planteamiento del problema	04
Capítulo 2	
Referente teórico	
Introducción	05
2.1. Principales problemas emocionales que repercuten en el rendimiento escolar de los niños	05
2.2. Psicopatología	22
2.3. Métodos de diagnóstico	43
2.4. La psicoterapia	69
Conclusiones	98
Capítulo 3	
Referente metodológico	
Introducción	99
3.1 Programa de práctica supervisada	99
3.2 Cronograma de práctica dirigida	102
3.3. Planificación de actividades generales	105

3.4. Cronogramas de capacitación	108
Capítulo 4	
Presentación de resultados	
Introducción	112
4.1 Programa de atención de casos	112
4.2 Programa de Capacitación	127
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	136
4.4. Presentación de resultados	142
Anexos	149
Conclusiones	156
Recomendaciones	157
Referencias	158

Resumen

El presente informe contiene información teórica y práctica que se utilizó durante el proceso de la realización de la Práctica Profesional Dirigida V, siendo un requisito para el egreso de la carrera de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, la cual se dividió en tres etapas.

La primera etapa el estudiante adquirió información sobre los contenidos para la realización de la Práctica Profesional Dirigida. Así mismo se elaboraron los documentos de solicitud para los distintos centros de práctica. En la misma el estudiante da inicio a la investigación y recopilación de datos del centro de práctica y dar inicio al marco referencial.

La segunda etapa consta de una supervisión de las primeras actividades, dándoles inicio a las distintas historias clínicas de los pacientes que se atienden en el centro de práctica. En dicha etapa se aplican las técnicas de investigación clínica en psicodiagnóstico, se realizaron capacitaciones y talleres a grupos de estudiantes y padres de familia en el centro de práctica y fuera del mismo.

La tercera se elaboró y ejecutó el proyecto de salud mental en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango, siendo beneficiadas las comunidades rurales de Chipatá, la Vega, y Parajvey, comunidades afectadas por la tormenta Agatha. En esta etapa se culmina y se realiza el análisis de los resultados y logros que se obtuvieron durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida.

En la parte final del presente se encuentra los resultados que se obtuvieron durante la realización del trabajo de campo.

Introducción

El presente instrumento escrito, es la recopilación de las vivencias teóricas y prácticas surgidas en el quinto y último año de la carrera de Psicología.

En el mismo se puede encontrar los datos físicos y descriptivos del centro que proporciono la oportunidad de practicar los conocimientos teóricos adquiridos durante la formación de cada uno de los estudiantes, así mismo se localizan los diversos temas que fortalecieron nuestros conocimientos, los cuales fueron investigados, analizados, discutidos y por ende llevados a la práctica al momento de dar solución a los casos que se trataron en particular, brindando en forma efectiva las soluciones y tratamiento respectivo.

Considerando que la carrera es de sentido humanista y solidario, el presente trabajo detalla lo sucedido en una jornada social llevada a comunidades afectadas a nivel económico, social y emocional después de ocurrido un desastre natural.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En este capítulo se encuentra una descripción del lugar que sirvió de práctica durante el 5°. año de la carrera de Psicología y Consejería Social, se da a conocer detalladamente la organización y funcionamiento de dicho lugar. Estos datos son de importancia para ubicarse en el lugar donde se atendió a la población necesitada de orientación psicológica.

1.1. Descripción de la población

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental esta ubicada en el Parcelamiento “La Alameda” Chimaltenango, consta de un salón que es utilizado para distintas actividades entre las que se pueden mencionar talleres, celebración de fechas especiales, terapias, entre otras, también tiene una pequeña sala de terapias. Cuenta también con una cabina pequeña que es utilizada para grabar programas de radio, así como una pequeña bodega y una casa pequeña que es utilizada para que vivan los guardianes del lugar. Las construcciones anteriores están elaboradas de block, lámina y duralita, a excepción de la pequeña sala de terapias que es de terraza. Posee un área verde, un campo de fútbol y un área de juegos infantiles, la institución tiene aproximadamente 1,118.00 metros cuadrados.

Cuenta con los servicios sanitarios para el uso de las personas que estén dentro de la institución, cuenta con equipo de audio visual y muebles adecuados que está a la disposición del personal y de los practicantes de la institución.

1.2. Misión

“Nosotros quienes reconocemos que la salud mental es un principio de convivencia y armonía con todos los que nos rodean y esta constituye a vivir en ambiente sano con nosotros, nuestra familia y con la sociedad guatemalteca”

“Ese compromiso nos llama a atender, promover y fortalecer la salud mental en las y los guatemaltecos, principalmente en el área de educación, capacitación a diferentes sectores de la población para que desarrollen actitudes que los conviertan en agentes de cambio para una sociedad libre de violencia”

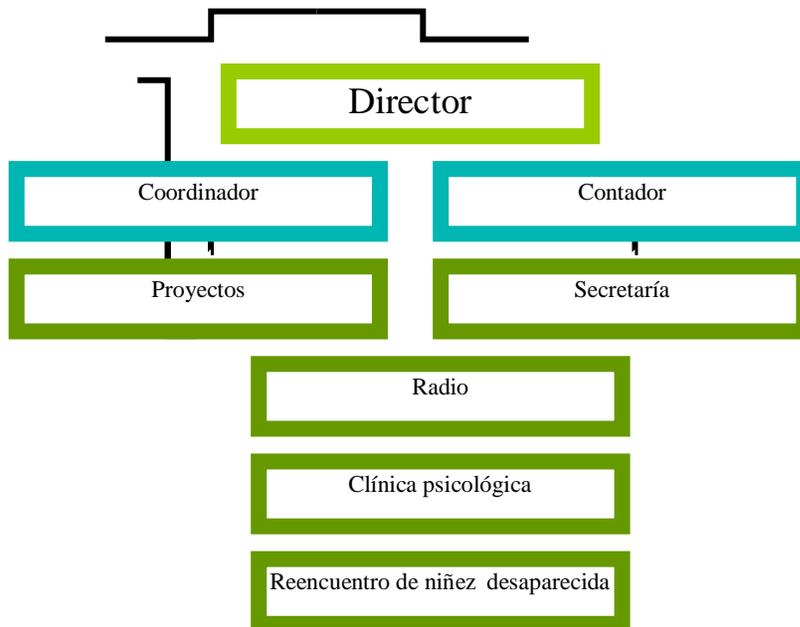
1.3. Visión

“Al iniciar el tercer milenio, la Liga Guatemalteca de Higiene Mental seguirá cumpliendo su misión, con atención psicológica y capacitación a los y las guatemaltecos, con enfoque a la salud mental contribuyendo de esta manera con la sociedad guatemalteca.”

- Daremos atención psicológica a todas las personas que soliciten ayuda.
- Promoveremos la salud mental en la y los guatemaltecos.
- Capacitaremos a niños, jóvenes y adultos de ambos sexos.
- Fomentaremos y fortaleceremos la salud mental en la población.

“Nuestra misión esta basada en la creencia que la salud mental brinda a cada persona la oportunidad de convivir con armonía consigo mismo y con los demás”

1.4. Organigrama Liga Guatemalteca de Higiene Mental



1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivos Generales:

- Apoyar a la población Chimalteca en el tema de Salud Mental.
- Contribuir en orientación y capacitación a las instituciones con talleres y charlas a personas de todas las edades y de ambos sexos
- Contribuir en la formación profesional de estudiantes del Nivel Superior con el espacio para la realización de práctica profesional.

1.5.2. Objetivos Específicos:

- Brindar atención psicológica en forma gratuita a personas de escasos recursos.
- Impartir talleres y charlas sobre salud mental.
- Fomentar la salud mental por medio de actividades de convivencia entre la población.
- Fomentar el deporte como una distracción sana.
- Fomentar la libre expresión del pensamiento con niños de ambos sexos.
- Contribuir para la creación de una armonía consigo mismo y con los demás.

1.6. Población que atiende

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental atiende a la población de niños, jóvenes y adultos de ambos sexos, generalmente de economía media, en Chimaltenango no tiene ningún costo la ayuda que presta.

1.6.1. Descripción de la población que atiende

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental atiende a niños, adolescentes, adultos de ambos sexos, los cuales son de condición social media, dicha población procede de los distintos lugares del departamento de Chimaltenango, no importando su nivel socio-económico.

Dicha institución también brinda talleres a diferentes instituciones del departamento de Chimaltenango, la Liga tiene distintos proyectos a nivel Nacional, en los cuales se brinda todo tipo de capacitaciones a las personas que requieran de ese servicio.

1.7. Planteamiento del problema

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental en el Departamento de Chimaltenango atiende los casos que refieren las distintas instituciones del departamento, siendo el mayor problema que se presenta la violencia intrafamiliar en ambos sexos, lo que trae como consecuencia que la salud mental de las personas se vean afectadas; en el caso de niños y adolescentes una de las consecuencias más notables es el bajo rendimiento escolar. Debido a este problema se hace necesaria la atención psicológica a adultos, niños y adolescentes por parte de los estudiantes de la Universidad Panamericana.

Capítulo 2

Referente teórico

2. Introducción

En el presente capítulo se localizan los temas investigados, que constituyeron la formación teórica dentro y fuera del salón, sirviendo de base para la evaluación, desarrollo de la parte práctica.

Dentro de los temas mencionados los que se consideran son los problemas emocionales, cuyo eje radica en los miembros de la familia, así como su rendimiento en todas sus actividades. Luego de las evaluaciones correspondientes se determinó que existe un alto porcentaje de población que posee problemas emocionales, siendo los más afectados los niños.

Es importante dominar la parte teórica, conociendo conceptos, características y teorías, que se aplican a la resolución de casos reales en la parte práctica.

2.1. Principales problemas emocionales que repercuten en el rendimiento escolar de los niños.

Los problemas emocionales se definen como "una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un largo período de tiempo y hasta cierto grado, lo cual afecta desfavorablemente el rendimiento educacional del niño" (Código de Regulaciones Federales, Título 34, Sección 300.7). Dentro de los problemas emocionales podemos encontrar:

- a) Una incapacidad de aprender, que no puede explicarse mediante factores intelectuales, sensoriales, o de la salud

- b) Una incapacidad de formar o mantener relaciones interpersonales con los compañeros y profesores
- c) Comportamiento o sentimientos inapropiados, bajo circunstancias normales
- d) Un estado general de descontento o depresión
- e) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con los problemas personales o colegiales

2.1.1. Características

Las causas de los problemas emocionales no han sido adecuadamente determinadas. Aunque algunas causas pueden incluir factores tales como la herencia, desórdenes mentales, dieta, presiones y el funcionamiento familiar, ningún estudio ha podido demostrar que alguno de estos factores sea la causa directa de los problemas emocionales o del comportamiento. Algunas de las características y comportamientos típicos de los niños con problemas emocionales incluyen:

1. La hiperactividad (la falta de atención, impulsividad)
2. Agresiones/un comportamiento que puede resultar en heridas propias
3. Retraimiento (falta de iniciar intercambios con los demás; el retiro de los intercambios sociales; temores o ansiedades excesivas)
4. Inmadurez (el niño llora en ocasiones inapropiadas; temperamento; habilidad inadecuada de adaptación)
5. Dificultades en el aprendizaje (rendimiento académico por debajo del nivel correspondiente al grado)

Los niños con los problemas emocionales más serios pueden exhibir un pensamiento distorsionado, ansiedad, actos motrices raros, y un temperamento demasiado variable. A veces son identificados como niños con una psicosis severa o esquizofrenia.

Muchos niños que no tienen un problema emocional pueden experimentar algunos de estos comportamientos durante diferentes etapas de su desarrollo. Sin embargo, cuando los niños tienen problemas emocionales, este tipo de comportamiento continúa a través de largos períodos

de tiempo. Su comportamiento nos indica que no están bien dentro de su ambiente o entre sus compañeros.

2.1.2. Causas

Para poder detectar las razones por las cuales se presenta el fenómeno del bajo rendimiento escolar, es importante anotar las causas notorias que se detallan:

1. Causas Físicas y sensoriales: La edad parece ser crítica alrededor de los 13 años. Es a esta edad cuando los niños mejor dotados obtienen los resultados más bajos.
2. Sexuales: Comparadas con los niños mejor dotados, las mujeres parecen mostrar un mejor rendimiento.
3. Salud: La salud tiene una influencia negativa en el rendimiento escolar.

Es importante tomar en cuenta los aspectos tales como:

a) Observar los síntomas de enfermedad

b) Ajustar la enseñanza a los niños con menor vitalidad

4. Temperamento: Estos son algunos de los elementos influyentes al respecto:

a) Estabilidad e inestabilidad emocional

b) Ánimo o depresión

c) La fluidez; hay caracteres más fluidos y otros más dispuestos al bloqueo

d) La capacidad de concentración, de atención, la voluntad

e) La velocidad psíquica

f) La seguridad personal

5. Integridad sensorial: la percepción es un elemento básico en todo el proceso cognoscitivo.

6. Intelectuales y neurológicas: Se ha considerado a la inteligencia el factor más importante de los que influyen en los escolares. Existe pues, una correlación entre inteligencia y rendimiento. Pero existen otros factores de rendimiento intelectual como la atención que permite la concentración de fuerzas y la memoria, que es un instrumento de primera importancia para el aprendizaje.

7. Afectivas y emocionales

a) La perseverancia en una tarea determinada

b) La pasión, que puede ser motivadora o por el contrario, generar una sobreexcitación contraproducente

c) El nivel de aspiración, porque la predisposición al rendimiento puede estar determinada por la autoestima y la confianza en sí mismo.

d) La voluntad

8. Ambientales: Dentro de las causas ajenas al individuo, se incluye el método, la desproporción de los deberes impuestos fuera del horario escolar, la sobrecarga de trabajo, etc.

2.1.3. Consecuencias

Dentro de las consecuencias que repercuten en los niños de bajo rendimiento escolar encontramos los siguientes:

1. Repitencia de grado: La repitencia tiene altas secuelas emocionales y educativas para el afectado y no es recomendable cuando existen las alternativas didácticas, evaluativas o la disposición de los docentes para atender el problema. Las secuelas psicológicas de la repitencia son:

a) Disminución de la autoestima académica y ética

b) Sentimiento de rechazo al colegio

- c) Sentimiento de minusvalía frente a sus compañeros
- d) Asociar el aprendizaje con la angustia
- e) Falta de confianza en sus capacidades de superar las dificultades
- f) Actitud pesimista frente al colegio
- g) Desvalorización de los profesores
- h) Pérdida de vínculos significativos
- i) Miedo al fracaso
- j) Expectativas negativas del futuro
- k) Alteración de la relación con su grupo
- l) Alteración del sueño y del apetito

2.1.4. Tipos de problemas

2.1.4.1. Problemas de violencia intrafamiliar en los niños

Los niños y niñas han sido llamados “*las víctimas olvidadas*” de la violencia intrafamiliar e históricamente quienes tienen responsabilidades legales o programáticas de prevención, protección y atención del maltrato infantil, han visto separadamente el abuso de las mujeres del abuso de sus hijos o hijas.

Una mujer que sufre violencia y que por tanto ve afectada su salud y estado físico, mental y emocional tendrá mayor dificultad para dar a sus hijos e hijas la atención, el afecto y los cuidados apropiados. Haber presenciado violencia deja a los niños muy asustados, angustiados y ansiosos con respecto de su propia seguridad, la de sus hermanos y su madre. Alrededor del 60% de niños que viven con madres agredidas, son o serán directamente abusados por el agresor de sus madres.

Problemas que presentan los niños que viven violencia intrafamiliar:

- Los niños que viven situación de violencia intrafamiliar también desarrollan estrategias de alivio. No asistir al colegio es una de las más recurrentes. Esto siempre significa exponerse a otros riesgos.

- El consumo de alcohol y drogas, participación en riñas callejeras y conductas autodestructivas también son estrategias de alivio.
- Estudios evidencian que los niños y niñas que fueron maltratados tienen más posibilidades de padecer trastornos psiquiátricos en la edad adulta, así como de reproducir conductas violentas y/o ser víctimas de ellas.

Los niños maltratados se presentan ciertas características que los muestran como personas sensibles, retraídas, miedosas y propensas a presentar problemas emocionales. También presentan síntomas relacionados con depresión (tristeza y pérdida del interés por realizar cualquier tipo de actividades). Son cautelosos, inseguros, ansiosos y dependientes. Además, señala que presentan baja autoestima y manifiestan una actitud negativa hacia la violencia; pueden también ser irritables, agitados y hostiles. Este investigador planteó que el comportamiento hostil de las víctimas provocadoras se podría considerar como la causa por la que son victimizadas. Señala que las víctimas provocadoras suelen ser fuertes y pueden sentirse fácilmente provocadas por los adultos o compañeros de clase. Su comportamiento está dominado por un estado de la cólera intensa, se implican en intercambios emocionalmente fuertes con sus iguales y de forma consistente, resultan perdedores en esos conflictos dando muestras de cólera.

2.1.4.1.1. Consecuencia de la violencia intrafamiliar en los niños

Las alteraciones detectadas en los niños/as afectan a diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social.

1. Problemas físicos:
 - a) Retraso en el crecimiento
 - b) Dificultad o problemas en el sueño y en la alimentación
 - c) Regresiones
 - d) Menos habilidades motoras
 - e) Síntomas psicósomáticos (eczemas, asma...)
 - f) Inapetencia, anorexia

2. Problemas emocionales:
 - a) Ansiedad
 - b) Ira
 - c) Depresión
 - d) Aislamiento
 - e) Baja autoestima
 - f) Estrés post-traumático

3. Problemas cognitivos:
 - a) Retraso en el lenguaje
 - b) Retraso del desarrollo
 - c) Retraso escolar (rendimiento)

4. Problemas de conducta:
 - a) Agresión
 - b) Crueldad con animales
 - c) Rabietas
 - d) Desinhibiciones
 - e) Inmadurez
 - f) Novillos
 - g) Delincuencia
 - h) Déficit de atención-hiperactividad
 - i) Toxodependencias

5. Problemas sociales:
 - a) Escasas habilidades sociales
 - b) Introspección o retraimiento
 - c) Rechazo
 - d) Falta de empatía/Agresividad/Conducta desafiante

2.1.4.2. Problemas de autoestima

En Psicología, la autoestima, también denominada amor propio o auto apreciación, es la percepción emocional profunda que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor hacia uno mismo. El término suele confundirse con el narcisismo o el coloquial ego (egocentrismo), que referencia en realidad una actitud ostensible que demuestra un individuo acerca de sí mismo ante los demás, y no la verdadera actitud u opinión emocional que este tiene de sí. Es un aspecto básico de la inteligencia emocional.

La percepción emocional puede fácilmente llegar a sobrepasar en sus causas a la racionalización y la lógica del individuo. Por ello, tener una buena autoestima implica ser conscientes de las virtudes y defectos propios (autoconcepto) así como de lo que los demás realmente dicen de uno (heteroconcepto) y sienten hacia uno (heteroestima), aceptando todo ello en su justa medida, sin amplificarlo ni reducirlo, sabiendo y afirmando que en cualquier caso uno es valioso y digno. Implica, por lo tanto, el respeto hacia uno mismo y consecuentemente hacia los demás. La autoestima es el requisito indispensable para las relaciones interpersonales y humanas sanas. El amarse así mismo permite que puedas amar y respetar a los demás.

Está relacionada con otras variables psicológicas como son el (*locus de control*) que quiere decir percepción de una persona de lo que determina el rumbo de su vida. La expectativa de autoeficacia, de forma que un locus de control interno implica, generalmente, una alta autoestima, y viceversa; así como una alta expectativa de autoeficacia para ciertos comportamientos y situaciones suele estar asociada también a una alta autoestima, y viceversa.

2.1.4.2.1. ¿Cómo se forma la autoestima?

El concepto de uno mismo va desarrollándose poco a poco a lo largo de la vida, cada etapa aporta en mayor o menor grado, experiencias y sentimientos, que darán como resultado una sensación general de valía e incapacidad. En la infancia descubrimos que somos niños o niñas, que tenemos manos, piernas, cabeza y otras partes de nuestro cuerpo. También descubrimos que somos seres distintos de los demás y que hay personas que nos aceptan y personas que nos rechazan. A partir

de esas experiencias tempranas de aceptación y rechazo de los demás es cuando comenzamos a generar una idea sobre lo que valemos y por lo que valemos o dejamos de valer. El niño gordito desde pequeño puede ser de mayor un adulto feliz o un adulto infeliz, la dicha final tiene mucho que ver con la actitud que demostraron los demás hacia su exceso de peso desde la infancia.

Durante la adolescencia, una de las fases más críticas en el desarrollo de la autoestima, el joven necesita forjarse una identidad firme y conocer a fondo sus posibilidades como individuo; también precisa apoyo social por parte de otros cuyos valores coincidan con los propios, así como hacerse valioso para avanzar con confianza hacia el futuro. Es la época en la que el muchacho pasa de la dependencia de las personas a las que ama (la familia) a la independencia, a confiar en sus propios recursos. Si durante la infancia ha desarrollado una fuerte autoestima, le será relativamente fácil superar la crisis y alcanzar la madurez. Si se siente poco valioso corre el peligro de buscar la seguridad que le falta por caminos aparentemente fáciles y gratificantes, pero a la larga destructivos como la drogadicción.

La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar). Las personas con baja autoestima tienen una visión muy distorsionada de lo que son realmente; al mismo tiempo, estas personas mantienen unas exigencias extraordinariamente perfeccionistas sobre lo que deberían ser o lograr. La persona con baja autoestima mantiene un diálogo consigo misma que incluye pensamientos como:

- a) Sobregeneralización: A partir de un hecho aislado se crea una regla universal, general, para cualquier situación y momento: He fracasado una vez (en algo concreto); ¡Siempre fracasaré! (se interioriza como que fracasaré en todo).
- b) Designación global: Se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo, en vez de describir el error concretando el momento temporal en que sucedió: ¡Que torpe (soy)!.
- c) Pensamiento polarizado: Pensamiento de todo o nada. Se llevan las cosas a sus extremos. Se tienen categorías absolutas. Es blanco o negro. Estás conmigo o contra mí. Lo hago bien o mal. No se aceptan ni se saben dar valoraciones relativas. O es perfecto o no vale.

- d) Autoacusación: Uno se encuentra culpable de todo. Tengo yo la culpa, ¡Tendría que haberme dado cuenta!
- e) Personalización: Suponemos que todo tiene que ver con nosotros y nos comparamos negativamente con todos los demás. ¡Tiene mala cara, qué le habré hecho!
- f) Lectura del pensamiento: supones que no le interesas a los demás, que no les gustas, crees que piensan mal de ti...sin evidencia real de ello. Son suposiciones que se fundamentan en cosas peregrinas y no comprobables.
- g) Falacias de control: Sientes que tienes una responsabilidad total con todo y con todos, o bien sientes que no tienes control sobre nada, que se es una víctima desamparada.
- h) Razonamiento emocional: Si lo siento así es verdad. Nos sentimos solos, sin amigos y creemos que este sentimiento refleja la realidad sin parar a contrastarlo con otros momentos y experiencias. "Si es que soy un inútil de verdad"; porque "siente" que es así realmente.

2.1.4.2.2. Tipos de autoestima

La autoestima debe considerarse como un sentido o mecanismo natural y necesario para la autopreservación y defensa del propio organismo y de la conciencia que lo habita. Existen 3 tipos diferentes de autoestima:

- a) Autoestima positiva: No es competitiva ni comparativa. Esta constituida por dos importantes sentimientos: la capacidad (de que se es capaz) y el valor (de que se tiene cualidades). Esta actitud deriva en la confianza, el respeto y el aprecio que una persona pueda tener de si misma.
- b) Autoestima relativa: oscila entre sentirse apta o no, valiosa o no, que acepto o no como persona. Tales incoherencias se pueden encontrar en personas, que a veces se sobrevaloran, revelando una autoestima confusa.
- c) Autoestima baja: es un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de inseguridad, de dudas con respecto a uno mismo, también de culpa, por miedo a vivir con plenitud. Existe la

sensación que todo no alcance, y es muy común que haya poco aprovechamiento de los estudios o del trabajo. Puede ir acompañado de inmadurez afectiva.

2.1.4.2.3. Elementos de la autoestima

Conocer cada uno de los elementos de la autoestima permitirá, sin duda, entender mejor su desarrollo y reconocer la importancia de ella en nuestra vida cotidiana.

Puesto que la autoestima, afecta a todo el comportamiento humano y recibe influencias determinantes desde la infancia hasta el último momento de la vida; es indispensable identificar sus elementos, para así, elaborar estrategia que nos lleven a fortalecerla y mantenerla en estado elevado.

- a) **Autorrespeto:** Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Tiempo para atenderse, cuidarse, protegerse y darse a sí mismo.
- b) **Autoaceptación:** Es admitir y reconocer todas las partes de nosotros mismos como una realidad, un hecho, reconocer nuestra forma de ser y sentir. Al aceptarse tal como es, la persona puede transformar lo que es transformable.
- c) **Autoevaluación:** Refleja la capacidad interna de calificar las situaciones: si el individuo las considera "buenas" , le hacen sentir bien y le permiten crecer y aprender, por el contrario si las percibe como "malas", entonces no le satisfacen, carecen de interés y le hacen sentirse devaluado, mal, incompetente para la vida, no apto para una comunicación eficaz y productiva.
- d) **Autoconcepto:** Es una serie de creencias y valores acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto, si cree que es inteligente o apto, actuará como tal, y así se relacionará.
- e) **Autoconocimiento:** Es conocer las partes que componen el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades, habilidades y debilidades; los papeles que vive el individuo

y a través de los cuales es. En otras palabras, autoconocimiento es: Conocer por qué y cómo actúa y siente el individuo. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes no funciona de manera eficiente, las otras se verán modificadas y su personalidad será insegura, con sentimientos de ineficiencia y desvaloración

2.1.4.2.4. Como afecta a los niños una baja autoestima

Una baja autoestima puede desarrollar en los niños sentimientos como la angustia, el dolor, la indecisión, el desánimo, la pereza, la vergüenza, y otros malestares. En razón de eso, el mantenimiento de una autoestima positiva es una tarea fundamental a lo largo del crecimiento de los niños.

Dentro de cada uno de nosotros existen sentimientos ocultos que muchas veces no los percibimos. Los malos sentimientos, como el dolor, la tristeza, el rencor, y otros, si no son remediados, acaban por convertirse y ganar formas distintas. Estos sentimientos pueden llevar a una persona no solo a sufrir depresiones continuas, como también a tener complejo de culpabilidad, cambios repentinos del humor, crisis de ansiedad, de pánico, reacciones inexplicables, indecisiones, excesiva envidia, miedos, hipersensibilidad, pesimismo, impotencia, y otros malestares.

2.1.4.3. Problemas de conducta en los niños

Los problemas de conducta en niños hacen referencia al comportamiento de una persona, no habitual y mal visto por la sociedad. Son observables, medibles y modificables.

Generalmente cuando se refieren a los niños con problemas de conducta, las características principales que se observan son: agresividad, impulsividad, ansiedad, indiferencia.

Es en la escuela donde empiezan a escucharse las quejas acerca de la conducta del niño, ya que es en la misma donde pasa la mayor parte del día y donde salen a la luz este tipo de conductas.; pero

lo que pasa en la escuela suele ser una muestra de un problema que se viene acarreado con anterioridad.

Si este tipo de conductas no fueron tratadas y trabajadas previamente, al ingresar a la escuela, donde existen nuevas exigencias y normas, difícilmente podrá responder a las mismas. Por lo que se puede obtener será una mala predisposición hacia el aprendizaje.

Entre los principales problemas de conducta en los niños están:

a) Agresividad

La agresividad es un trastorno que, en exceso, y si no se trata en la infancia, probablemente originará problemas en el futuro, cómo el fracaso escolar, la falta de socialización, dificultad de adaptación, etc.

Cuando se habla de agresividad, se está hablando de hacer daño, físico o psíquico, a una otra persona. De una acción intencionada manifestada a través de patadas, arañazos, gritos, empujones, palabrotas, mordidas, corrida del pelo, etc., a otra persona.

Este comportamiento es relativamente común y a menudo aparece cuando el niño cumple un año. Cuando el bebé nace, trae impulsos amorosos y agresivos que, con el tiempo y con el cuidado de los padres, empezará a construir vínculos afectivos y a desarrollar sus relaciones personales. Esta es una fase muy importante. Su personalidad será construida a partir de su conocimiento del mundo a su alrededor. Para eso, es necesario que el bebé se sienta protegido y cuidado en su entorno familiar.

Los factores orgánicos tipo hormonal, mecanismos cerebrales, estados de mala nutrición, problemas de salud, también influyen en el comportamiento agresivo. Y dentro del factor social, el niño que no tiene estrategias verbales para afrontar las situaciones difíciles, será fácilmente conducido a la agresión.

b) Impulsividad

Los impulsos son característicos de personas poco reflexivas que actúan sin pensar y sin medir las consecuencias de sus actos o palabras. Aunque es normal que los niños pequeños actúen por impulsos, los padres deben corregir este comportamiento para evitar que en un futuro sean adultos impulsivos.

Los impulsos son una reacción inmediata y descontrolada ante un determinado acto o hecho. Se realizan sin reflexionar y sin tener en cuenta las consecuencias que pueden tener.

Algunas personas poseen una gran incapacidad para controlar los impulsos, deseos o tentaciones, fracasan ante el intento de dejar de hacer algo que desean hacer, a pesar de saber que no deben hacerlo o que resulta dañino para sí mismo o para los demás. Son personas que sufren el "*trastorno del control de los impulsos*", como es el caso de los adictos al alcohol, juego, drogas, pirómanos.

En el momento en que realizan el acto, estas personas sienten gran placer o satisfacción, sin embargo, después se arrepienten y se sienten culpables y entristecidas. Desean controlar sus impulsos, pero no saben cómo hacerlo. Necesitan ayuda de profesionales para solucionar su problema.

c) Ansiedad

El trastorno de ansiedad en los niños es muy difícil diagnosticarlo ya que puede combinarse con otras condiciones, al mismo tiempo. Por lo general acompaña el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los niños con trastornos de ansiedad suelen experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos períodos de tiempo y afectar significativamente sus vidas. Si no se trata con prontitud, los trastornos de ansiedad pueden derivar en:

- a) Repetidas ausencias a clase o una incapacidad para terminar el período de escolaridad.
- b) Deterioro en las relaciones con iguales.

- c) Baja autoestima.
- d) Abuso de alcohol u otro tipo de drogas.
- e) Problemas de ajuste en situaciones laborales.
- f) Trastornos de ansiedad en edad adulta.

2.1.4.3.1. Acoso escolar

Es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. Estadísticamente, el tipo de violencia dominante es el emocional y se da mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares. Los protagonistas de los casos de acoso escolar suelen ser niños y niñas en proceso de entrada en la adolescencia (12-13 años), siendo ligeramente mayor el porcentaje de niñas en el perfil de víctimas. El acoso escolar es una forma característica y extrema de violencia escolar.

Este tipo de violencia escolar se caracteriza, por tanto, por una reiteración encaminada a conseguir la intimidación de la víctima, implicando un abuso de poder en tanto que es ejercida por un agresor más fuerte (ya sea esta fortaleza real o percibida subjetivamente) que aquella. El sujeto maltratado queda, así, expuesto física y emocionalmente ante el sujeto maltratador, generándose como consecuencia una serie de secuelas psicológicas (aunque estas no formen parte del diagnóstico); es común que el acosado viva aterrorizado con la idea de asistir a la escuela y que se muestre muy nervioso, triste y solitario en su vida cotidiana. En algunos casos, la dureza de la situación puede acarrear pensamientos sobre el suicidio e incluso su materialización, consecuencias propias del hostigamiento hacia las personas sin limitación de edad.

2.1.4.3.2. Problemas de rendimiento escolar

Se puede considerar que un niño tiene problemas de rendimiento escolar cuando no logra alcanzar el nivel académico promedio esperado para su edad y nivel pedagógico.

El factor que casi siempre se usa para considerar que se tiene problemas de rendimiento escolar son las calificaciones. Y es que cuando las calificaciones son siempre bajas los padres pueden no saber que hacer con el niño, si este no es diagnosticado oportunamente.

Cabe también mencionar que reprobado uno u otro examen tampoco significa que se tenga un problema de aprendizaje o de rendimiento escolar. Es más posible que un niño que se vea en necesidad de repetir un año completo presente problemas de rendimiento escolar asociado a algún problema de aprendizaje.

Son muchas las posibles causas de tener problemas de rendimiento escolar. Las más graves y que pueden necesitar atención inmediata son los problemas de aprendizaje y los problemas emocionales. Se pueden presentar problemas de tipo orgánico, como problemas de la vista, del oído, del habla, e incluso la obesidad.

Existen también los problemas de lenguaje y del habla, como la dislexia, la tartamudez, o incluso en casos graves, una completa falta de habla.

Algunos niños pueden presentar problemas intelectuales, es decir, su capacidad intelectual es inferior a la media, lo que hace que el aprendizaje sea una labor aun mas difícil, aunque paradójicamente también existe la posibilidad de que su capacidad intelectual sea superior a la media, es decir, que sea un niño superdotado, en cuyo caso también se presentará el problema de rendimiento escolar.

2.1.4.3.2.1. Factores familiares

El rendimiento escolar puede ser un interesante indicador del estado del núcleo familiar. Al ser la escuela la principal responsabilidad y compromiso del niño, es también la labor que le demanda aplicar sus habilidades y capacidades.

Si en la familia existen problemas de integración, de violencia, alcoholismo, drogadicción, algún proceso de divorcio o de nuevo matrimonio, abuso sexual, alguna muerte reciente o enfermedad grave, o cualquier otro factor que cause un estrés excesivo o incluso le cause algún problema

afectivo o emocional, casi seguramente se vera reflejado en problemas de rendimiento en la escuela.

Los padres son un factor decisivo en la forma en que el niño abordará la escuela. Es frecuente que los padres presionen al niño con una severidad excesiva, disciplina extrema, e incluso perfeccionismo. Estos factores causan que el niño se sienta presionado por cumplir expectativas demasiado altas, casi imposibles de alcanzar, que termine resultando en causar en el niño una fuerte inseguridad y frustración.

Y esto será rematado si las expectativas no se cumplen y la reacción de los padres es también excesiva, como casi siempre sucede.

Entre los problemas más frecuentes en el ambiente de la familia del niño estén otros factores aparte de la violencia intrafamiliar entre ellos tenemos:

a) Desintegración familiar: La desorganización familiar constituye una modalidad de desintegración, la cual es el rompimiento de la unidad o la quiebra en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consiente y obligatoria. Una desintegración familiar es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar y/o la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros.

b) Abuso sexual/incesto: El abuso sexual puede ser cometido por un desconocido, quien a través de la fuerza y/o terror, somete al niño al acto abusivo, generalmente en la forma de una violación. Sin embargo, las estadísticas muestran que en la mayoría de los casos el abusador suele ser una persona conocida por la familia, quien no sólo se ha ganado la confianza de los padres o cuidadores, sino del propio niño.

c) Situación económica baja: Estatus socioeconómico, a veces abreviado a SES, es una clasificación sociológica que indica la estrecha relación entre la riqueza relativa de alguien y esa persona la condición social. El estatus socioeconómico es uno de los indicadores clave a la hora de buscar una serie de problemas de la comunidad, incluyendo el desempeño escolar, la

delincuencia y la vivienda. Esto a menudo es determinado por el análisis de los ingresos familiares y bienes.

2.2. Psicopatología

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 tres sentidos:

1. Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales .
2. Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.
3. Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta (Psicología conductista) o cualquier otro proceso cognitivo, permite explicar los estados «no sanos» de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud. Por ejemplo, los procesos de aprendizaje relativos a la fobia son bien conocidos, encaje este cuadro clínico o no dentro de la categoría psiquiátrica de fobia.

2.2.1. Historia de la psicopatología

La historia de la patología se puede remontar al uso más temprano del método científico al campo de medicina, un desarrollo que ocurrió en Medio Oriente durante Edad de oro islámica y adentro Europa occidental durante Renacimiento italiano. El primer médico conocido para haber hecho

post mortem disecciones era Árabe médico Avenzoar (1091-1161). Rudolf Virchow (1821-1902) se reconoce generalmente para ser el padre de la patología microscópica. La mayoría de los patólogos tempranos también practicaban médicos o cirujanos.

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

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

Este modelo hipocrático-galénico dominaría buena parte de las reflexiones sobre la salud y la enfermedad de la Edad Media, época en la cual Alberto el Grande y Tomas de Aquino mantuvieron una posición marcadamente organicista acerca de los trastornos mentales (ya que el alma no podía estar enferma debido a su origen casi divino) Así la locura era una enfermedad somática, atribuida a un uso deficiente de la razón, o bien a pasiones que interferían con la razón o de un peculiar aparato físico en estado de intoxicación o sueño, etc.

2.2.2. Principales trastornos psicopatológicos

2.2.2.1. Trastornos del estado de ánimo

Trastornos del estado de ánimo es el término que reciben un grupo de trastornos definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, para los cuales se teorizan una serie de características subyacentes como causa de alteraciones en el estado de ánimo. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco, (estado de ánimo anormal y

persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

2.2.2.1.1. Clasificación del trastorno de depresión

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de trastornos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad). El síndrome depresivo es extraordinariamente heterogéneo en relación a sus causas (desde factores biológicos a factores psicológicos), su evolución (desde la remisión *ad integrum* hasta la cronicidad o el suicidio), o su intensidad (desde estados próximos a la normalidad o con repercusión casi exclusiva en la esfera subjetiva, hasta cuadros muy graves con incapacitación en todas las áreas de funcionamiento personal).

Por otra parte, hay que reconocer que los límites de la depresión son difusos, y la depresión puede ser conceptualizada alternativamente como síntoma, síndrome, enfermedad, o incluso, como una forma de reacción normal del ser humano ante acontecimientos de la vida. Esto hace que cuestiones como la definición, diagnóstico y clasificación de la depresión planteen serios problemas teóricos y prácticos (terapéuticos) aún no resueltos completamente. Estos problemas se reflejan en las principales denominaciones empleadas para definir estas condiciones. La palabra depresión es la más utilizada tanto en ambientes médicos como popularmente, sin embargo, es demasiado genérica e inespecífica y además implica que todas las depresiones son iguales, lo cual no es cierto; con el término plural de las depresiones se enfatiza su heterogeneidad clínica, el término de trastorno(s) depresivos(s) refleja que la condición es clínicamente relevante; y el término de enfermedad depresiva se emplea para aquellos casos más graves con síntomas endogenomorfos y de fundamento más biológico que clásicamente han constituido el núcleo de las definiciones de trastorno depresivo.

A. Depresión

La depresión es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo. Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Hay indicios que apuntan a que se trate, también, de un trastorno cerebral, y que la principal zona del cerebro responsable del mismo se halle en una diminuta región de la corteza prefrontal,

1. Historia de la depresión

Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía (del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis"), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra, de hecho, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la Controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como acaso una enfermedad más. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

2. Tipos de depresión

- a) La Depresión Severa (Trastorno Depresivo Mayor) se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, etc. Es decir, es un tipo de depresión incapacitante que altera la vida del paciente.
- b) La Distimia; También conocida como depresión crónica, afecta a un porcentaje pequeño de la población (entre un 3 y un 6%) y se caracteriza por la presentación de la mayoría de los síntomas que aparecen en la depresión mayor, aunque dichos síntomas suelen ser menos intensos en este caso y se prolongan más en el tiempo (como mínimo dos años). Los pacientes aquejados de distimia pueden llevar una vida normal

pero se sienten permanentemente deprimidos, tienen dificultad para disfrutar la vida y no muestran cambios aparentes en la conducta o comportamiento diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general, y un sentido de insatisfacción y desesperanza.

- c) Depresión Doble. Esta es una complicación de la distimia. Los síntomas empeoran con el paso del tiempo y los pacientes sufren un episodio de trastorno depresivo mayor escondido tras la depresión crónica. En este caso, la depresión es denominada depresión doble.
- d) Depresión Atípica.- Las personas con depresión atípica generalmente comen y duermen con exceso, tienen un sentido general de pesadez, y un sentimiento muy fuerte de rechazo.

3. Síntomas de la depresión

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

Los síntomas principales que la definen son:

- a) Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Un dato tremendo: el 15% de los deprimidos termina suicidándose.

- b) Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer
- c) Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.
- d) Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).
- e) Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- f) Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- g) Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.
- h) Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- i) Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

- j) Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.
- k) Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- l) Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

4. Trastorno bipolar

Trastorno bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología.

Por lo general tiene expresión por un desequilibrio electroquímico en los neurotransmisores cerebrales. Adicionalmente, debido a las características del trastorno bipolar, los individuos tienen más riesgo de mortalidad por accidentes y por causas naturales como las enfermedades cardiovasculares. A pesar de ser considerado un trastorno crónico y con una alta morbilidad y mortalidad, una atención integral que aborde todos los aspectos implicados: biológicos, psicológicos y sociales, puede conseguir la remisión total de las crisis, de ahí la gran importancia de que el diagnóstico del afectado sea correcto.

El elemento básico para el tratamiento del trastorno bipolar es la toma de conciencia del problema, su conocimiento por parte del afectado y sus allegados mediante una psicoeducación adecuada que les permita hacer frente a las crisis sin temores infundados y con las herramientas más válidas; así como prevenir las recaídas. La terapia farmacológica personalizada,

especialmente durante las fases de desequilibrio, es otra de las claves. Benzodiazepinas, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo son los fármacos más utilizados.

Los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda. En ocasiones pueden predominar los episodios maníacos o los depresivos. Algunos de estos trastornos se denominan 'de ciclado rápido' porque el estado de ánimo puede cambiar varias veces en un período muy breve de tiempo. Otras veces se presenta el llamado "estado mixto", en el que los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa. Cuando el trastorno afectivo bipolar se presenta en niños, generalmente aparece en su forma mixta.

i. Trastorno bipolar I

El trastorno bipolar tipo I se da en aquellos individuos que han experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión mayor. Para el diagnóstico de esta modalidad de acuerdo con el DSM-IV-TR son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

ii. Trastorno bipolar II

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por episodios de hipomanía así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaníacos no llegan a los extremos de la manía (es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos) y un historial con al menos un episodio de depresión mayor. El trastorno bipolar tipo II es mucho más difícil de diagnosticar, puesto que los episodios de hipomanía pueden aparecer simplemente como un periodo de éxito con alta productividad y suele relatarse esto con menos frecuencia que cuando se sufre una depresión. Puede darse psicosis en episodios de depresión mayor y en manía, pero no en hipomanía. Para ambos trastornos existe un cierto número de especificadores que indican la presentación y el curso del trastorno, entre otros el de "crónico", "ciclado rápido",

"catatónico" y "melancólico". El trastorno bipolar II, que se da más frecuentemente se caracteriza normalmente por al menos un episodio de hipomanía y al menos otro de depresión.

iii. Trastorno ciclotímico

La característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos.

Causas, incidencia y factores de riesgo: Se desconoce la causa del trastorno ciclotímico. Aunque los cambios en el estado de ánimo son irregulares y rápidos, dichos cambios son menos severos que en el trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva). A diferencia del trastorno bipolar, los períodos de hipomanía a menudo no llegan a convertirse en una manía real.

iii.1. Síntomas

- Episodios alternantes de hipomanía y depresión leve que duran por lo menos 2 años.
- Los pacientes tienden a estar más irritables o misteriosos, en lugar de eufóricos o felices.
- Síntomas persistentes (menos de 2 meses consecutivos sin síntomas).

iii.2. Tratamiento

Se utiliza una combinación de fármacos antimaniacos, antidepresivos o psicoterapia para tratar el trastorno ciclotímico. Los medicamentos empleados para tratar esta afección se denominan estabilizadores del estado anímico.

- a) Litio. El litio se ha usado durante años en pacientes con trastorno bipolar y también puede ayudar a pacientes con el trastorno ciclotímico.
- b) Fármacos anticonvulsivos. El ácido valproico (Valproate), la carbamazepina (Tegretol), la oxcarbazepina (Trileptal) y la lamotrigina (Lamictal) son los anticonvulsivos más reconocidos. Otros fármacos anticonvulsivos empleados para

trastornos bipolares abarcan gabapentina (Neurontin), zonisamida (Zonegran) y topiramato (Topamax).

Los pacientes pueden no responder a los medicamentos tan fuertemente como lo hacen los pacientes con trastorno bipolar.

2.2.2.2. Trastorno de 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 tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

2.2.2.2.1. Síntomas de la ansiedad

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.

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 cardíaca 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. Dentro de los síntomas presentados podemos encontrar.

- a) Hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia
- b) Taquicardia
- c) Midriasis
- d) Sensación de ahogo
- e) Temblores en las extremidades
- f) Sensación de pérdida de control o del conocimiento
- g) Transpiración
- h) Rigidez muscular
- i) Debilidad muscular
- j) Insomnio
- k) Inquietud motora
- l) Dificultades para la comunicación,

2.2.2.2.2. Clasificación del trastorno de ansiedad

- a) Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia) sin agorafobia
- b) Ataques de pánico con agorafobia
- c) Agorafobia sin ataques de pánico
- d) Fobia específica
- e) Fobia social
- f) Trastorno de ansiedad generalizada
- g) Trastorno por estrés agudo
- h) Trastorno por estrés postraumático

- i) Trastorno obsesivo compulsivo
- j) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- a) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

2.2.2.2.3. Tratamiento del trastorno de ansiedad

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico.

Entre ellos se incluyen:

- Fármacos ansiolíticos.
- Psicoterapia cognitivo-conductual: ésta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada (EPR o Exposición y Prevención de Respuesta), confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas, modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar autocharlas positivas, técnicas específicas para tratar con el pánico, etc.
- Reducción de estrés: puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, caminar, etc.
- Cambios en la alimentación: por ejemplo, la eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas.
- Hipnosis y autohipnosis: la hipnosis permite acceder a niveles de relajación muscular y mental muy profundos, condiciones incompatibles con la ansiedad, y la practica de la autohipnosis hace que esta consecución no dependa de la presencia de un terapeuta ni de otros factores, por lo que es especialmente útil no solo para niveles moderados de ansiedad sino también para controlar ataques de pánico y otras manifestaciones de la ansiedad, incluidas las físicas.

Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas. En ciertos casos es necesario utilizar fármacos durante el transcurso de la terapia

psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional cualificado (psiquiatra). Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos se podrían suspender.

2.2.2.3. Trastornos sexuales

El trastorno sexual es un estado funcional o comportamental que interfiere el ejercicio considerado normal de la función sexual. Entre los trastornos sexuales encontramos: Parafilias, exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista, voyeurismo.

2.2.2.3.1. Parafilias

Esencialmente consisten en que el individuo tiene unas necesidades y fantasías sexuales intensas y recurrentes que generalmente suponen:

- a) Objetos no humanos
- b) Sufrimiento o humillación propia o del compañero
- c) Niños o personas que no consienten

Hay que tener muy en cuenta que las imágenes o fantasías parafílicas pueden ser estímulo de excitación sexual para una persona sin ello llegar a ser una parafilia. Por ejemplo, la ropa interior femenina suele ser excitante para muchos hombres. Será parafilia sólo cuando el individuo actúe sobre ellas o cuando le afecten en exceso.

Como principales podemos encontrar.

a) Exhibicionismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, ligadas a la exposición de los propios genitales a una persona extraña. En ocasiones el individuo se masturba al exponerse o al tener estas fantasías.

b) Fetichismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican el uso de objetos inanimados (fetiches). Ropa interior, zapatos, botas, son fetiches comunes. El individuo se masturba mientras sostiene, acaricia, etc., el fetiche o le pide al compañero que se lo ponga. El objeto ha de ser marcadamente preferido para lograr la excitación sexual. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

c) Frotteurismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican el contacto y el roce con una persona que no consiente. Teniendo presente que lo excitante es el contacto pero no necesariamente la naturaleza coercitiva del acto. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

d) Pedofilia

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican actividad sexual con niños prepúberes. Los niños suelen ser menores de 12-13 años y el individuo ha de tener por lo menos cinco años más que el niño para que sea considerado el trastorno. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

e) Masoquismo sexual

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implica el acto (real o simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier tipo de sufrimiento. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

f) Sadismo sexual

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico de la víctima es sexualmente excitante. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

g) Fetichismo transvestista

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican vestirse con ropas del sexo contrario. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas. Generalmente guarda una importante colección de ropa para transvestirse cuando está sólo, luego se masturba imaginando que otros hombres se sienten atraídos por él como si fuera una mujer.

h) Voyeurismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implica el hecho de observar ocultamente a otras personas cuando están desnudas o en actividad sexual. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

2.2.2.3.2. Tratamiento de los trastornos sexuales

Enfoque cognitivo-conductual:

Permite identificar las creencias erróneas que sostienen las actuales dificultades sexuales y confrontarlas con las conductas adecuadas.

El sexoanálisis:

Enfocado a la supresión de las dificultades sexuales buscando su comprensión a través del inconsciente sexual del individuo.

El enfoque humanístico-existencialista:

Ayudando a las personas a comprender sus dificultades sexuales a través de la propia experiencia de su identidad como hombre o mujer.

El enfoque sexo-corporal:

Que entiende los problemas sexuales como relacionados con las emociones inconscientes y tensiones específicas del cuerpo. A través de ejercicios corporales y posturas se ayuda a corregir los problemas y conseguir un mayor placer y satisfacción sexual.

El enfoque interaccional:

Que es a menudo el mejor para las parejas. Los problemas sexuales que aparecen durante la vida conyugal a menudo son producidos por la manera en que cada uno interactúa con su pareja.

2.2.2.4. Trastornos de la alimentación

Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal. También en algunos casos la publicidad marca una gran parte en esto ya que los jóvenes que miran un anuncio de comida o bebidas se antojan de comerlo o beberlo, esto hace que al ingerirlo, lo devuelvan por su mala alimentación. Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una

serie de valores a través de una imagen corporal. También en algunos casos la publicidad marca una gran parte en esto ya que los jóvenes que miran un anuncio de comida o bebidas se antojan de comerlo o beberlo, esto hace que al ingerirlo, lo devuelvan por su mala alimentación.

2.2.2.4.1. Factores que causan los trastornos alimenticios

- Factores biológicos:

Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno alimenticio.

- Factores psicológicos:

Las personas con trastornos alimentarios tienden tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectivos, etc. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.

- Factores familiares:

Personas con familias sobreprotectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no demuestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no demostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida.

- Factores sociales:

Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso.

2.2.2.4.2. Tipos de trastornos alimenticios

a) Síndrome por atracón

Se habla de síndrome por atracón cuando se produce una sobre ingesta compulsiva de alimentos.

Después de este ataque de glotonería aparece una fase de restricción alimentaría en la que baja la energía vital y se siente la necesidad imperiosa de comer.

Una vez que se inicia otra sobre ingesta, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, el individuo reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se siente culpable por la falta de control, aun así la persona con este trastorno continúa con este comportamiento a sabiendas que le causa daño.

b) Bulimia

La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

Existen dos tipos:

1) Bulimia purgativa: después de los periodos de atracones, el enfermo usa laxantes, diuréticos o se provoca el vómito como método compensatorio.

2) Bulimia no purgativa: para contrarrestar los atracones, hace ejercicio en exceso, dietas restrictivas o incluso ayunos.

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal.

De esta manera en algunas mujeres tienden a tener amenorrea, malformaciones en los dedos, debido a los constantes atracones, seguido de métodos compensatorios inapropiados (inducción al vomito), para evitar el aumento de peso.

c) Anorexia

La anorexia se caracteriza por una pérdida de peso elevada (más del 15%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

Existen dos tipos:

- 1) Anorexia restrictiva: El enfermo apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso.
- 2) Anorexia purgativa: El enfermo utiliza métodos purgativos tales como vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida.

Las características psicológicas y sociales incluyen miedo intenso a comer en presencia de otros, dietas bajas en hidratos de carbono y grasas, preocupación por el alimento, abuso de laxantes, robos y mentiras.

Las principales víctimas de este mal son las mujeres, sobre todo las jóvenes, quienes en ocasiones pueden estar influenciadas por ser fans de personas famosas y mediáticas tales como actrices y modelos.

d) Vigorexia

La vigorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia) que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de

estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres.

Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación): los vigoréticos suelen realizar ejercicio físico excesivo, a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles o enclenques. A esta exigencia se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas e hidratos consumidos es excesiva, mientras que la cantidad de lípidos se reduce. Esto puede ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigorético consume esteroides que ocasionan cambios de humor repentinos.

2.2.2.5. Trastornos psicósómicos

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

Los trastornos que se consideran originados por factores psicológicos. Sin embargo, no existen trastornos físicos que estén originados exclusivamente por factores psicológicos. Es más, un trastorno físico necesariamente tiene que tener un componente biológico (un factor esencial para que ocurra la enfermedad).

Factores desencadenantes de un trastorno psicósómico

a) Biológicos:

- Carenciales: hambre, sed, o la falta de alguna vitamina o metabolito
- Alteraciones: fiebre, deshidratación
- Enfermedades que producen estrés biológico.

b) Psicológicos:

- Condiciones de trabajo negativas por sobrecarga de tareas o esfuerzo mental
- Monotonía o variación excesiva en el curso vital,
- Factores relacionados con el miedo, la frustración o el conflicto, etc.

c) Sociales o relacionales

Hacinamiento, incomunicación, relaciones insatisfactorias con los grupos de pertenencia, aislamiento

2.2.2.5.1. Clasificación

- Trastornos cutáneos: acné, dermatitis, pruritos, eczemas, hiperhidrosis, urticaria y alopecia areata.
- Trastornos respiratorios: asma bronquial e hiperventilación, rinitis alérgica
- Trastornos hemáticos y linfáticos
- Sistema inmunitario: cáncer, enfermedades infecciosas, alergias.
- Trastornos cardiovasculares: enfermedad coronaria, taquicardia, arritmia, hipertensión, infarto, angina de pecho.
- Trastornos gastrointestinales: gastritis crónica, úlcera péptica, colitis ulcerosa, vómitos, estreñimiento, hiperacidez, cardialgia y colon irritable
- Dolor crónico: cefalea, migraña, artritis reumatoide, dolor sacro iliaco.
- Trastornos endocrinos: hipertiroidismo, hipotiroidismo y diabetes, obesidad
- Trastornos de los órganos de los sentidos
- Trastornos osteomusculares: tortícolis y cefaleas tensionales
- Genitourinarios: dismenorreas, desórdenes menstruales.

2.2.2.5.2. Tratamiento

Dado que son los factores psicológicos los que originan y/o modifican estas enfermedades, el enfoque terapéutico va a ser la psicoterapia. Las técnicas de modificación de conducta y de

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

2.3. Métodos de diagnóstico

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

2.3.1. Diferentes tipos de diagnóstico

- a) Diagnóstico genérico. Determinar si el sujeto está o no enfermo. Pueden plantearse problemas de enjuiciamiento, pues hay que contar con una posible simulación y con las neurosis e histerias, que constituyen verdaderas enfermedades.
- b) Diagnóstico nosológico. Es la determinación específica de la enfermedad.
- c) Diagnóstico etiológico. Determina las causas de la enfermedad; es esencial para el d. total de muchas enfermedades y para el tratamiento.
- d) Diagnóstico sintomático. Tiene por objeto identificar la enfermedad mediante los síntomas. Generalmente un síntoma aislado no da una indicación precisa de la enfermedad, puesto que puede ser propio de muchas de ellas.
- e) Diagnóstico sindrómico y funcional. Los síndromes son conjuntos de signos y síntomas con un desarrollo común; p. ej., el síndrome icterico (piel amarilla, orinas encendidas,

heces decoloradas, etc.). Aunque en algunas ocasiones no se puede avanzar más, permite un patogenético parcial, pero que posibilite un tratamiento funcional.

- f) Diagnóstico individual o clínico. Es el total emitido a partir del contraste de todos los antes mencionados y de las condiciones personales del enfermo. Todos estos factores determinan cualitativa y cuantitativamente el cuadro clínico, de manera que éste puede ser diferente aun cuando la entidad morbosa sea la misma. A esto se refiere la máxima «no hay enfermedades, sino enfermos».
- g) Diagnóstico diferencial. Conocimiento al que se arriba después de la evaluación crítica comparativa de sus manifestaciones más comunes con las de otras enfermedades.

2.3.2. Instrumentos útiles para diagnosticar

2.3.2.1. Entrevista psiquiátrica

I. Conceptos básicos de la entrevista psiquiátrica

Desde que el campo de la psiquiatría ha sido definido como el estudio de las relaciones interpersonales, y desde que se ha afirmado que ésta es una zona perfectamente valedera para la aplicación del método científico, que los datos referentes a la psiquiatría emergen únicamente de una observación participante. Su principal instrumento de observación es su ego: su personalidad, él como persona.

II. Definición de la entrevista psiquiátrica

Una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en la relación de las cuales espera obtener algún beneficio.

III. El carácter oral de la entrevista

El comienzo de la entrevista psiquiátrica, expresa que tal entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal, no solamente comunicación verbal. Así, la entrevista psiquiátrica es primordialmente, una cuestión de comunicación vocal y sería un error muy grave presumir que la comunicación es primordialmente verbal.

IV. Integración voluntaria de los participantes

Los psiquiatras están acostumbrados a tratar con personas que acusan distintos grados de disposición que recorren toda la gama, desde aquellas que se muestran extremadamente reacias para entrevistarse con el psiquiatra, pero tienen que hacerlo por disposición de la ley, a los que se muestran seriamente interesados en obtener los beneficios que brinda la psiquiatría moderna.

V. Las relaciones entre el profesional y el cliente

El experto en psiquiatría, debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales y puesto que esta área de problemas es peculiarmente el campo de la observación participante, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su sujeto o paciente.

VI. Las normas características de la vida del paciente

La personalidad demuestra de manera notable, en todos los casos y en todas las situaciones, los efectos perdurables del pasado y los efectos de un hecho pasado particular son no solamente quizás afortunados o infortunados sino que están profundamente ligados con los efectos de un gran número de otros hechos pasados.

VII. La esperanza de beneficio del paciente

El paciente por lo menos alguna esperanza de mejoramiento o de obtener algún beneficio personal como consecuencia de las entrevista. El entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo de la entrevista que sus esperanzas de mejorarse de obtener un empleo mejor, o de alcanzar lo que haya impulsado a buscar y obtener la entrevista sean alentadas.

VIII. El concepto de la distorsión paratáctica

Las distorsiones paratácticas consisten en prejuicios automáticas positivas o negativas. Distorsión paratáctica, como término, puede parecer completamente inusitado; en realidad, el fenómeno que describe no tiene absolutamente nada de inusitado. La gran complejidad que caracteriza a la entrevista psiquiátrica es el producto de la sustitución del psiquiatra por el entrevistado, una persona o personas que son notablemente distintas, en la mayor parte de los sentidos significativos, del psiquiatra. El entrevistado dirige su comportamiento hacia esa persona ficticia que temporalmente tiene un ascendiente sobre la realidad del psiquiatra, e interpreta las observaciones que formula éste, así como su comportamiento, sobre la base de esa misma persona ficticia. A menudo hay pistas que anuncian el acaecimiento de estos fenómenos, los cuales constituyen la base de las realmente asombrosas incomprensiones o malos entendidos y errores que caracterizan a todas las relaciones humanas, y es necesario, entonces, adoptar ciertas precauciones especiales contra eso, en la entrevista psiquiátrica, una vez que ésta se encuentra ya bien encaminada. La distorsión paratáctica es, asimismo, una forma en la que la personalidad despliega ante otra algunos de sus más graves problemas. En otras palabras, la distorsión paratáctica puede ser, en realidad, un oscuro intento de comunicar algo que verdaderamente necesita ser comprendido por el terapeuta, y tal vez finalmente comprendido por el paciente también. Innecesario es decir que si tales distorsiones pasan inadvertidas, si no son esperadas, si se ignora la posibilidad de su existencia, pueden fracasar la mayor parte de los elementos que componen la entrevista psiquiátrica.

IX. El papel cultural del psiquiatra como experto

El psiquiatra puede considerar, en contraste, que sería una gran cosa para el paciente aprender a ganarse la vida de algún modo. Pero antes que pueda esperar el éxito en ofrecer al paciente su ayuda para ese fin, debe prestar cuidadosa atención al hecho de que el paciente ha concurrido al consultorio para lograr contento, y que el psiquiatra tendrá que atender muy seriamente lo que aquél espera, si desea que se debilite su deseo de contento y si quiere inducirle a seguirlo en la misión de desarrollar su interés hacia generarse vida.

El entrevistador tiene derecho también a ejercitar también a ejercer su habilidad para desalentar las trivialidades, impertinencias, gestos graciosos para su diversión o repeticiones de cosas que ya ha oído. Es quizás más fácil para el joven entrevistador demostrar su pericia en este sentido, que insistir para conseguir las informaciones que necesita. Pero sí se trata de un experto en relaciones interpersonales es muy probable, por excelentes razones, que dude de que uno tiene todavía mucha vida por delante y por lo tanto desea emplearla lo mejor que le sea posible. El psiquiatra se priva asimismo de la satisfacción de cualquier curiosidad respecto a las cuestiones en las cuales no existe razón alguna para investigar.

X. Los obstáculos culturales en la labor del psiquiatra

En las relaciones experto-cliente del psiquiatra con su paciente, algunas de las dificultades extraordinarias que el psiquiatra encuentra en ser un experto, tienen su origen en lo que podríamos llamar los elementos antipsiquiátricos en la cultura propiamente dicha, es decir elementos de la cultura que hacen que el desempeño en la pericia psiquiátrica sea muchísimo más difícil de lo que es la demostración de pericia en un gran número de otros campos de la actividad humana.

En primer lugar, al tratar de llegar a ser expertos en psiquiatría nos aqueja notablemente el hecho de que a todos los seres humanos se les enseña que no deberían necesitar ayuda, por lo cual se avergüenzan cada vez que la necesitan, o experimentan la sensación de que son unos tontos al

buscarla o esperar que alguien se la dé. Y juntamente con esto, acuden en procura de ayuda psiquiátrica con curiosas esperanzas sobre lo que habrán de obtener, quizá en parte porque eso es tan necesario para alentar la propia estimación.

En segundo término está extendido en la herencia cultural, de tal manera que es general que se le enseñe a la gente tenemos la creencia de que las personas deben conocerse a sí mismas, saber lo que una u otra cosa fija llamada naturaleza humana es en realidad, distinguir entre lo correcto y lo erróneo; lo bueno y lo malo, y ser capaces de descubrir en los demás, claramente, todo cuanto se refiere a esas importantes cuestiones.

En tercer lugar, se le enseña más o menos a la gente que debe ser regida por la lógica, o tener sentido común, o, si no le es posible demostrar que posee un sentido común particularmente eficaz, por lo menos que debe tener buenos instintos naturales, y buena intuición, los cuales deberán gobernar cuando se trata de elegir la manera correcta de obrar y pensar en sí mismos y en los demás.

XI. Tipos de entrevistas psiquiátricas

La entrevista que es, en efecto, la conferencia inicial sobre la psicoterapia breve o un tratamiento continuado en potencia, es decir, que el entrevistador se aboca a la vez al diagnóstico y al establecimiento de un conocimiento profesional, con vistas a realizar él mismo tratamiento. Estas son dos cuestiones muy diferentes: En el primer tipo de consulta psiquiátrica, es una conclusión predeterminada que a no ser por el paciente demuestre ser una persona encantadora más allá de sus más fanáticos sueños, este doctor particular le dirá simplemente adónde podrá ir para hacerse tratar.

El segundo tipo, que he conocido psiquiatras que pasan por alto lo que aqueja al paciente, en el proceso de disponer su tratamiento, como resultado de lo cual el tratamiento resultó bastante difícil por cierto. Por otra parte, cuando es conclusión predeterminada que ese entrevistador particular no realizará milagros, sino que se limitará a decir al paciente adónde ir y por qué, se facilita notablemente la obtención de las informaciones necesarias.

XII. El uso de las transiciones en la entrevista

Las transiciones en las entrevistas como uno de los muy importantes detalles técnicos que siempre deben suscitar considerable atención, y que requieren una especie de serena y continua vigilancia en todo el trabajo del psiquiatra en su trato con extraños de manera seria e íntima.

En la transición acentuada no se emplea una de esas maneras descorteses de trasladarse el psiquiatra y su paciente, de la mano, de un tópico a otro, sino que el primero indica, como casualmente.

En la transición abrupta, es muy lamentable que muchos entrevistadores parecen ser verdaderos maestros, la cuestión se relaciona con la forma como se hace paciente se torne ansioso.

La transición suave se utiliza para pasar poco a poco a otro tópico; la transición acentuada ahorra tiempo y aclara la situación; y a transición abrupta es utilizada, por lo común, ya sea para evitar una ansiedad peligrosa, o para provocar ansiedad cuando se observa quede otra manera no es posible llegar a lo que se busca.

XIII. Las primeras etapas de la entrevistas.

a) El comienzo formal

Desde el momento que el entrevistador y el entrevistado se ven el uno al otro por primera vez, están en progreso aspectos muy importantes de la entrevista psiquiátrica, y desde ese mismo momento, el entrevistador tiene que darse cuenta de que su propia convivencia, sus propios errores pasados, no son ni remotamente de tanta importancia como la asunción de que una persona que debe ser tratada con respetuosa seriedad, porque desea ser beneficiada o por lo menos puede ser beneficiada.

b) El reconocimiento

Al finalizar la primera etapa de la entrevista, el paciente deberá sentir la sensación de que: “Bueno, ahora el médico ya sabe por qué estoy aquí”. Y entonces, el psiquiatra puede decir, en efecto: “Bien: ¿Quién es usted?” En otras palabras, se dispone, en la segunda etapa, a obtener un bosquejo general del paciente, el cual deberá ser breve, y de ningún modo extenso, como la historia de una vida. Ésta es la etapa del reconocimiento.

c) El reconocimiento en la psicoterapia intensiva

El reconocimiento puede durar unos veinte minutos, en el caso de que ya no espere volver a ver a la persona, o durará siete y media a quince horas, que parece aproximadamente el promedio cuando el tiempo no es factor de suma importancia.

El psiquiatra tiene que emplear cierto juicio para determinar cuándo tiene un bosquejo de cosas razonablemente significativas, y jamás sabrá cuán bueno es su juicio en ese sentido hasta que no lo haya puesto a prueba. Después de que el psiquiatra ha resumido la situación y proporcionando una especie de recomendación de lo que cree que sería más o menos el punto de ataque inmediato, alentar al paciente haga eso en forma eficiente porque, de esta manera el psiquiatra puede aprender mucho más sobre lo que tiene entre manos que lo podría saber en el mismo tiempo si emplease otros medios.

d) La investigación detallada:

La puesta en escena teórica

Durante las primeras etapas de la entrevista, el entrevistador habrá recibido una buena cantidad de impresiones respecto de la clase de persona a la que está observando. Las impresiones que uno tiene durante las dos primeras etapas son puestas a prueba en el prolongado interrogatorio detallado. Es tonto suponer que la primera impresión de uno es muy general.

No solamente nadie desea la soledad, sino que, si la misma se encuentra presente, es deseable siempre su disminución, salvo bajo las circunstancias más extraordinarias. La ansiedad es, hasta un punto increíble, una señal de que algo debe ser diferente de inmediato.

XIV. El desarrollo del sistema del yo en la personalidad

Es tan extremadamente importante para todos nosotros que mantengamos cualquier nivel de euforia que estemos experimentando, que desarrollemos un vasto sistema de procesos, estados de alegrías, símbolos y señales de peligro, a fin de proteger la sensación de bienestar que sentimos.

Todo aquel que avance sin consideración hacia el poder disyuntivo de la ansiedad en las relaciones humanas, jamás aprenderá a ser un buen entrevistador. Cuando no se tiene en consideración la ansiedad, no existe una verdadera situación-entrevista; en su lugar puede haber solamente una persona (paciente) que trata desesperadamente de defenderse contra alguna clase de mal (el terapeuta), el cual parece decidido (según lo considera el paciente) al demostrar que la otra parte (el paciente) es un ser completamente vacío.

El entrevistador ve ambos intentos de causar buenas impresiones y el comportamiento airado, como operaciones de seguridad que se producen en circunstancias en cierto modo distintas. Observa el tipo de esas operaciones de seguridad, obtiene una idea respecto a qué clase de teoría sobre él y sobre la situación se oculta tras ese tipo de actividad.

Es inevitable que, de cuando en cuando, el entrevistador destruya a menudo muy torpemente la propia estimulación del entrevistado. Eso está bien si el entrevistador sabe lo que está haciendo y aprende como resultado de hacerlo. Pero sí lo hace porque se siente inseguro o está distraído, el interrogatorio detallado no se desarrollará jamás satisfactoriamente. Por el contrario, el entrevistador reunirá una colección completamente ficticia de datos sobre una criatura completamente ficticia también, que aquél creerá inocentemente que es la persona que está entrevistando.

XV. La entrevista como proceso

Una gran parte de la discusión de la entrevista sugerido es que ésta es un proceso, o un sistema de sucesos, y la palabra sucesos supone, naturalmente, un cambio. En la situación entrevista, esos cambios en cierto modo más recónditos son cambios en la actitud del entrevistador, resultados reflejados por el entrevistado.

Es muy importante darse cuenta de que hay dos grupos de procesos dirigidos al entrevistador: uno es la actitud directa del entrevistado hacia él, y el otro es esa parte las actuaciones del entrevistado, que están fielmente relacionadas con la supuesta actitud del entrevistador.

XVI. Impresiones generales de la situación entrevista

A fin de poder observar un cambio, es necesario contar con un punto de partida; y para el interrogatorio detallado, ese punto de partida son aquellas impresiones generales obtenidas en la etapa entrevista y el reconocimiento. Los cambios de estas impresiones generales iniciales que se observan durante el curso posterior de la entrevista son útiles como datos.

Finalmente, el grupo de características muy generales, es posible que el entrevistador advierta la correspondencia del entrevistado. Las personas que más se distinguen en eso suelen ser elogiadas por sus amistades como poseedores de una comprensión sensitiva, peculiar, es decir, probable que sean suficientemente sensitivas a cosas tales como índices tonales menores, de tal modo que le es posible, con un mínimo de preguntas molestas, captar o comprender esas cosas que resultan embarazosas de comunicar para otras personas.

XVII. La observación de cambios en la situación entrevista

El interés del entrevistador está en observar los cambios que se presentan en tales juegos de actitudes: en observar qué es lo que está mejorando de la situación, naturalmente algunas veces el

entrevistador tiene la impresión de que hay poco o ningún cambio. Tal vez durante el comienzo de la entrevista y el reconocimiento, el entrevistador ha desarrollado por lo menos hasta donde él puede juzgarlo, impresiones del entrevistado que resultan bastante exactas.

XVIII. Impresiones como hipótesis que deben ser puestas a prueba

El entrevistado puede, casi tan automáticamente como una máquina de calcular, sumar pruebas negativas y positivas de esto y aquello, tal modo que simplemente sepa, sin tener que pensar laboriosamente sobre ello, que el paciente está, digámoslo así, progresando. En tal caso, el entrevistador ha puesto a prueba las hipótesis tan continua y automáticamente, que sabe la respuesta sin molestarse en hacer algo sobre ellas muy consciente o deliberadamente.

XIX. Los tipos de resultados de las situaciones interpersonales

Una situación integrada por cualquier dinamismo manifiesta procesos que dan como resultado una de tres situaciones subsiguientes: primera puede producirse una solución razonable de la situación; la segunda posibilidad es que una situación puede ser continuada con tensión y procedimientos encubiertos. La tercera posibilidad es que los procesos de la situación pueden llevar a lo que nosotros denominamos frustración. Existen dos posibilidades estados subsiguientes a la frustración. Uno de ellos se caracteriza por una intensificación de la tensión reflejando la necesidad que está afectada, y por procesos suplementarios que pueden oscilar desde movimientos circenses hasta maneras excesivamente hábiles de salvar los obstáculos, de tal manera que se produce una solución demorada de la situación.

XX. La historia del desarrollo como marco de referencia en la investigación detallada

El entrevistador está constantemente en contacto con este sistema del yo del entrevistado. Esto significa que a través de la entrevista, por muy prolongada que sea, el entrevistado está relevando

esfuerzos tendientes a evitar, disminuir y ocultar las señales de su ansiedad al entrevistador a sí mismo, es decir que, en una cierta frase se mantiene ignorante de que está ansioso, o mejor dicho, de saber que esta ansioso.

El sistema del yo del entrevistado está, en todo momento, pero en diversos grados, en oposiciones a que se alcance el propósito que persigue la entrevista. La historia del desarrollo del sistema del yo involucra las circunstancias bajo las cuales el entrevistado experimentará ansiedad por lo menos una ansiedad momentánea y fija los tipos generales de las operaciones de seguridad que habrá de ser manifestadas bajo esas circunstancias.

XXI. Bosquejo sugerido por la obtención de datos

- Desórdenes en aprender los hábitos de higiene: una de las primeras cosas sobre las que el entrevistador podría obtener información es la historia del paciente respecto al aprendizaje de los hábitos de higiene. El establecimiento de tales pautas comienza por regla general antes del final de la infancia y su resultado es que la información del paciente sobre esos hábitos no está probablemente formulada y necesitaría meses de investigación para llegar a un grado cualquiera de certidumbre.

- Actitudes hacia los juegos y los compañeros en ellos: de cualquier manera, el entrevistador puede aprender muchísimo por medio del interrogatorio y la indagación de las actitudes de la gente hacia los juegos. Las personas que han pasado por eras juveniles de mucha tensión, probablemente no son socios de círculos o clubes, lo más probable, en efecto es que sientan un tranquilo y restringido interés por los juegos y un muy agudamente restringido interés hacia las personas con quienes los juegan.

- La ambición: vale la pena advertir no sólo cuán intensamente ambiciosa puede ser una persona, sino también el carácter del objetivo hacia el cual apunta su ambición. El entrevistador descubrirá algunas personas que son intensamente ambiciosas sobre una cosa después de otra; la ambición

es una característica de esos seres y el objetivo particular que están tratando de alcanzar parece ser simplemente una función de la situación en que se encuentran.

- Instrucción inicial: tiene una importancia muy particular distinguir, en el pensamiento y tal vez hasta en las preguntas de uno, esa instrucción inicial. El psiquiatra desea saber, en general, cualquier cosa que le proporcione una noción de la manera en que el paciente recuerda la escuela.

- Experiencia en la universidad: el desarrollo de la indagación por el entrevistador sigue demasiado claramente las eras de desarrollo, por así decirlo, sobre lo que debe producirse en la entrevista. De manera bastante abrupta, después de haber preguntado algo que tiene un gran significado y corresponde a los primeros años de la era juvenil, el entrevistador puede saltar sobre los estudios secundarios hasta llegar a la universidad. Transiciones tan bruscas pueden perturbar las direcciones que ya comienzan a desarrollarse en el paciente y por lo tanto, mejoran la probabilidad de que en realidad este se refiere a su recuerdo, en lugar de intentar un buen ajuste a un cierto tipo de interrogatorio.

- Interés por los clubes de varones o mujeres: el entrevistador necesita así mismo saber si su paciente, antes de llegar a ser padre o madre reveló algún interés particular en llegar a ser figura prominente en los clubes de varones o mujeres, durante un período de años. So es así, eso constituye una guía bastante importante de deficiencias en su experiencia preadolescente.

XXII. El yo personificado

Los referentes a uno mismo, de los que uno se da cuenta de cuando en cuando con claridad, es decir, lo que uno sabe sobre sí mismo componen el grupo de datos que comprenden al yo personificado. Éste no es lo mismo que el sistema del yo, el yo personificado es esa parte, si se nos permite la palabra, del sistema del yo que se refleja en declaraciones pertenecientes al sujeto. Lo que el informante puede decir respecto a su sistema del yo es sólo el contenido de su yo personificado.

XXIII. La terminación de la entrevista

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

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

La consolidación del propósito de la entrevista es realizada en términos generales, mediante las cuatro medidas que siguen: 1) el entrevistador formula una declaración final al entrevistado, en la cual resume todo cuanto ha sabido durante el curso de la entrevista; 2) el entrevistador da al entrevistado una prescripción de acción, en la cual el entrevistado deberá empeñarse en adelante; 3) el entrevistador hace una apreciación final de los probables efectos sobre el curso de la vida del entrevistado, que puede razonablemente esperarse de la declaración y la prescripción; y 4) sigue después la despedida oficial, entre el entrevistador y el entrevistado.

2.3.2.2. Observación

Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recogida de datos. Ahora está muy sistematizada.

Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándose de técnicas como por ejemplo registros estructurados y listas de chequeo

El fundamento científico de la observación reside en la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista. La observación se convierte en método o una técnica en la medida en que cumple una serie de objetivos o requisitos:

1. Sirve a un objetivo, previamente establecido, de investigación.
2. Es planificada sistemáticamente.
3. Es controlada previamente.
4. Está sujeta a comprobaciones de fiabilidad y validez.

Existen diferencias entre observación y experimentación. En la observación sólo se da fe de lo que ocurre, mientras que en la experimentación el experimentador hace modificaciones sobre lo observado, se interviene para cumplir unos objetivos. El experimentador manipula la situación.

En una observación encontramos los siguientes elementos: (a) el observador o los observadores; (b) el sujeto o grupo observado; y (c) el contexto, es decir el medio natural y cultural que van a dar significado a la dinámica de lo observado.

Pasos que debe tener la observación

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

Recursos auxiliares de la observación

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

Observación directa y la indirecta: Es directa cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar.

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

Observación participante y no participante: La observación es participante cuando para obtener los datos el investigador se incluye en el grupo, hecho o fenómeno observado, para conseguir la información "desde adentro".

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

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

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

Observación individual y de equipo: Observación individual es la que hace una sola persona, sea porque es parte de una investigación igualmente individual, o porque, dentro de un grupo, se le ha encargado de una parte de la observación para que la realice sola. Observación de Equipo o de grupo es, en cambio, la que se realiza por parte de varias personas que integran un equipo o grupo de trabajo que efectúa una misma investigación puede realizarse de varias maneras:

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

2.3.2.3. Los tests psicológicos

Los tests existen de muy diversas maneras y modalidades, existen tests lúdicos (consisten en construir y jugar); los test verbales, no verbales (escribir, describir, contar, responder); los tests gráficos (dibujar, copiar, etc.).

Las pruebas que se utilizan en consulta son de tres tipos:

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

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

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

2) Pruebas objetivas: Es decir los clásicos exámenes “tipo tests” de elegir una respuestas entre varias o de calificar una frase del uno al cinco o similares.

Estos a su vez se subdividen en:

a) Pruebas de inteligencia y capacidad. Averiguar el coeficiente intelectual de un individuo es una tarea ardua y que sale bastante cara. Para lograrlo se emplea un test llamado WAIS, que incluye baterías desde completar frases hasta hacer rompecabezas. Existe una versión infantil denominada WISC. Otras pruebas de inteligencia más simples, que no determinan el CI pero sirven de orientación, son las típicas de continuar una serie de dibujitos como fichas de dominó y similares. Existen además infinidad de pruebas específicas que miden una determinada capacidad, por ejemplo la verbal o la memoria. Cuando estas pruebas se orientan a capacidades manuales, o de coordinación y percepción visual, nos encontramos con los archiconocidos psicotécnicos.

b) Test de personalidad. Estos dan un perfil de la personalidad siempre en comparación con otros individuos. Por ejemplo, nos dicen si somos extravertidos, impulsivos, metódicos, etc. Algunos de los más usados son por ejemplo 16 PF o el NEO- Pir. (Los nombres suelen indicar siglas en inglés o apuntan al apellido del investigador que los diseñó)

c) Test clínicos. Estos se enfocan directamente a descubrir si la persona sufre algún trastorno. El más completo es el MMPI, que lleva casi 600 preguntas y que solo se pasa en casos puntuales por ser demasiado largo. Otros más cortos son por ejemplo el MCMI –II.

d) Test pedagógicos. Son aplicados a niños y jóvenes y sirven para conocer sus estrategias de aprendizaje, su integración en la escuela, sus conocimientos.

2.3.2.3.1 Cuestionarios y registros de conducta

Estos se parecen a los tests porque son preguntas cerradas que generalmente se contestan sí o no, (por ejemplo el de la depresión de BECK, que mide el grado de depresión). Pueden medir facetas muy diversas como el grado de empatía, la autoestima, el miedo, etc. No tienen validez estadística, -por tanto solo sirven como referencia, y puede pasarlos cualquiera -aunque hay que ser muy cuidadoso a la hora de interpretarlo y son de libre acceso, es decir que no tienen derechos

de autor y por tanto no se cobran. La gran diferencia con los anteriores, es la falta de un estudio comparativo en la población general, que suele ser lo que determina el precio de la prueba.

Los registros de conducta, que son muy importantes en psicología infantil, simplemente consisten en que un observador apunte de manera muy resumida un comportamiento de la persona, por ejemplo “pegar a su hermana”. Cuando es el propio individuo quien se encarga del registro, hablamos de auto-registros que tanta importancia tienen en terapia y que tan a menudo los pacientes olvidan llevar a cabo.

2.3.2.4. Manuales de diagnóstico

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

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

El uso racional del DSM-IV-TR permite hacer más confiables los diagnósticos, convirtiéndose en una útil y acertada guía para la práctica clínica. Este manual no tiene la finalidad de explicar las diversas patologías, así como tampoco proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. De igual forma, no se adscribe a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría. Para su adecuada interpretación es necesario recurrir al juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

- Evaluación Multiaxial: Ejes que trabaja el DSM-IV-TR

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de la Evaluación Multiaxial, la cual implica una evaluación en varios ejes. Cada uno de ellos corresponde a un área distinta de información de la persona, que ayuda al

profesional en la obtención de un diagnóstico adecuado, así como en la elaboración del plan terapéutico y predicción de resultados.

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

Eje I:

Trastornos Clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobias específicas, etc.). Se exceptúan los trastornos de la personalidad y el retraso mental, los cuales conforman el siguiente eje.

Eje II:

Trastornos de la Personalidad y Retraso Mental: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base, (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, etc.). También se utiliza para hacer constar los mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad. Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, lo cual es relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase “diagnóstico principal” o “motivo de consulta”, tras el diagnóstico del Eje II.

Eje III:

Enfermedades Médicas: Este Eje incluye enfermedades médicas actuales, que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. El DSM-IV-TR distingue enfermedades médicas con la finalidad de llevar al profesional a un estudio minucioso de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionistas de la salud mental.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse estrechamente con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos, es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos

implicados en este sentido son fisiológicos. Para establecer con mayor certeza este eje, es necesario llevar a cabo un estudio multidisciplinario (apoyo con otros profesionales indicados).

Eje IV:

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

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

- a) Problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia)
- b) Problemas relativos al ambiente social
- c) Problemas relativos a la enseñanza
- d) Problemas laborales
- e) Problemas de vivienda
- f) Problemas económicos
- g) Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- h) Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
- i) Otros problemas psicosociales o ambientales (desastres naturales, guerras, cuidadores no familiares, etc.)

Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG):

Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), en base al criterio clínico del profesional que evalúa. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución del caso.

Para desarrollar este eje, existe la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la cual está dividida en diez niveles de actividad. La valoración mediante la escala EEAG implica la

selección de un único valor que refleje del mejor modo posible, el nivel global de la actividad del individuo. Cada nivel (de diez puntos cada uno) presenta dos componentes:

- a) El primero se refiere a la gravedad de los síntomas
- b) El segundo a la actividad del individuo

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

B. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

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

B.1. Objetivos

- Conocer los principios de la clasificación y de la codificación
- Guía sencilla par ayudar al usuario ocasional de la CIE
- Hacer ejercicios prácticos.

B.2. Propósito

Se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

Permite clasificar información registrada bajo denominaciones tales como:

- Diagnósticos
- Razones para admisión
- Afecciones tratadas
- Motivo de la consulta

El núcleo de la CIE esta constituido por los códigos de tres caracteres. Los códigos de cuatro caracteres y las listas especiales pueden ser usados cuando sea necesario.

Hay dos tipos de clasificación

1. Primer Grupo

- Datos relacionados con los diagnósticos y estado de salud

2. Segundo Grupo

- Aspectos relacionados con problemas de salud.

C. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico es un intento de optimizar el uso y la utilización del Capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; *World Health Organization* [WHO], 1992a), por tanto comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y formulación diagnóstica, particularmente pertinente para Latinoamérica y que incluya ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas.

Las actividades y programas de entrenamiento sistemático con la Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP) entraron en una nueva etapa a partir de su lanzamiento en forma impresa. La obra se editó y se publicó en Guadalajara, en mayo del año 2004, gracias a la editorial de la Universidad de Guadalajara y al patrocinio de Psicofarma, una empresa mexicana. Hubo una enorme labor realizada durante ocho años, con colegas psiquiatras líderes de opinión en América Latina, con objeto de terminar la obra. La GLADP se presentó, en versión electrónica (disco compacto), en el congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) que tuvo lugar en Guatemala en julio de 2002. Posteriormente, en México, en reunión de San Carlos se hizo el lanzamiento oficial de la obra impresa.

La GLADP se lanzó finalmente, en junio del 2004, en San Carlos, Sonora, México, durante el congreso regional noroeste de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM).

Allí se sentaron las bases y se planificó el trabajo que habría de venir con la GLADP.

Poco después, a partir de julio 2005, la GLADP estuvo disponible en versión electrónica.

Luego del evento de San Carlos, Sonora, el comité ejecutivo de la GLADP planteó un proyecto clínico, educativo y de investigación, de largo aliento para todos los países de América Latina. Para este proyecto, se empezó a discutir el papel de la GLADP frente a la unidad y la diversidad del diagnóstico psiquiátrico. Se consideró la necesidad de lograr la implementación de la GLADP en nuestro hemisferio y de valorar las perspectivas educativas así como las implicaciones internacionales.

Se subrayó la importancia de lograr una diseminación amplia, de distribuir gratuitamente un gran número de los ejemplares impresos, de tener la GLADP disponible en las websites de la APM, APAL, WPA, de establecer una buena coordinación con organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Se propuso la consolidación y/o creación de secciones de diagnóstico y clasificación en las sociedades psiquiátricas nacionales, la comunicación con instituciones normativas y académicas nacionales tales como las direcciones de salud mental en los ministerios de salud, en los

departamentos de psiquiatría de las facultades de medicina, de las facultades de psicología, de asistencia social y de enfermería. Respecto a las perspectivas de educación con la GLADP, el comité ejecutivo propuso la preparación de presentaciones cortas en eventos internacionales y locales, contando con conferencias, simposia y la presentación y discusión de casos clínicos. Así mismo se propuso la preparación de cursos en congresos internacionales y nacionales de una duración de 4 a 40 horas, con propósitos y audiencias variables, ofreciendo introducciones didácticas, demostraciones, prácticas comentadas y evaluaciones sistemáticas.

En cuanto a la dimensión clínica, se diseñaron estudios clínicos que permitieran determinar lo siguiente: factibilidad, aceptabilidad y la eficiencia de su uso; confiabilidad de los principales juicios diagnósticos; documentación de oportunidades y problemas encontrados; utilidad para el planeamiento terapéutico y el impacto sobre los resultados de la atención clínica, a saber: reducción de los síntomas y de las discapacidades y el aumento en la calidad de vida.

Evidente resultó también la necesidad de aprovechar la GLADP para realizar estudios epidemiológicos, para investigación en servicios clínicos y la inclusión de la guía en estudios comunitarios. Igualmente para lograr repercusiones internacionales se propuso demostrar el interés y el uso de la GLADP entre los clínicos latinoamericanos y, a la vez, desarrollar una vasta experiencia contando con recursos educacionales. También se decidió obtener una validación clínica y epidemiológica.

Hay que subrayar que gracias al proyecto GLADP, gradualmente se ha llegado a incorporar la evaluación de la calidad de vida y el diagnóstico idiográfico en la valoración clínica.

Se han iniciado interesantes programas de investigación clínica y epidemiológica con la GLADP.

C.1. Uso de la guía

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.

El clínico debe comprobar si su diagnóstico satisface o no los requerimientos de las pautas de la GLADP.

La GLADP reconoce el derecho del clínico a sostener su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto sea excepcional y se reserve para especialistas de experiencia. Esto es de particular importancia en el diagnóstico de las formas atípicas de los trastornos mentales en que no hay criterios diagnósticos específicos para tales formas atípicas. No obstante, la ausencia de satisfacción de los criterios diagnósticos de la Guía se aclarará mediante el uso de las siguientes siglas: D.N.P. (diagnóstico no pautado) si no se ha satisfecho los requisitos diagnósticos de la GLADP, o estos no han podido ser revisados.

En este último caso, los requisitos diagnósticos proveídos por la Guía deben revisarse tan pronto sea posible, a fin de ofrecer al paciente una mayor certeza diagnóstica. El sostener un diagnóstico en contra de los criterios pautados (D.N.P.) exige que el paciente haya sido muy bien estudiado y que existan razones verdaderamente convincentes para hacerlo. No se justifica mantener un diagnóstico no pautado sólo porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos.

Debe tenerse en cuenta que algunos pacientes con depresiones, pueden tener manifestaciones típicas de su entorno cultural o edad, no recogidas en los criterios diagnósticos. En tales situaciones, si el cuadro es típico se considerará que cumple los requisitos diagnósticos.

Sólo es obligatorio hacer referencia al cumplimiento de los indicadores de la GLADP, pero si así se desea se puede señalar la satisfacción de las pautas de otros sistemas. Ejemplo:

F40.0 Agorafobia (CDI, DSM-IV, SCAN) Se da por sentado que en este caso están satisfechas las pautas de la GLADP. La sección dedicada a trastornos mentales cuenta con 10 categorías principales. El primer carácter, la letra F, identifica a todos los trastornos de esa sección; el segundo (del 0 al 9) se utiliza para individualizar cada una de las 10 categorías ya mencionadas,

las cuales, a su vez, están subdivididas en otras tantas categorías menores de tres dígitos. Un cuarto dígito es empleado para especificar los trastornos contenidos en cada categoría de 3 caracteres y el quinto suele ser utilizado para codificar frases calificativas, aunque excepcionalmente se use con los mismos objetivos que el cuarto.

2.4. La psicoterapia

Es un proceso comunicativo transformacional bidireccional y sistematizado, entre dos o más personas, que usa el mensaje y sus códigos, como medio para generar cambios en situaciones adaptativas, en el individuo al cual se dirige, en donde el mensaje se encuentra influenciado por las circunstancias ambientales y psicofísicas de los protagonistas.

Por otra parte, y cambiando de punto de vista, la Asociación Psiquiátrica Americana define a la psicoterapia en términos genéricos como cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal y no verbal con el paciente, que difiere específicamente de los tratamientos electro físicos, farmacológicos o quirúrgicos.

Para la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas la psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.

Es interesante remarcar que esta concepción no presupone una orientación o enfoque teórico definido.

Una definición social y médica (vista en cátedra) es la referida por Jerome Frank, que manifiesta: la psicoterapia es la interacción cargada de emociones y confianzas entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre, y durante esta interacción este sanador socialmente reconocido intenta aliviar el malestar del individuo mediante la comunicación de símbolos, principalmente la palabra y en ciertas ocasiones a través de expresiones corporales.

Otra definición de psicoterapia es la que sigue: tratamiento de naturaleza psicológica, que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. Se lleva de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, con la finalidad de eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente.

En esta definición queda claro que la psicoterapia se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra, en al menos dos aspectos:

- a) El primero, que la controla un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone le otorga la autoridad cultural propia de los médicos;
- b) El segundo es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias.

El consejero, el sacerdote, el amigo, intentan ayudar al sujeto a resolver su problema indicándole posibles formas de abordarlo, aconsejándole la mejor forma de comportamiento, incluso en los mejores casos pueden tener idea de la existencia de conflicto psíquico, pero no se ocupan de abordarlo. Por el contrario, los psicoterapeutas centraremos nuestra atención sobre dicho conflicto, y todo el manejo de la relación con el paciente lo dirigiremos a la solución de este conflicto. Según los objetivos y las técnicas utilizadas seleccionaremos una modalidad u otra de psicoterapia.

Por último, se puede resumir todo lo anterior diciendo que la psicoterapia es aquel tratamiento que:

- a) Se efectúa sobre un sujeto que se supone afectado por un conflicto psíquico
- b) Llevado a cabo por un experto en el mismo
- c) Con intención de anular, hacer desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos de dicho conflicto

- d) De acuerdo con una técnica previamente determinada según el conflicto, el método y los objetivos a alcanzar.
- e) Realizado con conocimiento explícito por ambas partes
- f) Siguiendo pautas de sistematización, frecuencia, duración y encuadre, previamente determinadas.
- g) Utilizando como único agente terapéutico la relación entre el terapeuta y el paciente.
- h) Es aquel procedimiento que pretende resolver el conflicto psíquico a través de la relación interpersonal entre el individuo que lo sufre y un experto en ese tipo de ayuda

Ahora que se ha llegado a un concepto final pasaremos a enumerar las distintas clasificaciones de psicoterapia.

2.4.1 La relación terapéutica

Los psicoterapeutas deberán ser conscientes en todo momento del poder que les concede la relación terapéutica. Por ello deberán mantener los límites adecuados con sus pacientes, pasados o actuales. En ningún caso se permite una relación de explotación o abuso, ni ideológico, ni económico, ni sexual ni emocional.

a) Condiciones y actitudes en la primera entrevista terapéutica

Una de las funciones en la primera entrevista terapéutica, será la de empatizar con la persona, conocer su ser, sus circunstancias y cómo la persona las vive. Por ello será necesario fomentar que el paciente se implique a sí mismo, haciéndose consciente de sus vivencias, pensamientos y sentimientos.

Una de las dimensiones más importantes que han de transmitirse es la fiabilidad, en sentido de competencia y habilidad personal y técnica para fundamentar el vínculo positivo de ayuda.

La actitud de atención, percepción y comprensión hacia la persona permitirá proporcionar al paciente una atmósfera en la que experimente seguridad y confianza, favoreciendo un encuentro consigo mismo, así como la libre expresión de actitudes y sentimientos, además de sus contradicciones y resistencias.

Del mismo modo, será necesario transmitir la importancia de la responsabilidad y capacidad, de predisposición, motivación y colaboración del paciente en el proceso terapéutico, promoviendo su sentimiento de autoeficacia y de autogestión. Es decir, la persona tiene que tener una conciencia de crisis o necesidad que le promueva al cambio, esto es, intencionalidad; además, su actitud debe implicar el deseo de superación y de cambio, es decir, direccionalidad, poniendo para ello a disposición sus propios recursos, lo que significa responsabilizarse y colaborar en el proceso terapéutico.

Cabe destacar que existen pacientes que debido a su falta de interés o pasividad (por diferentes causas) demandan una actitud más activa o directiva por parte del psicólogo, con lo que se delega en él la responsabilidad y la capacidad de evolución terapéutica. Señalar que la primera entrevista terapéutica puede ser un momento para clarificar los roles y las responsabilidades, reformulando la demanda y apuntalando la intencionalidad y direccionalidad en el proceso terapéutico.

2.4.2. Competencias de la Psicoterapia

Se espera que todo psicoterapeuta aborde y ejecute su trabajo con el objetivo de promover la integración personal y el bienestar de sus pacientes. Los psicoterapeutas se esforzarán en usar sus capacidades y habilidades profesionales para el mejor beneficio de sus pacientes y con el debido reconocimiento del valor, la dignidad y la autonomía de todo ser humano.

1. Titulación

Los psicoterapeutas deberán adquirir la acreditación adecuada y necesaria para el ejercicio de su profesión, mostrarla cuando sean requeridos y no detentar o dar a suponer titulaciones que no poseen.

2. Método de trabajo

Los psicoterapeutas informarán al principio del tratamiento y cuando sean requeridos por sus pacientes, los términos, condiciones económicas, duración aproximada del tratamiento y -si es apropiado- el método de su trabajo.

3. Confidencialidad

Los psicoterapeutas deberán preservar la confidencialidad en todo lo referente al tratamiento de sus pacientes. Sólo cuando terceras partes legítimas lo requieran, podrán revelar aquellos aspectos y circunstancias que sean estrictamente necesarios. Prevalecerá el derecho inalienable de los pacientes al secreto profesional, salvo en casos de peligro para la vida o de abusos a menores.

4. Relaciones profesionales

Cuando los psicoterapeutas consideren necesario contactar con otros profesionales, o sean estos quienes requieran información del psicoterapeuta, lo harán para el mayor bien de su paciente y previo consentimiento informado del mismo. Los psicoterapeutas deberán ser conscientes de sus propias limitaciones para el tratamiento integral del paciente y orientarlo respecto a otros abordajes o profesionales de ayuda.

5. Publicaciones

Los psicoterapeutas deberán salvaguardar el pleno anonimato de sus pacientes cuando vayan a hacer público material clínico en cualquiera de sus formas y obtener su consentimiento siempre que ello sea posible.

6. Competencia profesional

Los psicoterapeutas están obligados éticamente a desempeñar su profesión de una forma competente. Por ello, deberán haber adquirido y mantener posteriormente a lo largo de todo el ejercicio de su profesión, la formación, experiencia profesional supervisión de su actividad

clínica y actualización de los conocimientos adecuados y necesarios para garantizar su capacidad profesional.

7. Conducta perjudicial

Los psicoterapeutas deberán abstenerse de cualquier conducta que pueda resultar nociva para la profesión, los colegas o los formados. Asimismo deberán adoptar la acción adecuada frente a la conducta de colegas que pueda ser perjudicial para la profesión, los pacientes o los formados.

8. Publicidad

La publicidad de los servicios ofertados por el psicoterapeuta se hará de forma verídica, especificando sus áreas de trabajo o modelo utilizado, evitándose la competencia desleal y limitándose a la acreditación que detenta.

2.4.3 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 tanto para satisfacer adecuadamente sus necesidades en su relación consigo misma y con el entorno (modelo de persona sana y efectiva).

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

a) Contenidos de la entrevista inicial

La primera entrevista terapéutica está formada por diferentes fases o aspectos:

a) Anamnesis

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

En lo que respecta al saludo, se pueden reconocer posiciones y posturas en el acto de aproximación, observándose giros del cuerpo, enfrentamientos posturales. Lo que nos puede indicar tipos de relación en el pasado o expectativas de la misma hacia el futuro.

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.

Las manos, por otro lado, frecuentemente comunican y revelan información sobre la persona, tanto en los movimientos como en el aspecto de las mismas. Probablemente en la medida en que la persona tenga dificultad en la expresión o en la explicación de sus circunstancias, así como una necesidad de mayor atención, aumentará el movimiento de sus manos. Del mismo modo, las uñas son indicadores claros de estados de salud, pudiendo clarificar pautas de alimentación, índices de tensión o nerviosismo.

Dado que las personas también nos comunicamos a través del olfato, los diferentes olores biológicos son un excelente sistema de señal, como por ejemplo la transpiración, que puede ser un indicador de higiene, tensión, temor.

Respecto al aspecto físico o forma de vestir, señalar que explicita rasgos de la persona en función de si se trata de formas extravagantes, llamativas o por el contrario es discreta, oscura; la forma en que se combina.

La voz y el tono refleja en gran medida el estado de ánimo, así puede denotar persuasión, preocupación, cansancio, desinterés

Además de lo que se refiere a la comunicación no verbal, es de gran importancia las condiciones psicosociales de la persona, como es la organización del tiempo de trabajo y de descanso. La planificación de los mismos nos dará información sobre su capacidad para distribuir labor y ocio y de su libertad para alternarlos, de la salud y el bienestar de la persona, además de expectativas, motivación, necesidades, preferencias y capacidades de adaptación.

El historial educativo y formativo nos posibilitará adecuar nuestra comunicación a un nivel de comprensión por parte del paciente, y nos permitirá ajustar el nivel de expectativas.

El conocimiento de su recorrido sanitario y psicológico nos posibilitará saber de sus tendencias e implicaciones en su proyecto vivencial.

Por todo ello, deberíamos trabajar en la interpretación del estilo gesticular, los ademanes, el comportamiento corporal de la persona, adiestrándonos en lecciones de cinesis.

b) Demandas y expectativas

La persona acude a la consulta con diversas demandas y ampliamente variables, como puede ser la de buscar una relación paternal, en la que demanda la dirección de su vida; o tal vez una demanda confirmatoria con el objetivo de asegurarse sus propias decisiones; o sintomática, con el

fin de curar una enfermedad psicosomática evitando la exploración interna; también se puede dar la demanda mágica en la que la persona reclama la recuperación espontánea.

Al igual que la demanda y en relación con la misma, las expectativas con las que llega el paciente a la consulta son muy diversas. Así podemos encontrarnos con personas con expectativas muy negativas, derivadas tanto de malas experiencias pasadas, como por verse obligadas o empujadas en el proceso por una tercera persona; y/o encontrarnos con expectativas no realistas en la medida en que el sujeto sobreestime nuestras capacidades como psicólogos, delegando su responsabilidad en el proceso.

c) Contrato y cierre

Como es sabido, en toda relación terapéutica inicial ha de aparecer una situación de contrato en la que se especifican las condiciones del proceso terapéutico, las respectivas responsabilidades, la duración aproximada, así como los pasos del proceso terapéutico. Cabe destacar que existen casos en los que debido a la personalidad del paciente o sus circunstancias, el contrato ha de hacerse con un carácter más explícito, es decir un análisis pormenorizado del proceso (que siempre será cambiante).

En esta última parte de la entrevista se deberá poner en juego nuestra habilidad para clarificar el primer contacto con el paciente, ya que uno de los objetivos en la primera entrevista es establecer la relación terapéutica, y así poder comenzar el proceso, con el objetivo de incidir en el conflicto del paciente.

2.4.4 Modelos de psicoterapia

A continuación se presentan los modelos de psicología de los cuales se desprenden varias formas de tratamiento, siendo ellas las siguientes:

2.4.4.1 Modelo psicoanalítico

Según esta teoría, en cada persona existe una energía psíquica distribuida en las facetas de la personalidad; la energía se proyecta hacia la satisfacción inmediata de las necesidades del individuo. En este modelo, la estructura de la personalidad consta de tres partes: id, ego y superego.

El id consiste en las tendencias instintivas con las que nace el gobierno, según Freud proporcionan la energía psíquica necesaria para el funcionamiento de las dos partes de la personalidad que se desarrollan después: el ego y superego. El id se refiere únicamente a la satisfacción de las necesidades biológicas básicas y de evitación del dolor.

El papel primario del ego es mediar entre los requerimientos del organismo (las demandas del id) y las condiciones del medio ambiente. El ego funciona mediante el principio de la realidad para satisfacer las tendencias instintivas de la manera más eficaz.

La última parte de la personalidad que se desarrolla es el superego, en la cual está contenido valores de la sociedad en la que se desarrolla en niño. Estos valores surgen de la identificación con los padres. El niño incorpora a su personalidad todas las maneras socialmente aceptables de conducirse que le señalan sus padres.

Las funciones principales del superego son inhibir y persuadir el ego a sustituir por objetivos morales las tendencias instintivas y a luchar por alcanzar la perfección; estos conflictos son la fuente de los problemas del desarrollo psicológico.

Freud sostiene que cada individuo atraviesa por varias etapas durante sus primeros años de vida y que estos son decisivos en la formación de la personalidad adulta. Las etapas son: oral, anal, fálica y genital.

Durante la etapa oral del desarrollo (del nacimiento a los 18 meses) la fuente principal de satisfacción es la boca. La siguiente etapa es el periodo anal; esta se desarrolla de los 18 meses a los tres años y medio; aquí empieza a desarrollar tensiones anales por medio de la eliminación. La tercera etapa del desarrollo es la fálica y comprende a los tres y medio a los cuatro y medio. En ella el individuo empieza asociar la satisfacción sexual con el área genital.

El individuo posee mecanismos de defensa como la represión, que le ayudan a eliminar la ansiedad causada por deseos o sentimientos inaceptables; se motiva a la persona a olvidarlos y reprimirlos relegándolos a la inconsciencia.

De esta breve descripción de la teoría de la personalidad de Freud se desprende que existen muchos puntos a considerar para entender el comportamiento del consumidor; La contribución más importante de esta teoría es la idea de que las personas son motivadas por fuerzas tanto conscientes como inconscientes. Obviamente sus decisiones en la compra de productos están basadas, por lo menos hasta cierto grado en motivaciones inconscientes.

El planteamiento de Freud sobre los problemas creados por las tres estructuras de la personalidad son puntos que deben considerarse en la mercadotecnia. Debido a que representan diferentes necesidades y funciones dentro de la personalidad hay ocasiones en la que la compra de un producto genera conflictos estas estructuras. Se debe ayudar a suavizar el conflicto y aumentar la posibilidad de una venta. La comprensión de los diferentes mecanismos de defensa como la sublimación y formación reactiva sugiere formas en que el individuo puede afrontar la venta de diferentes productos.

Hay productos que permiten a algunas personas la expresión de motivos en forma explícita, por ejemplo los cazadores pueden comprar rifles para sublimar sus deseos de destruir y matar. En este caso una campaña promocional de rifles no deberá alimentar esos motivos inaceptables sino inferir razones aceptables para la cacería.

2.4.4.2 Modelo conductual

La terapia de la modificación de la conducta apareció a finales de los 50, como una alternativa radical a los modelos previos, especialmente a los psicodinámicos.

Parte de la idea de que:

- La mayor parte de la conducta es aprendida.
- Los principios de las teorías del aprendizaje, pueden utilizarse en la práctica clínica.

- Centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable.
- Conciben la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de la investigación científica. Contribuye a la génesis de la psicología científica.

Algunos autores consideran que, más que un modelo terapéutico, se trata de un conjunto de técnicas eficaces.

2.4.4.1. Desarrollo histórico

Su origen se remonta a principios de siglo: Escuela de fisiología rusa creada por I.M. Schenov (1829-1905): Toda conducta podía explicarse apelando a los reflejos, sin hacer referencia a la conciencia u otros procesos mentales.

Sus discípulos más destacados fueron Paulov (1848-1936) y Bechterev (1857-1927).

1. Aportaciones de Pavlov

- Estudio experimental de los procesos de condicionamiento.
- Inició el estudio de las neurosis experimentales en animales.

▪ Bechterev:

- ❖ Idea de que el condicionamiento podía explicar gran variedad de conductas humanas.
- ❖ Influyó decisivamente en Watson.

• Watson (1878-1958):

- ❖ Autor del manifiesto conductista.
- ❖ Con su tesis triunfó la idea de que la conducta podía investigarse estudiando los reflejos simples y sus combinaciones.

- ❖ Aplicación de los principios de condicionamiento en la reducción de los miedos. Su discípula Jones, recopiló hasta 7 métodos para eliminar los miedos infantiles. Sus trabajos demostraron que, los miedos podían ser tratados al nivel de la conducta manifiesta (en lugar de al nivel de los procesos subyacentes)
- A principios de siglo se desarrollan los estudios de Thorndike sobre condicionamiento instrumental: El aprendizaje se entiende como un proceso que obedece a diversas leyes de asociación E-R, siendo la más importante la ley del efecto (la conducta está controlada por sus consecuencias).
- Skinner establece su programa de investigación sobre el condicionamiento operante.
- Jacobson (1929): Método de relajación progresiva.
- A partir de los años 30:
 - Búsqueda de una mayor fundamentación teórica.
 - Interés en el desarrollo de las teorías del aprendizaje
 - Pelechano (1979) denomina a ésta fase: "periodo de latencia o incubación": Va desde 1938 (Publicación de la tesis de Skinner) a 1958 (publicación de "Psicoterapia por inhibición recíproca" de Wolpe).
- Hull (1884-1952): Influyó de forma decisiva en Wolpe para la génesis de la "psicoterapia por inhibición recíproca".
- Tolman (1896-1961): Abrió la puerta a las orientaciones cognitivas en terapia de la conducta.
- Guthrie (1886-1959): Importancia de la contigüidad (emparejamiento de estímulos con conductas específicas).
- Años 60-70

La terapia de la conducta se consolida como enfoque terapéutico.

Wolpe publica "Psicoterapia por inhibición recíproca". Inspirándose en Hull ("Principios de la conducta"), exploró la idea de que si la ansiedad condicionada podía inhibir la respuesta de comer en los gatos, la respuesta de comer podía servir para inhibir la ansiedad.

A partir del éxito con animales, buscó respuestas humanas que pudieran utilizarse para reacondicionar la ansiedad:

- La relajación profunda por medio de la relajación progresiva (Jacobson), se convirtió en la base de la desensibilización sistemática.
- Uso de respuestas asertivas para inhibir la ansiedad.
- La activación sexual para inhibir la ansiedad, se convirtió en el punto clave de nuevos enfoques en terapia sexual.
- En Inglaterra, Eysenck, tuvo un papel fundamental en la consolidación del movimiento.

Compartiendo éste propósito, Shafiro, inició sus estudios experimentales sobre caso único

1) Influyó en el desarrollo de la evaluación conductual, al proponer el uso de medidas conductuales específicas para cada cliente, en lugar de baterías de tests estandarizados. En éste tiempo, se publicaron entre otros "*Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*" de Bandura y Walters (1963): Sobre el aprendizaje observacional, a través del cual, se irá introduciendo la complejidad del mundo social en el que el aprendizaje ocurre en realidad.

- Años 80-90: La fragmentación teórica y la "cognitivización" de la psicología, han producido una creciente reserva respecto al poder explicativo de las teorías del aprendizaje.

2.4.4.3 Modelo Humanista

El modelo humanista está fundamentado en el principio de que los individuos y grupos en conflicto poseen vastos recursos para la autocomprensión y el crecimiento, los cuales se pueden aprovechar a través de la experiencia de un conjunto reducido y bien definido de condiciones facilitadoras. Estas condiciones son: La empatía, la autenticidad y la aceptación positiva incondicional del terapeuta. La terapia no trata de hacer "algo al individuo", o de inducirlo a

hacer algo sobre sí mismo; sino que trata de liberarlo para un crecimiento y desarrollo normales, se trata de eliminar los obstáculos para que así pueda seguir adelante.

Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia guesáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente".

2.4.4.4 Modelo sistémico

Los modelos revisados hasta ahora, tenían en cuenta el ambiente intersubjetivo en el que el hombre vive. Sin embargo, ninguno de ellos, centra sus objetivos terapéuticos específicamente en la modificación de patrones de interacción personal. Esta es la principal aportación de los modelos sistémicos. El desarrollo del modelo sistémico, ha estado unido a la evolución de la terapia familiar, pero, actualmente, su ámbito de aplicación es mucho más amplio.

Sus aportaciones son numerosas:

- Punto de vista técnico: Trabajo sobre patrones de interacción que ha supuesto introducir a los otros significativos en el ámbito terapéutico.
- Desde el punto de vista teórico: Concepto de sistema, como oposición al reduccionismo, o, énfasis en las propiedades supersumativas (el todo es más que la suma de sus partes).

Los modelos sistémicos representan el marco conceptualmente más provocador y tecnológicamente más innovador de la psicoterapia actual.

A principios de siglo, existían ya formas de consejo matrimonial y orientación infantil, que incluían a otros miembros de la familia en la terapia, para incrementar la comprensión del problema del individuo y facilitar su tratamiento. A final de los 30 se crean, en EEUU, las primeras asociaciones familiares (actualmente existen como AAMFT: *American Association for Mariage and Family Therapy*). La importancia de las relaciones familiares en la génesis de los conflictos neuróticos, se había puesto de manifiesto en el enfoque psicoanalítico, pero, con un

planteamiento terapéutico exclusivamente intrapsíquico (individual). Incluso Freud había desaconsejado todo contacto entre el psicoanalista y la familia del cliente (regla de abstinencia).

A pesar de esto, fue un psicoanalista, Ackerman (1937), el que publicó un artículo "*La familia como unidad social y emocional*" que suele citarse como precursor de la tesis de que las actitudes de la familia, pueden influir en los síntomas de uno de los miembros.

Así, durante los 40, se fueron produciendo aportaciones de autores Sullivan, Horney, E. Fromm, desde el marco psicoanalítico. La psicología social popularizó la "teoría del interaccionismo simbólico":

Los neopsicoanalistas consideraron el rol del ambiente psicosocial actual, en la génesis de la neurosis.

Las aportaciones más influyentes para la terapia familiar fueron:

- Fromm-Reichman (1948): concepto de "*madre esquizofrenógena*".
- Rosen (1953): concepto de "*madre perversa*".

Igualmente, durante los 50, Whitaker había trabajado con esquizofrénicos en el seno de la familia, igual que Bowen, Boszormenyi-Nagy y Framo (todos con orígenes psicoanalíticos).

Otro predecesor de la terapia familiar fue Bell: Empezó a utilizar las entrevistas conjuntas para el tratamiento de problemas infantiles, y obtuvo un éxito considerable.

Pero, los inicios más serios de la terapia familiar se atribuyen al antropólogo Bateson et al (Hospital de Palo Alto): Investigación sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia: Teoría del doble vínculo: Propone una visión de la comunicación esquizofrénica como un intento desesperado para adaptarse a un sistema con estilos comunicativos incongruentes: Se realiza el paso del síntoma individual al sistema. El valor histórico de ésta teoría es el haber facilitado la

adopción de la Teoría General de Sistemas (TGS) como marco conceptual, y que sirvió de fundamento para el desarrollo de la comunicación humana.

2.4.5. Formas de Psicoterapia

2.4.5.1. Psicoanálisis

El psicoanálisis es una disciplina fundada por Sigmund Freud y en la que, con él, es posible distinguir tres niveles:

1) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres.

2) Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica; ejemplo, emprender un psicoanálisis (o un análisis).

3) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

2.4.5.2. Psicoterapia breve y de urgencia

En esencia, a pesar del mérito de otras aproximaciones a la psicoterapia breve, el enfoque particular es el intento más amplio de abordar todos u cada uno de los problemas traídos a la clínica o consultorio.

Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que representa. Por lo tanto, hay que encontrar el mejor punto de ventaja desde el cual entender al paciente. El psicoanalista debe de encontrar que la teoría psicoanalítica de la personalidad, de psicopatología y tratamiento se ha concebido ampliamente como las más útiles.

2.4.5.3. Psicoterapias conductistas

2.4.5.3.1. Terapia racional emotiva

La terapia racional emotiva fue desarrollada por Albert Ellis, entre otros, quienes creen que tus sentimientos no controlan tus pensamientos - tus pensamientos controlan tus sentimientos. Las emociones negativas no son inevitables, pero ocurren como resultado de modelos del pensamiento que hemos tenido a lo largo de los años. Si podemos aprender a repensar las situaciones, podemos aprender a controlar las emociones negativas.

- Principios Básicos de la T.R.E.C

a) La cognición es el determinante más importante y accesible de la emoción humana. De manera sencilla, sentimos lo que pensamos. No son las circunstancias, ni los demás los que nos hacen sentir como sentimos, sino es nuestra manera de procesar estos datos, seamos o no conscientes de ello. Ciertas circunstancias macro tales como el pasado, y los eventos externos contribuyen pero no son directamente lo que determina nuestras emociones.

b) Para cambiar nuestra perturbación emocional, para mejorar nuestros problemas emocionales y conductuales, debemos cambiar nuestros esquemas disfuncionales de pensamiento.

c) Los esquemas disfuncionales de pensamiento son causados por factores múltiples, que incluyen causas genéticas, biológicas y las influencias ambientales. Los humanos tiene una natural tendencia a desarrollar esquemas disfuncionales de pensamiento, aún en los ambientes más favorables.

d) Aunque la herencia y el ambiente sean importantes en la adquisición de los esquemas disfuncionales de pensamiento, la gente mantiene sus esquemas disfuncionales por autoadoctrinamiento o repetición de sus creencias irracionales. La causa más próxima de perturbación emocional es la adherencia actual a las creencias irracionales, más que la forma en que fueron adquiridas en el pasado. Si las personas reevaluaran su pensamiento y lo abandonaran, su funcionamiento actual sería muy distinto.

e) Las creencias actuales pueden ser cambiadas aunque tal cambio no sea fácil. Las creencias irracionales pueden cambiarse mediante esfuerzos activos y persistentes para reconocer, desafiar y revisar el propio pensamiento.

2.4.5.3.2. Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindar al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos.

a) Características de la psicoterapia cognitiva conductual

La psicoterapia cognitiva se caracteriza, entre otras cosas, por:

a) Ser breve.

b) Focalizarse en el presente, en la problemática planteada y en su solución.

c) Haber prevención hacia futuros trastornos.

d) La psicoterapia cognitiva o terapia cognitiva conductual requiere de una labor en conjunto, contando con la actividad del terapeuta y del paciente, ya que para lograr los objetivos

propuestos, los mismos deben ser desarrollados entre los dos, siendo estos claros y compartidos, estar de acuerdo en las metas a alcanzar y en la modalidad a utilizar.

e) Es necesaria la cooperación del paciente para, de este modo, realizar un trabajo en conjunto y en equipo.

f) El paciente obtiene un rol activo, en el cual debe trabajar no solamente en las sesiones con el terapeuta, sino también fuera del consultorio, con diferentes tareas dictadas por el profesional.

g) Psicoeducación: en el transcurso del tratamiento de la Psicoterapia Cognitiva, es necesario informar al paciente acerca de la modalidad en que se trabajará en el tratamiento, proponiendo metas y objetivos a cumplir, en forma conjunta, es decir, entre el terapeuta y el paciente. Conocer en qué consiste el tratamiento, además de ser de gran utilidad, es necesario ya que el paciente tiene derecho a saber qué es lo que va a pasar.

h) La Psicoterapia Cognitiva, realiza también diversos aprendizajes en el paciente, quien incorpora técnicas en su vida, enseñadas por el terapeuta. Estos aprendizajes son muy útiles, ya que, luego de haber terminado el tratamiento, el paciente cuenta con recursos que puede llegar a aplicar en futuras situaciones.

i) El objetivo principal de la Psicoterapia Cognitiva es el de ayudar al paciente a superar la problemática planteada, para de este modo, poder manejarse mejor en su vida cotidiana.

j) La reestructuración cognitiva, por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades cognitivas conductuales, colaboran en mejorar el estado del paciente.

b) Aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual

Diversas investigaciones han demostrado resultados eficaces sobre diversos trastornos y problemáticas, entre ellos:

- Adicciones
- Ansiedad
- Ansiedad Social
- Ataques de Pánico
- Depresión
- Crisis de Pánico
- Conflictos de Relación
- Colon Irritable
- Estrés
- Disfunciones Sexuales
- Dolor
- Hipertensión
- Ira
- Inhibiciones
- Trastorno Bipolar
- Trastornos de Ansiedad: fobias, ataque de pánico, TOC, fobia social
- Trastornos de Angustia.
- Trastornos del Estado de Animo
- Trastornos Psicossomáticos
- Violencia.

2.4.5.4. Psicoterapia humanística

2.4.5.4.1. Psicoterapia gestáltica

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.

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

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

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

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

2.4.5.4.2. Logoterapia

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

La metodología logoterapéutica de Frankl se basa en tratar las enfermedades psíquicas tanto desde un abordaje netamente médico (por ejemplo a ciertas personas que le consultaban por depresión, tras estudiarlas, les recetaba un tratamiento hormonal), aunque principalmente la cuestión es dialogar con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida.

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la derreflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión. En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" -como se le llama al cliente o paciente- aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él. En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio. Y en el diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

Si tenemos en cuenta que Viktor Frankl llevó su teoría que ya había comenzado a desarrollar anteriormente- a la práctica en un campo de concentración alemán, podremos comprender el porqué de dicha tesis: al desprenderse de todo lo material, de sus logros, de sus problemas, de todo aquello por lo que ha luchado en la vida, comprende que sólo le queda su esencia, su génesis, su logos. De esta forma podrá ver detalles, cualidades, recursos y características de uno

mismo que nunca pensó ver o encontrar, se fijará en aspectos de la vida realmente importantes; con el tiempo la persona logrará trascender y ver un verdadero sentido en su vida y se sentirá feliz de estar vivo.

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

a) Técnicas

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

- En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma.
- En la derreflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión.
- En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" como se le llama al cliente o paciente aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él.
- En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio.
- El diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

b) Aplicaciones de la logoterapia

1. Logoterapia directa o específica:

Intervención en problemas originados en la dimensión Noética (Espiritual- Existencial) y que parte de dicha dimensión. Método de abordaje principal para la intervención terapéutica en Situaciones Límite: Procesos de Duelo, muerte de hijos método de abordaje principal para la intervención terapéutica en Situaciones Límite: Procesos de Duelo, muerte de hijos, cambios laborales y desempleo, enfermedades terminales, depresión y angustia ante la muerte; Triada Trágica: Sufrimiento, Culpa y Muerte.

2. Logoterapia indirecta o inespecífica:

De apoyo complementario de la Medicina y Psicología, para trastornos somáticos (del cuerpo), psicógenos (de la mente) y/o Sociógenos (de la sociedad) donde la causa de su condición y/o enfermedad no es estrictamente espiritual-existencial, pero el consultante tiene manifestaciones diversas que afectan su existencia: Sufrimiento, Culpa, Angustia ante la Muerte, Ansiedad, Depresión, Frustración y/o Vacío Existencial y/o problemas emocionales diversos que requieren un manejo Integral. Se utiliza con buenos resultados como complemento para personas que tienen afecciones médicas como Diabetes, VIH-SIDA, obesidad, Cáncer, enfermedades auto-inmunes, también con personas con problemas de salud mental Depresión, Trastornos del estado del ánimo, Trastornos de personalidad, Esquizofrenia, etc. También se usa con familiares de personas con adicciones, enfermedades y/o fallecidos.

3. Análisis existencial biográfico:

Método de auto-conocimiento y autodescubrimiento biográfico con fines terapéuticos y/o de Desarrollo Humano, que conlleva a la Autorrealización, Autotrascendencia y Sentido de la Vida. El Análisis Existencial Biográfico, busca ayudar a las personas a responder a la pregunta ¿Quién soy yo?

4. Análisis existencial preventivo de las neurosis contemporáneas:

La Logoterapia no se limita a trabajar los problemas actuales y vigentes de la persona, sino que estimula el desarrollo de respuestas y fortalezas ante situaciones posibles de muerte, sufrimiento, culpa y los problemas de la época: adicciones, violencia, depresión y suicidio, trastornos alimenticios y las diversas actitudes de vida que conlleva el mundo moderno (Individualismo)

5. Cura médica de las almas (*Meddical Mistry*):

Cuando estimula una actitud de respeto, acompañamiento y amor incondicional a la persona, aunque todo objetivo terapéutico haya fracasado o la condición de la persona enferma no sea solucionable, acompañándolo a soportar su dolor y sufrimiento, encontrar el Sentido y Aceptar su situación asumiendo valores de experiencia amor, amistad, creación trabajo, arte y principalmente de Actitud.

2.4.5.4 Psicoterapia Sistemática

2.4.5.4.1. Psicoterapia familiar

Psicoterapia es "una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad". "La Psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, primario, la familia. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar sino más bien crear una nueva manera de vivir".

Las directivas terapéuticas consisten en tareas, indicaciones a seguir, líneas de conducta dadas por el terapeuta a los miembros de la familia. Pueden ser de dos tipos: significación abierta y oculta. Otros medios de acción que cabe mencionar son aquellos que se caracterizan por la estimulación de la imaginación, de la intuición, de la creatividad y de la inventiva como: el uso de metáforas, el uso de relatos, o bien, las esculturas familiares o la representación de roles. Estos

diferentes medios terapéuticos tienen por objetivo desbloquear los recursos naturales de la familia y activar su potencial creativo. El objetivo principal del marco terapéutico consiste en aparejar la competencia del terapeuta a la del sistema familiar para que la de éste último crezca de manera óptima. Así pues el tratamiento llegará a su fin cuando la competencia de la familia llegue a ser prácticamente igual a la del terapeuta en cuanto a la resolución de sus problemas específicos. La formación del terapeuta suele tener una duración media de dos años aunque hay que añadir que ésta nunca termina. Además, buenos auxiliares técnicos son la coterapia y la supervisión.

2.4.5.5 Psicoterapias alternativas

Las psicoterapias alternativas se presentan como una complementación a la medicina bioenergética, y una solución efectiva en la problemática de salud mental que presenta la sociedad actual.

A pesar de la efectividad en la práctica de las psicoterapias alternativas, probada ampliamente a nivel científico, el uso de algunas de sus técnicas están a cargo de los curanderos y los denominados brujos que utilizan sin ningún fundamento, apoyo científico o formación profesional la terminología, técnicas, de modificación de conducta y autoconocimiento, como estrategia de mercado aprovechando la necesidad y el desconocimiento de las personas para obtener beneficios económicos personales y en muchos casos jugando y poniendo en riesgo la salud mental y la calidad de vida de sus clientes.

Los profesionales pueden desarrollar y practicar de forma científica las diferentes modalidades y estrategias que brindan las psicoterapias alternativas luego de haber practicado ampliamente las psicoterapias tradicionales y haber encontrado estadísticamente resultados más estables en la evolución de los pacientes.

Esto se explica porque la modificación, el cambio o manejo de la situación que busca cada paciente es obtenido por el mismo, con un manejo adecuado de las contingencias externas, pues en la conducta confluyen tanto el aprendizaje como el medio y la motivación propia del sujeto.

Mediante la utilización de los conocimientos generados por la psicología conductual, gestal, humanista y el mismo psicoanálisis, las terapias alternativas son una solución no solo eficaz sino duradera en los problemas de estabilidad personal, sexual, afectiva, laboral, de afrontamiento, dependencias y en general salud mental y conductual que padece y sufre el mundo moderno.

Entre ellas están:

2.4.5.5.1. Aromaterapia

La aromaterapia es un antiguo arte que se incorpora a esta época de vida de cambios veloces y vida acelerada. Esta disciplina aporta un uso terapéutico de los aromas puros para un tratamiento natural y un complemento importante para ayudar a restablecer nuestro equilibrio y armonía. Los aceites esenciales poseen muchas propiedades que provocan estímulos en el ser humano y se convierten en un invaluable elemento de bienestar. El uso de esencias es de tiempos remotos y tiene referencias en todas las culturas y religiones.

En la antigüedad, los egipcios hace 40 siglos a.C. hacían preparados con aceites esenciales que se utilizaban en medicina, cosmética, baños, y para armonizar los templos.

Los egipcios iniciaron el arte de extraer las esencias de las plantas calentándolas en recipientes de arcilla, fueron los alquimistas griegos quienes conservando la fragancia y las propiedades curativas inventaron la destilación para obtener aceites esenciales. El uso de aceites esenciales se realizaba desde hace milenios en China India y Persia. Los vedas también utilizaban aceites para su medicina.

Los vegetales medicinales-aromáticos producen esencias, las mismas son extraídas por destilación y presión, también hay otros métodos para algunas especies particulares.

2.4.5.5.2. Musicoterapia

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

2.4.5.5.3. Terapias bioenergéticas

La bioenergética es una forma de entender la personalidad humana (psiquis) en términos del cuerpo y sus procesos energéticos. Estos procesos, a saber, la producción de energía a través de la respiración y el metabolismo y la descarga de energía en el movimiento, son las funciones básicas de la vida.

La terapia bioenergética combina el trabajo con el cuerpo y con la mente, para ayudar a la gente a resolver sus problemas emocionales, y a comprender mejor su potencial para el placer y el gozo de vivir. Una tesis fundamental de la bioenergética es que cuerpo y mente son funcionalmente idénticos: es decir, lo que sucede en la mente refleja lo que está sucediendo en el cuerpo, y viceversa.

Además de las intervenciones con las manos la bioenergética pone su acento en los ejercicios corporales y en la respiración. Está considerada una técnica menos teórica que su antecesora, pero con características especiales de funcionalidad.

Conclusiones

- Los temas tratados con anterioridad constituyen la base teórica y formativa de las áreas que se consideran más vulnerables para darle una solución adecuados a los casos tratados.
- Mediante la información recopilada se pueden diagnosticar diversos tipos de problemas emocionales las causas que los constituyen, y por consiguiente las terapias adecuadas para la resolución de los mismos.
- El presente informe constituye un antecedente formativo e instructivo, así como una fuente de consulta para la resolución de casos posteriores.
- A través del análisis y la práctica se pueden determinar que los problemas familiares y la violencia intrafamiliar constituyen un impacto de gran relevancia en la vida y su manifestación de los niños.
- Se considera que los temas y casos concuerdan y radican el mal en la violencia intrafamiliar, la cual se considera hereditaria y transmitible, es decir un círculo vicioso cerrado.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En el siguiente capítulo se detalla la metodología utilizada durante la Práctica Profesional Dirigida, se presentan las actividades realizadas y los programas, las planificaciones y los cronogramas, con el fin de sistematizar mejor el trabajo, se hizo un proyecto de salud mental dirigido al área rural, para esto se realizó un trabajo en equipo, se da a conocer la forma en que se desarrolló.

3.1. Programa de Práctica Profesional

I. Propósito del curso

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

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

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

La práctica profesional dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y

consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que las y los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

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

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

II. Competencias a fortalecer

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

III. Indicadores de logro

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

IV. Indicadores de logro

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

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

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

- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

3.2. Cronograma de práctica dirigida

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

Fecha	Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
29 y 5-02	<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos 	Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos
12 y 19-02 26 y 5-03	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del Manual de Estilo • La entrevista 	Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo Ejercicios con resumen de entrevista	Guía de lectura Valor 5 puntos

12 y 19-03	Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico	Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de Marzo Investigación marco de Referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades Investigación de problema-tica principal atendida en el centro de Práctica	Entrega y revisión Valor 5 puntos
26 y 9-04	Referente Metodológico	Elaboración de Referente Metodológico	Entrega y revisión Valor 5 puntos
Mes de Marzo	Detección y atención de casos en centro de práctica	Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc. Discusión de casos	Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos 2 casos)
16 y 23-04	Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios	Entrega y revisión Valor 5 puntos
30-4 y 7-05 14 y 21-05	Análisis y discusión de formas de Psicoterapia	Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos Entrega de Informes / cada mes Entrega de constancia de horas de práctica cada mes

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

28 -05 y 4-06 11 y 18-06	Supervisión de actividades primer grupo Supervisión de actividades segundo Grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica. Valor 10 puntos
Meses de junio y julio	Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias Clínicas. Valor 5 puntos Participación
2 y 9-07	Aplicación de técnicas De intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema. Valor 5 puntos
16, 23-30-07	Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	Investigación sobre tema de Psicopatología. Valor 5 puntos

6 y 13-08	Capacitaciones o Talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos
20 y 27-08	Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

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

3.3. Planificación de actividades generales



Universidad Panamericana

Licenciatura en Psicología y Consejería Social

Nombre de la o él alumno: Nidia Iveth Ajin Muñoz Carné: 0601225

Catedrática de Práctica: Licenciada Sonia Pappa.

Nombre de la Institución: Liga Guatemalteca de Higiene Mental

Mes de marzo

Objetivo	Actividades	Recursos	Indicadores de Logros
<ul style="list-style-type: none"> * Conocer la institución en la manera que funciona y maneja sus labores. * Apoyar a la institución en sus debilidades y fortalezas. * Aplicar técnicas psicológicas en lo que sean necesarios en la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> * Inicio de practica * Diagnóstico institucional * Entrevistas con el director o encargado de la institución * Entregar informe mensual del centro de práctica. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Centro de practica * Oficina de despacho * Computadora * Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco * Agenda de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> * Conoce y describe las funciones que realiza la institución * Apoya las políticas y fortalece la institución con los conocimientos aprendidos. * Aplica técnicas psicológicas en la institución.

Mes de abril

Objetivo	Actividades	Recursos	Indicadores de Logros
<ul style="list-style-type: none"> * Conocer y funcionar como profesional de psicología a casos que atiende la institución. * Analizar las soluciones que da institución a casos que atienden con tratamientos psicológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica. * Observación de las formas de cómo aplican las problemáticas y las soluciones que da la institución. * Entrega de informe mensual del centro de práctica. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Centro de practica * Oficina de despacho * Computadora * Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco * Agenda de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> * Funciona como profesional de psicología en el centro de práctica. * Aprende nuevas técnicas psicológicas en el centro de práctica.

Mes de mayo

Objetivo	Actividades	Recursos	Indicadores de Logros
<ul style="list-style-type: none"> * Aplicar actividades de rapport en casos dados por la institución. * Dar entrevistas a pacientes dados por la institución. * Aplicar las técnicas psicológicas aprendidas en práctica y las nuevas que elabora la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> * Aplicación de técnica de rapport- * Detención de casos. * Dinámicas. * Juegos. * Entrevistas. * Entrega de informe mensual al centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Aplicación de técnica de rapport. * Detención de casos * Dinámicas * Juegos * Entrevistas * Entrega de informe mensual del centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Establece rapport con los pacientes para poder brindar una terapia en confianza. * Da entrevistas a pacientes. * Aplica técnicas psicológicas en pacientes.

Mes de junio

Objetivo	Actividades	Recursos	Indicadores de Logros
<ul style="list-style-type: none"> * Atender casos individuales y familiares en la institución. * Elaborar historiales clínicos de cada paciente de la institución. * Dar psicoterapias a pacientes de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> * Atención de casos * Elaboración de historias clínicas. * Discusión de casos * Psicoterapias aplicadas por la institución. * Entrega de informe mensual del centro de práctica. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Centro de practica * Oficina de despacho * Computadora * Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco * Agenda de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> * Atiende casos individuales y familiares en la institución. * Elabora historias clínicas de cada paciente. * Aplicar formas de psicoterapia a pacientes de la institución.

Mes de julio

Objetivo	Actividades	Recursos	Indicadores de Logros
<ul style="list-style-type: none"> * Funcionar como un profesional de psicología en el centro de práctica. * Atender a pacientes y solucionar las causas que ocasionan su problemática. * Aplicar técnicas de intervención clínica en 	<ul style="list-style-type: none"> * Aplicación de psicoterapias en los pacientes. * Atención de casos * Investigaciones de psicopatologías encontradas en el centro de práctica. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Centro de practica * Oficina de despacho * Computadora * Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco 	<ul style="list-style-type: none"> * Funciona como profesional de psicología en el centro de práctica. * Atiende casos y soluciona las causas que ocasionan su problemáticas. * Aplica técnicas de intervención clínica en

psicodiagnóstico.	* Entrega de informe mensual del centro de práctica.	* Agenda de actividades	psicodiagnóstico.
-------------------	--	-------------------------	-------------------

Mes de agosto

Objetivo	Actividades	Recursos	Indicadores de Logros
<p>* Capacitar a grupos de personas con técnicas psicológicas en el centro de práctica.</p> <p>* Enseñar modelos de técnicas psicoterapéuticas para fortalecer el centro de prácticas.</p>	<p>* Elaboración de planificación de talleres.</p> <p>* Capacitaciones de técnicas psicológicas a personas del centro de práctica.</p> <p>* Final de la práctica profesional dirigida.</p> <p>* Entrega de informe mensual del centro de práctica.</p>	<p>Materiales:</p> <p>* Centro de practica</p> <p>* Salón de usos múltiples del centro de prácticas.</p> <p>* Hojas de papel de 80 gramos tamaño carta en blanco</p> <p>* Agenda de actividades</p>	<p>* Capacita a grupo de personas con técnicas psicológicas en el centro de práctica.</p> <p>* Enseña modelos de técnicas psicoterapéuticas para fortalecer el centro de práctica.</p>

3.4. Cronogramas de capacitación

Charla 1: ¿Cómo ayudar a los jóvenes a estudiar?

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	¿Cómo ayudar a los jóvenes a estudiar?	3 minutos
Desarrollo del tema	¿Cómo ayudar a los jóvenes a estudiar?	25 minutos
Presentación de la historia del hijo de Pele	Relato de la historia del hijo de Pele	15 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas de los padres de familia	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 2: Problemas en los adolescentes

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Problemas en los adolescentes	3 minutos
Desarrollo del tema	Problemas en los adolescentes	25 minutos
Trabajo en grupo	Los adolescentes escribirán cuales son los problemas que pueden presentarse en su vida	15 minutos
Tiempo de exposición de los problemas que afrontan y preguntas	Preguntas	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 3: Autoestima en los adolescentes

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	3 minutos
Desarrollo del tema	Autoestima y tipos de autoestima	25 minutos
Trabajo en grupo	Trabajarán en grupos y discutirán lo aprendido y escribirán sus conclusiones	15 minutos
Tiempo de exposición de las conclusiones y preguntas	Preguntas y exposición	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 4: ¿Cómo estudiar?

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	¿Cómo estudiar?	3 minutos
Desarrollo del tema	¿Cómo estudiar?	25 minutos
Trabajo en grupo	Trabajarán en grupos y discutirán lo aprendido y escribirán sus conclusiones	15 minutos
Tiempo de exposición de las conclusiones y preguntas	Preguntas y exposición	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 5: Residencia

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Residencia	3 minutos
Desarrollo del tema	Resiliencia	25 minutos
Trabajo en grupo	Trabajarán en grupos y discutirán lo aprendido y escribirán sus conclusiones	15 minutos
Tiempo de exposición de las conclusiones y preguntas	Preguntas y exposición	10 minutos
Presentación de videos	Observación de los videos de: Tony Meléndez y de Nick	5 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

3.5. Cronograma de actividades proyecto de salud mental

ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación (énfasis en la intervención psicológica que se brindará)	Mirian Castro (español) Aisha Tepaz (Kaqchiquel)	10 min
Información general sobre las actividades a desarrollarse (especialidades médicas, atención psicológica a grupos específicos, entrega de medicamentos, etc.)	Sara Bala	10 min
Intervención psicológica a los grupos específicos, de acuerdo a cada plan de acción elaborado	Cada grupo responsable, de acuerdo al plan de intervención elaborado para la población específica que será atendida	El tiempo que sea necesario

Conducción de personas a las especialidades médicas (aclaración de dudas, persuasión de la necesidad de exámenes para mujeres, etc.)	Cada grupo responsable	15 min
REFACCIÓN PARA LOS COLABORADORES		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea necesario
ALMUERZO PARA COLABORADORES Y ESTUDIANTES (30 min)		
Continuación de la intervención psicológica y atención médica		
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	5 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de Fuentes	Toda la actividad

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo encontraremos los resultados que se obtuvieron durante la realización de la práctica, en el centro de La Liga de Higiene Mental de Guatemala, ubicada en el departamento de Chimaltenango siendo estos los que a continuación se detallan.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Brindar la ayuda psicológica a las personas que se presentaron al centro de atención psicológica.
- ✓ La terapia brindada a cada uno de los pacientes ayudó a la estabilidad emocional de los pacientes.
- ✓ Promover una mejor salud mental en los pacientes de La Liga de Higiene Mental de Chimaltenango.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ Al principio no se contaba con pacientes para la realización de la práctica.
- ✓ La persona que ayudaba con brindar la información no la daba completa y las personas que iban en busca de ayuda se quedaban sin la información y sin la ayuda psicológica.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ Durante la realización de la práctica se pudo atender casos con atención psicológica.
- ✓ Pudimos ayudar a las personas que necesitaban de ayuda psicológica.
- ✓ Se llevo a cabo el trabajo de la terapia con los pacientes que asistieron al centro de ayuda.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Se le recomendó a las personas que asistieron a las diferentes terapias que continuaran con su proceso terapéutico.
- ✓ Se le recomienda al centro de práctica tener una persona que pueda brindar la información adecuada a las personas que asistan por información al centro.

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

Historia Clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre:	M.E.M.G
Edad:	9 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	Aldea San Miguel Morazán, El Tejar Chimaltenango.
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 21 de junio de 2001
Escolaridad:	2do. Grado primaria
Religión:	Católica
Evaluador:	Nidia Iveth Ajin Muñoz
Fecha:	05 de mayo 2,010

2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, tiene un estado de ánimo triste, se niega a cumplir con las tareas escolares.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta tristeza.
- Nivel conductual: inconstancia.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: activa.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Constantemente recibe regaños por parte de sus padres y hermanos.

4.2 Relaciones sociales: Se relaciona adecuadamente con los niños de su edad y personas mayores que conoce.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema al maltrato verbal que en ocasiones le da su maestra en el centro escolar.

5. Historia del problema

Ha sufrido el alcoholismo de su padre, manifestando tristeza, bajo rendimiento en la escuela, pero estas manifestaciones han aumentado desde que vio que el padre le pegó a su madre.

Anteriormente presentó cambios en su conducta y rendimiento escolar, pero en menor grado que en la actualidad.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Alcoholismo del padre, depresión en la madre.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo...)

La px Manifiesta que sus padres son muy buenos al igual que sus dos hermanos, pero su padre tiene un carácter fuerte y su madre la regaña cuando no hace las tareas escolares o cuando hace algo que no es lo correcto.

M. es una niña de 9 años de edad, el padre tiene 45 años, quien padece alcoholismo desde hace unos 3 años. La madre tiene 36 años, ante el alcoholismo del padre en alguna oportunidad tomo la decisión de separarse del padre de sus hijos

El padre bajo efectos del alcohol ha utilizado violencia física con su esposa y violencia verbal y psicológica a sus hijos.

7. Diagnóstico multiaxial

- | | |
|---------|--|
| Eje I | Ninguno |
| Eje II | Ninguno |
| Eje III | Ninguno |
| Eje IV | Problemas relativos a la enseñanza
Amenaza de pérdida de grado. |
| Eje V | Grado de adaptación psicosocial EEAG: 71-80 |

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica. Porque cuenta con el interés y la ayuda de la madre familia.

9. Tratamiento

Se trabaja en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental con terapias cognitivo conductual, reforzamiento positivo y terapia familiar ejercidas por la psicóloga inferí (Practicante: Nidia Iveth Ajin Muñoz) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

Historia Clínica No. 2

1. Datos generales

Nombre:	G.B.G.E.
Edad:	10 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Chimaltenango, Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 21 de junio de 2000
Escolaridad:	2do. Grado primaria
Religión:	Católica
Evaluador:	Nidia Iveth Ajin Muñoz
Fecha:	24 de mayo 2,010

2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, se niega a cumplir con las tareas escolares, refiere que no le gusta ir a la escuela, es agresivo y no sigue normas dentro y fuera del establecimiento.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta agresividad.

- Nivel conductual: inconstancia.
- Nivel motivacional: disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: activo.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: Constantemente recibe regaños por parte de su madre.

4.2 Relaciones sociales: manifiesta agresividad con sus compañeros de clase.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema a que la madre le exige demasiado a que la ayude en el trabajo de la panadería.

5 Historia del problema

Ha sufrido desde que su padre los abandono, presenta cambios en su conducta cuando no duerme lo suficiente, ya que en varias oportunidades se ha quedado dormido en clase y esto se debe a que se levanta muy temprano a trabajar.

Su cambio de comportamiento es agresivo porque no le gusta que los demás niños tengan cosas bonitas o que le den reglas dentro de su centro escolar.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Alcoholismo del padre, depresión en la madre.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo...)

El px Manifiesta que sus padre era bueno cuando vivía con ellos, la mamá es de carácter fuerte ya que lo regaña cuando no cumple con las tareas asignadas y cuando se escapa del centro escolar y de su casa.

G. es un niño de 10 años de edad, vive separado de su padre desde hace 3 años ya que la esposa tomo la decisión de separarse de su esposo por violencia intrafamiliar que vivía.

El padre bajo efectos del alcohol utilizó violencia física y verbal con su esposa; así mismo utilizó violencia verbal y física a sus hijos

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas relativos a la enseñanza Amenaza de pérdida de grado.
Eje V	Grado de adaptación psicosocial EEAG: 51-60

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica. Cuenta con la ayuda de la madre de familia y con la maestra de grado.

9. Tratamiento

Se trabaja en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental con terapias cognitivo conductual y reforzamiento positivo ejercidas por la psicóloga inferí (Practicante: Nidia Iveth Ajin Muñoz) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango

Historia Clínica No. 3

1. Datos generales

Nombre:	J.A.C.C.
Edad:	10 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Chimaltenango, Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 23 de febrero de 2000
Escolaridad:	2do. Grado primaria
Religión:	Católica
Evaluable:	Nidia Iveth Ajin Muñoz
Fecha:	04 de junio 2,010

2. Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar, le gusta ir a la escuela, pero se siente triste porque le cuesta aprender lo que su maestra le enseña en el centro escolar, hace su mayor esfuerzo por entregar sus tareas escolares.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta pasividad.
- Nivel conductual: constancia.
- Nivel motivacional: disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: activo.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: recibe regaños por parte de su madre.

4.2 Relaciones sociales: manifiesta buenas relaciones con sus compañeros de clase.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema a la baja concentración en sus estudios.

5 Historia del problema

Ha sufrido de este problema desde que entro a estudiar, el niño hace su mayor esfuerzo por estar concentrado en su clase pero pierde la atención, su maestra ha ayudado constantemente al paciente en cuanto a la concentración en sus clases.

Sin embargo el paciente se siente triste porque no logra concentrarse en clase, su madre lo regaña pero muestra interés para ayudarlo en el tratamiento que necesite.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: regaños de parte de su madre.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo...)

El px Manifiesta que su madre lo ayuda en sus tareas escolares, pero que se molesta cuando no sigue las instrucciones y lo regañan.

J. es un niño de 10 años de edad, vive únicamente con su mamá y sus 3 hermanos ya que su padre falleció hace unos 5 años, la madre tiene un local de verduras en el mercado de Chimaltenango y por tal razón el también la ayuda.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

- Eje IV Problemas relativos a la enseñanza
Eje V Grado de adaptación psicosocial EEAG: 51-60
Amenaza de pérdida de grado.

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica. Cuenta con la ayuda de la madre de familia y con la maestra de grado.

9. Tratamiento

Se trabaja en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental con terapias cognitivo conductual y reforzamiento positivo ejercidas por la psicóloga inferí (Practicante: Nidia Iveth Ajin Muñoz) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

Historia Clínica No. 4

1. Datos generales

Nombre:	M.D.T.H.
Edad:	8 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	La Alameda, Chimaltenango
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Chimaltenango, 12 de julio de 2002
Escolaridad:	1er. Grado primaria
Religión:	Católica
Evaluador:	Nidia Iveth Ajin Muñoz
Fecha:	02 de julio 2,010

2. Motivo de consulta

La madre de la niña refiere que no pone atención a sus clases, y que ha hablado con la maestra para ver de qué forma pueden ayudar a la niña en clase y con las tareas que se le asignan en casa.

La px. Manifiesta que le gusta asistir a sus clases y que le gusta hacer las tareas que se le asignan.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de concentración.
- Nivel afectivo: manifiesta pasividad.
- Nivel conductual: constancia.
- Nivel motivacional: disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: activa.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: recibe regaños por parte de su madre.

4.2 Relaciones sociales: manifiesta buenas relaciones con sus compañeros de clase.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema a la baja concentración en sus estudios.

5. Historia del problema

Ha sufrido de este problema desde que entro a estudiar, la niña hace su mayor esfuerzo por estar concentrado en su clase pero pierde la atención.

Sin embargo la paciente se siente triste porque no logra concentrarse en clase, su madre lo regaña.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: regaños de parte de sus padres.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo...)

El px Manifiesta que su madre lo ayuda en sus tareas escolares, pero que se molesta cuando no sigue las instrucciones y lo regaña.

M. es una niña de 8 años de edad, vive con sus padres y con 1 hermano y tiene una muy buena relación con su hermano, aunque de vez en cuando pelea con su hermanito y por tal razón recibe regaños de sus padres.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas relativos a la enseñanza Bajo rendimiento escolar
Eje V	Grado de adaptación psicosocial EEAG: 71-80

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica. Cuenta con la ayuda de sus padres.

9. Tratamiento

Se trabaja en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental con terapias cognitivo conductual, terapia de apoyo y reforzamiento positivo ejercidas por la psicóloga inferí (Practicante: Nidia Iveth Ajin Muñoz) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

Historia Clínica No. 5

1. Datos generales

Nombre:	A.L.D.deT.
Edad:	38 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	San Andrés Itzapa, Chimaltenango
Ocupación:	Ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Sumpango, Sacatepéquez, 23 de marzo de 1972
Escolaridad:	Ninguno
Religión:	Católica
Evaluador:	Nidia Iveth Ajin Muñoz
Fecha:	19 de julio 2,010

2. Motivo de consulta

La paciente refiere que ha tenido problemas con su suegra y su cuñada desde que se casó, por distintos motivos y por tal razón ella está desesperada porque no soporta que le digan cosas denigrantes hacia su persona.

La px. Manifiesta que tiene una muy buena relación con su esposo y que no tiene ningún tipo de problema con él ya que el la apoya.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: normal
- Nivel afectivo: manifiesta pasividad.
- Nivel conductual: constancia.
- Nivel motivacional: disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: activa.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia: recibe maltratos verbales de su suegra y su cuñada.

4.2 Relaciones sociales: manifiesta buenas relaciones con sus vecinos y con su esposo.

4.3 Atribución sobre los problemas: Se atribuye el problema a los maltratos de su suegra y su cuñada ya que intentan que el esposo pelee con ella.

5. Historia del problema

Ha sufrido este problema desde que se casó, ya que su suegra no estaba de acuerdo con que ella se casará con su hijo, la suegra le inventa chismes y mentiras al esposo para que ellos tengan una pelea constante.

Sin embargo la paciente ha tratado de llevarse bien con su suegra y con su cuñada pero ellas son quienes no han querido llevar una buena relación familiar con la paciente. Sin embargo, el esposo de la paciente ha tratado de ayudar a que puedan llevarse con ella pero no ha funcionado.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: ninguno
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo...)

El px Manifiesta que ha tenido problemas constantes con su suegra y su cuñada por problemas de agua entre otros.

A. es una señora de 38 años de edad, vive con su esposo y sus 3 hijos con los cuales tiene una muy buena relación, aunque como se menciono con anterioridad con su suegra y cuñada no, px. En la actualidad no le habla a ninguna de las dos, por los chismes y mentiras que le han inventado.

7. Diagnóstico multiaxial

Eje I	Ninguno
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas de vivienda
Eje V	Grado de adaptación psicosocial EEAG: 81-90

8. Pronóstico

Favorable con ayuda terapéutica. Cuenta con el apoyo del esposo y con el de sus hijos.

9. Tratamiento

Se trabaja en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental con terapias cognitivo conductual, terapia de apoyo y reforzamiento positivo ejercidas por la psicóloga inferí (Practicante: Nidia Iveth Ajin Muñoz) de la Universidad Panamericana de Guatemala, sede Chimaltenango.

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Darles a los jóvenes una ayuda psicológica.
- ✓ Ayudar a los jóvenes en a aclarar algunas de las inquietudes que tienen.
- ✓ Brindarles a los padres de familia de los jóvenes cómo ayudarlos a estudiar.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ Falta de tiempo en el centro escolar.
- ✓ Falta de colaboración de parte de algunos maestros del plantel.
- ✓ Falta de participación de algunos jóvenes que asistieron a cada una de las charlas.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Consejería a los jóvenes y señoritas que asistieron a las conferencias impartidas.
- ✓ Los jóvenes deben de proponerse metas que deben cumplir.
- ✓ Brindarles apoyo a los jóvenes en el momento que lo requerían.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Se les debe brindar charlas a los jóvenes, catedráticos y padres de familia que tienen jóvenes cada cierto tiempo con el fin de ayudarlo a comprender las distintas etapas que viven los adolescentes y jóvenes.
- ✓ Brindarles capacitaciones cada cierto tiempo a los jóvenes y señoritas de los distintos establecimientos de Chimaltenango y lugares cercanos al departamento.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Charla ¿Cómo ayudar a los jóvenes a estudiar?

Dirigida a padres y madres de familia de segundo básico en el instituto INEB J.V., municipio de El Tejar, departamento de Chimaltenango.

1. Objetivos

Los padres y madres de familia están en la capacidad de:

- Establecer normas de estudio a cada uno de los adolescentes.
- Establecer normas de conducta.
- Identificar el tipo de amistades que tienen sus hijos.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de carteles

3. Recursos

- Carteles
- Sillas
- Maskin tape

4. Contenido (Breve resumen)

Consejos concretos aplicables a la vida estudiantil de los jóvenes.

Qué hacer (o cómo ayudar)

- Dirigir y aconsejar la planificación y organización del tiempo de estudio.
- Revisar el trabajo realizado como la asimilación del mismo. No hacerles las tareas.
- Orientar en vez de imponer. Sea paciente; esperar a que progresivamente el joven vaya tomando sus propias decisiones.
- Valore más el esfuerzo de su hijo que sus resultados (calificaciones, notas...).
- Cuidar las condiciones en las que estudia (el sitio adecuado, horas de sueño, la alimentación)

Lo que no debe hacer

- No comparare con otros hijos o amigos.
- No criticar su persona, sólo corregirle los errores.
- No inculcar una visión negativa de la vida. Esfuerzo en ser positivo con el hijo.
- Mantener una buena comunicación con los profesores del joven.

Charla 2

Charla Problemas en los adolescentes

Dirigida a alumnos de primero básico sección “A” en el instituto INEB J.V., municipio de El Tejar, departamento de Chimaltenango.

1. Objetivos

Los adolescentes y jóvenes estén en la capacidad de:

- Identificar los problemas que pueden tener como jóvenes.
- Consecuencias que tienen los distintos problemas en ellos.
- Buscar alternativas para no incluirse en algunos problemas

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de diapositivas
- Trabajo en grupos

3. Recursos

- Carteles
- Sillas
- Maskin tape
- Cañonera
- Laptop
- Marcadores

4. Contenido (Breve resumen)

Los adolescentes se enfrentan a una serie de problemas, de los cuales algunos se utilizan como forma de escape de sus padres o de los problemas que tienen en casa, muchos son practicados por presión de los amigos:

Entre los problemas que pueden tener los jóvenes están:

Alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva que deriva de la ingestión excesiva y no controlada de alcohol, el cual se encuentra en todas las bebidas alcohólicas en mayor o menor

grado. Esta enfermedad se caracteriza por una dependencia hacia el alcohol, que se ve en dos síntomas:

- La incapacidad de detenerse en la ingestión de alcohol.
- La imposibilidad de abstenerse del alcohol

Tiene muchos efectos físicos y psicológicos que hacen que la persona cambie su comportamiento, lo cual veremos en otros puntos, y esto tiene que ver con factores personales y hereditarios.

Pandillas

Las pandillas son grupos de adolescentes y jóvenes violentos, que cometen robos, agresiones físicas, atentados contra el patrimonio.

Las pandillas constituyen un espacio “alternativo” al que sus integrantes recurren, donde compensan la necesidad de comunicación y vínculos afectivos, así como la necesidad de desarrollar un sentido de pertenencia, estos espacios no son cubiertos en sus hogares ni en su comunidad

Charla 3

Charla Autoestima en los adolescentes

Dirigida a alumnos de primero básico sección “B” en el instituto INEB J.V., municipio de El Tejar, departamento de Chimaltenango.

1. Objetivos

Los adolescentes y jóvenes estén en la capacidad de:

- Identificar la autoestima que tienen por ellos mismos.

- Valorarse como personas.
- Respetarse a sí mismos.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de diapositiva.
- Trabajo en grupos y exposición

3. Recursos

- Carteles
- Sillas
- Maskin tape
- Cañonera
- Laptop
- Marcadores

4. Contenido (Breve resumen)

La autoestima puede deteriorarse por los mil acontecimientos de la vida diaria. La autoestima es un sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser que se desarrolla desde la infancia, a partir de las experiencias del niño y de su interacción con los demás.

Tipos de autoestima

- La autoestima alta (normal): la persona se acepta tal y como es, sus virtudes y defectos.
- La autoestima baja: la persona no se ama, no se acepta y no valora sus virtudes.

La autoestima inflada: la persona se ama más que los demás y valora exageradamente sus virtudes.

Charla 4

Charla ¿Cómo estudiar?

Dirigida a alumnos de segundo básico sección “A” en el instituto INEB J.V., municipio de El Tejar, departamento de Chimaltenango.

1. Objetivos

Los adolescentes y jóvenes estén en la capacidad de:

- Identificar los factores que pueden ayudarlos a mejorar a estudiar.
- Establecer horarios de estudio en casa

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de diapositiva.
- Trabajo en grupos y exposición.

3. Recursos

- Carteles
- Sillas
- Maskin tape
- Cañonera
- Laptop

- Marcadores

4. Contenido (Breve resumen)

Estudiar es una actividad por la cual se ejercita el entendimiento para comprender una cosa. Y desde otro punto de vista, es la actividad por la cual se piensa insistentemente en un asunto para resolver sobre él.

La motivación

Los motivos son entendidos como causas que incitan a la acción. Son esas palancas que mueven nuestra voluntad. Despiertan el interés, ayudan a centrar la atención, estimulan el deseo de aprender, conducen al esfuerzo. Aquí termina la función de los motivos. Son algo importantísimo, de gran ayuda para el estudiante. Pero no llegues a la falsa conclusión de que hacen innecesario el esfuerzo personal.

1. Extrínseca o incentivación: los motivos proporcionan alguna clase de beneficio material. Se basa en satisfacer necesidades externas del estudiante. Para ello, otras personas (padres y profesores) le ofrecen incentivos, premios. Por ejemplo: dinero, una moto, un viaje, salir el fin de semana, etc. Los estímulos vienen desde fuera del estudiante. El móvil es externo al propio sujeto y viene a resultar que la actividad de estudiar se convierte en un medio para conseguir otros fines.

2. Intrínseca, trascendente o automotivación: los motivos proporcionan una satisfacción personal. Los motivos se asientan sobre la responsabilidad de nuestro deber como personas libres, y se orientan hacia el logro de nuestra propia mejora y la de los demás. Se basa en satisfacer necesidades internas del estudiante. Es realizada por el propio estudiante, él se motiva a sí mismo. Como el móvil nace en el propio individuo la actividad, en este caso de estudiar, gusta por sí misma.

Charla 5

Charla Resiliencia

Dirigida a alumnos de segundo básico sección “B” en el instituto INEB J.V., municipio de El Tejar, departamento de Chimaltenango.

1. Objetivos

Los adolescentes y jóvenes estén en la capacidad de:

- Identificar como salir adelante a pesar de las circunstancias
- Reconocer que ellos tienen lo necesario para salir adelante.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de diapositiva.
- Trabajo en grupos y exposición.

3. Recursos

- Carteles
- Sillas
- Maskin tape
- Cañonera
- Laptop
- Marcadores

4. Contenido (Breve resumen)

La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desarrollándose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Proyecto que ayudo a las personas que necesitaban de una ayuda psicológica.
- ✓ Proporcionales ayuda médica y medicamentos a las personas que necesitaban este tipo de ayuda.
- ✓ Involucramiento de los estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería en la búsqueda de ayuda de diferentes instituciones.

4.3.2 Limitaciones

- ✓ Cambio de fecha ya que en la primera había llovido mucho y por seguridad de las personas que acompañaban en las distintas especialidades no se realizó.

4.3.3 Conclusiones

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

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

4.3.5. Recomendaciones

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

4.3.6. Presentación de proyecto de salud mental

I. Introducción

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

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

II. Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, y luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores puedan lograr una

resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian después del paso de la tormenta Ágatha; esto, a través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

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

III. Objetivos

General

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

Específicos

- a) Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- b) Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.

- c) Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.
- d) Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- e) Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

IV. Metodología

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

1. Datos generales

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

2. Grupos de intervención psicológica

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

- a) Niños
- b) Adolescentes

- c) Mujeres
- d) Hombres

2.1 Plan de acción de cada grupo (Véanse anexos.)

3 Comisiones de trabajo

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

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

4 Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

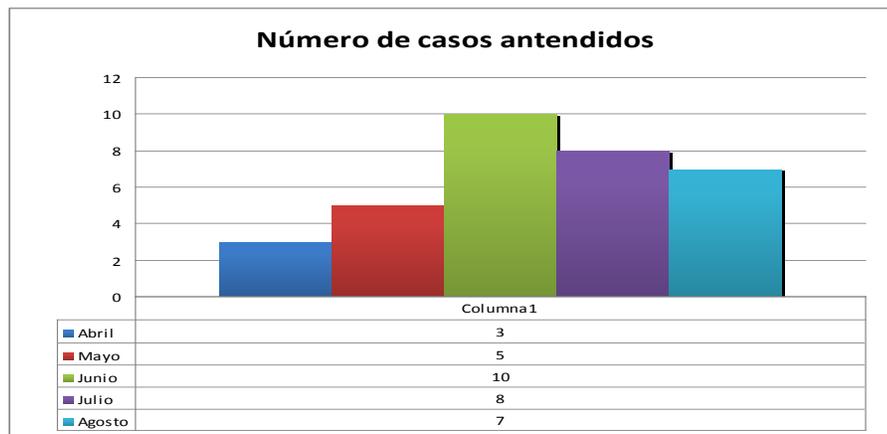
- ✦ Psicología Clínica
- ✦ Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (papanicolau)
- ✦ Planificación familiar (colocación de Jadelle y T de cobre)
- ✦ Medicina general (AMES, estudiantes de EPS del Puesto de Salud)
- ✦ Medicamentos gratuitos
- ✦ Sorteo de víveres como estímulo

4.4.1 Presentación de resultados

En este espacio se encontrarán los resultados obtenidos en cada una de los diferentes programas que se trabajaron durante la práctica de quinto año.

4.4.2 Programa de atención de casos

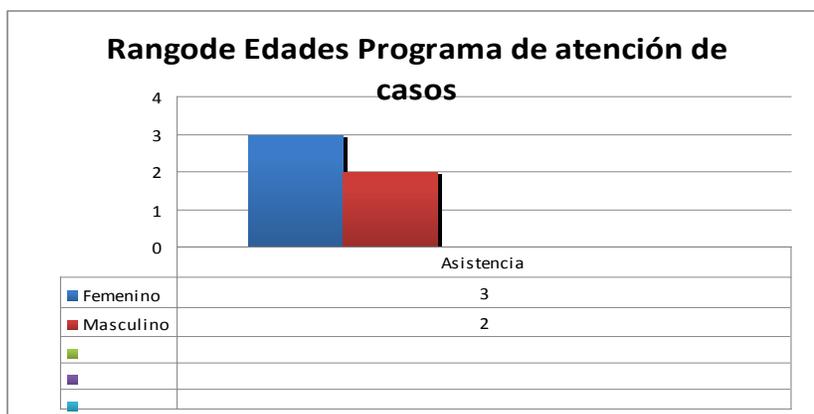
Gráfica 1



Fuente: propia

En la grafica podemos observar el dato de pacientes que asistieron a terapias en el centro de práctica, siendo en el mes de junio el mes que tubo más afluencia de pacientes al centro.

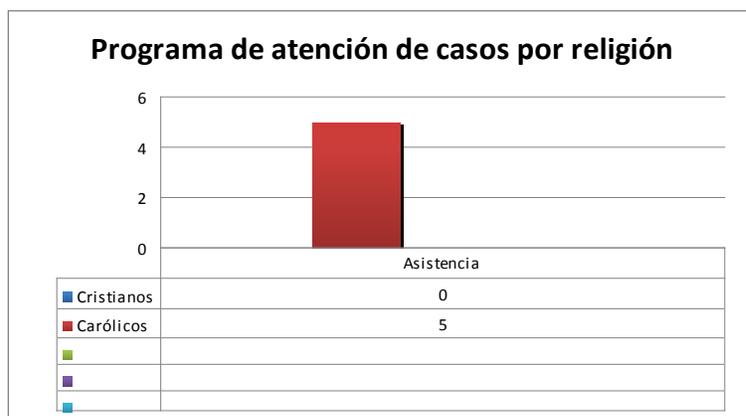
Gráfica 2



Fuente: Propia

En la gráfica anterior se puede observar que de los casos atendidos en el centro de práctica las mujeres fueron las que asistieron a su terapia.

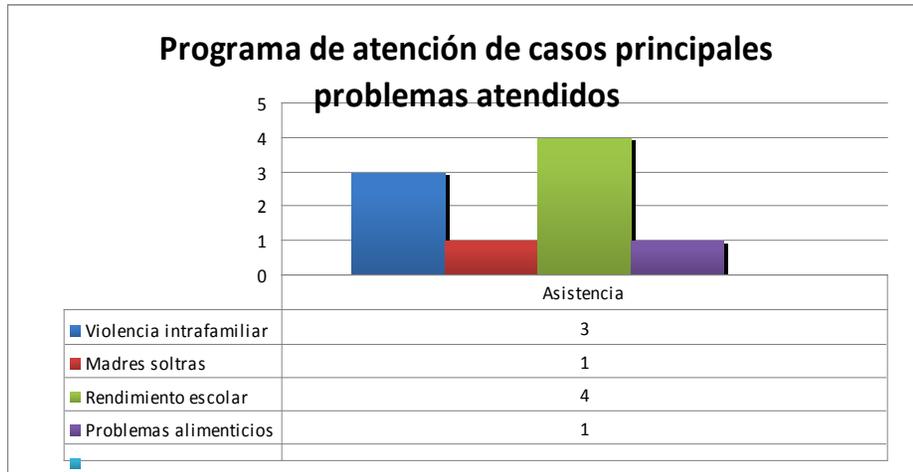
Gráfica 3



Fuente: propia

En esta gráfica se puede observar que se atendió en su totalidad a personas católicas

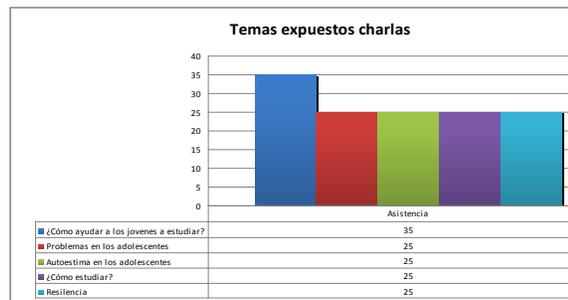
Gráfica 4



Fuente: propia

Los casos atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental se atendió el problema del rendimiento escolar de los niños debido a que en su mayoría sufren de algún problema dentro del salón de clases.

Gráfica 5

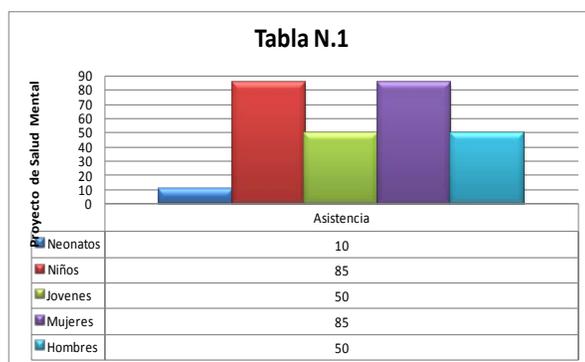


Fuente: propia

En la gráfica se observa la cantidad de alumnos que asistieron a la capacitación que se impartió fue el tema de ¿Cómo ayudar a jóvenes a estudiar? Esta charla fue impartida a padres de familia del centro escolar INEB, ubicado en el municipio de El Tejar, departamento de Chimaltenango.

4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

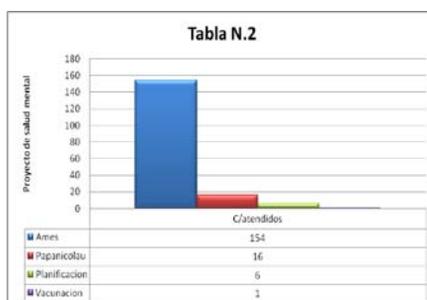
Población atendida en la intervención psicológica



Fuente: propia

El proyecto de salud mental realizado en el área rural demuestra que los niños y las mujeres fueron los que asistieron a la jornada respectiva

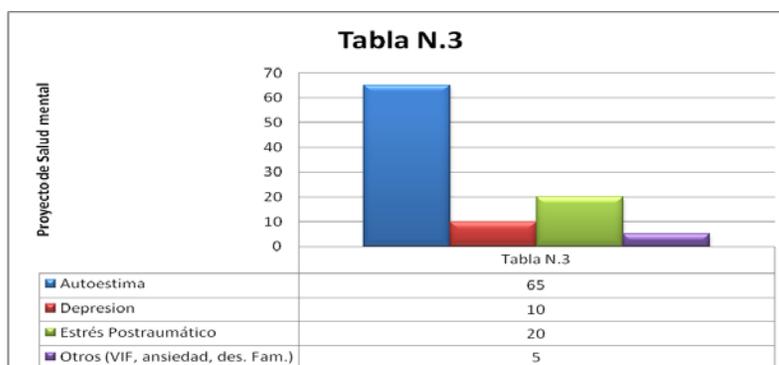
Personas atendidas por especialidad médica



Fuente: Propia

Las personas tenían necesidad que los médicos le atendieran y que pudieran darle algún medicamento para la enfermedad que padecían, la institución de AMES fue la más visitada por las personas que lo necesitaban.

Cuadros patológicos detectados



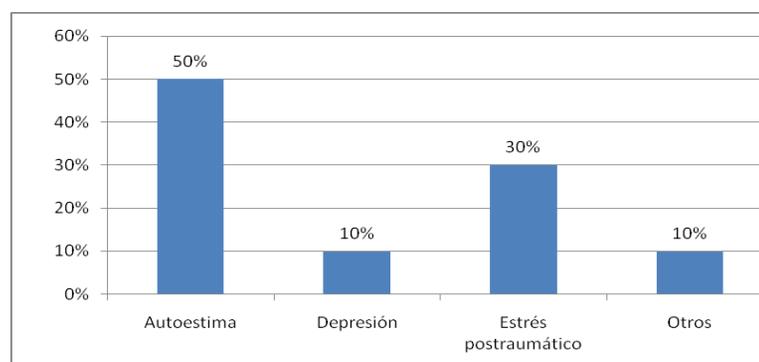
Fuente: propia

En la gráfica se puede observar que el problema patológico más atendido fue el problema de autoestima.

Cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

1. Niños:

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

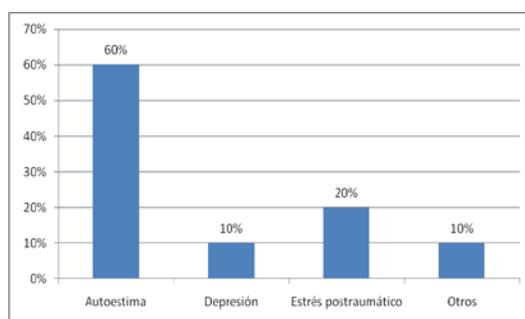


Fuente: propia

En esta gráfica podemos observar que el problema de autoestima también es frecuente en la mayoría de los niños de la comunidad. Motivo por el cual se les brinda ayuda psicológica.

2. Jóvenes:

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

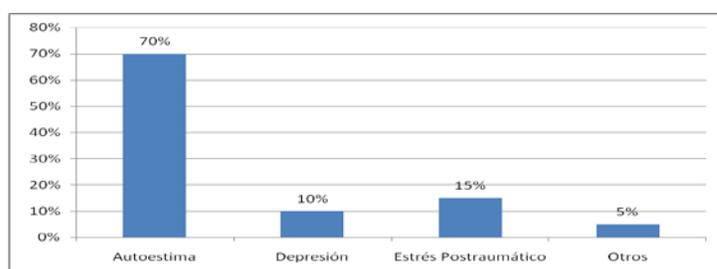


Fuente: propia

En esta gráfica podemos observar que el mayor problema que enfrentan los jóvenes de las comunidades en donde se realizó el proyecto sufren de autoestima.

3. Mujeres:

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

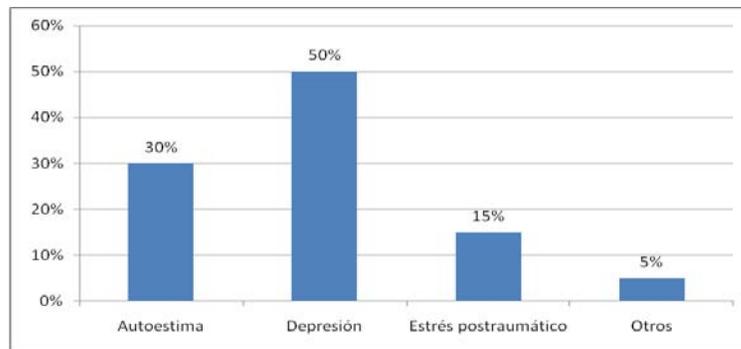


Fuente: propia

En esta gráfica podemos observar que el problema que sufren las mujeres de las comunidades que se llevó la ayuda es el problema de autoestima.

4. Hombres:

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



Fuente: propia

En esta gráfica podemos observar en los hombres de la comunidad es el problema de la depresión que viven en consecuencia al problema de la tormenta, la cual en muchos lugares causo desastres.

Anexos

Anexo 1



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias de la Educación
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, Abril de 2010

Lic. Israel F. López Ramos
Coordinador
Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango, Chimaltenango

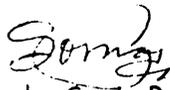
Respetable Licenciado:

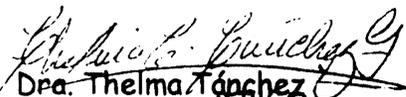
La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que el alumno practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, NIDIA IVETH AJIN MUÑOZ pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

Dicha práctica dura de marzo a agosto, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

Agradecemos de antemano por brindar un espacio de aprendizaje significativo al alumno, esperando a la vez que el servicio que el proporcione beneficie de alguna manera a su institución.

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica


Dra. Thelma Sánchez
Coordinadora de Práctica
Chimaltenango

*Autorizada
Genel
14/04/10*





LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

"Amonía consigo mismo y con los demás, es salud mental"

Guatemala, 14 de abril del año 2010.

Dra. Thelma Tánchez.
Licda. Sonia Pappa.
Universidad Panamericana de Guatemala.
Facultad de Ciencias de la Educación.
Psicología y Consejería Social.

Por medio de la presente, manifiesto que se autoriza a la estudiante **NIDIA IVETH AJIN MUÑOZ**, quien cursa el 5to. Año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, a que realice la Práctica Profesional Dirigida; en este Centro.

No está demás hacer de su conocimiento mi entera disposición en contribuir con la estudiante, en el proceso de su formación profesional.

Atentamente,


Lic. Israel K. López Ramos.
Coordinador.
Área de Chimaltenango.



cc. archivo



LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

"Armonía consigo mismo y con los demás, es salud mental"

Chimaltenango, octubre del año 2010.

Licenciada:

Sonia Pappa

Asesora de Práctica.

Universidad Panamericana

Presente.

Respetable Licenciada:

Por medio de la presente deseo manifestarle que la estudiante **NIDIA IVETH AJIN MUÑOZ**, ha realizado 260 horas de práctica profesional en esta institución.

Ante esto deseo manifestar que la señorita Ajin Muñoz demostró interés, responsabilidad, dedicación y profesionalismo en el desarrollo de su práctica.

Por lo anterior, hago llegar mis agradecimientos a Usted y a la Universidad Panamericana, por enviarnos a las practicantes y esperamos brindarles siempre el espacio, con el fin de formar profesionales con calidad y responsabilidad en el campo de la psicología.

En tal virtud, me suscribo no sin antes hacerle llegar mi más elevada consideración.

Atentamente

Lic. Rafael López.

Coordinador.

Área de Chimaltenango





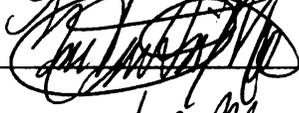
UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
Licenciatura en Psicología y Consejería Social

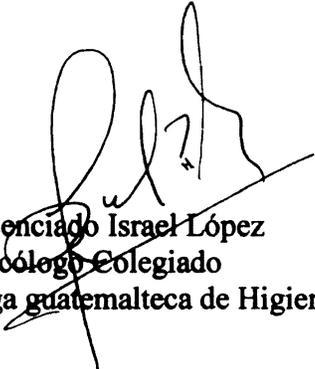
Registro de horas de práctica profesional dirigida

Practicante: Nidia Iveth Ajin Muñoz
Centro de Práctica: Liga Guatemalteca de Higiene Mental, Chimaltenango

No.	Semana	Horas Cumplidas	Firma
1	12 al 16 de abril 2010	12	
2	19 al 23 de abril 2010	12	
3	26 al 30 de abril 2010	12	
4	03 al 07 de mayo 2010	12	
5	10 al 14 de mayo 2010	12	
6	17 al 21 de mayo 2010	12	
7	24 al 28 de mayo 2010	12	
8	31 de mayo al 04 de junio 2010	12	
9	07 al 11 de junio 2010	12	
10	14 al 18 de junio	12	
11	21 al 25 de junio 2010	12	
12	28 de junio al 02 de julio 2010	12	
13	05 al 09 de julio de 2010	12	

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-8822
COORDINADOR

14	12 al 16 de julio de 2010	12	
15	19 al 23 de julio de 2010	12	
16	26 al 30 de julio de 2010	12	
17	02 al 06 de agosto de 2010	12	
18	09 al 13 de agosto de 2010	12	
19	16 al 20 de agosto de 2010	12	
20	23 al 27 de agosto de 2010	12	
21	30 de agosto al 03 de septiembre de 2010	12	
22	06 al 10 de septiembre de 2010	8	


 Licenciado Israel López
 Psicólogo Colegiado
 Liga guatemalteca de Higiene Social



Sello de la Institución



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
Licenciatura en Psicología y Consejería Social

Control de supervisión

Nombre de la Institución: Liga Guatemalteca de Higiene Mental Dirección: Lote 4-56 Parcelamiento La Alameda Chimaltenango

Director: Lic. Israel Felix López Ramos Fecha: 8 de septiembre de 2010

Nombre de la alumna practicante: Nidia Iveth Ajin Muñoz

Grado: Quinto

No.	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	Aplicaciones de técnica				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 Institucionales			X	

Observaciones: Siga adelante en su formación profesional y actualización científica

Lic. Israel Felix López Ramos
Psicólogo
Colegiado No. 392





UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias de la Educación
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Chimaltenango, 30 octubre de 2010.

Licenciado
Israel López
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

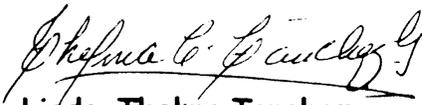
Respetable Licenciado:

La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores.
Nos dirigimos a usted para agradecerle su colaboración con la Universidad Panamericana, proporcionando espacio a la alumna practicante de 5o. Año *Nidia Iveth Ajin Muñoz* de la carrera de Psicología y Consejería Social para que realizara su práctica durante este año obteniendo un aprendizaje muy valioso en su institución.

Aprovechamos la oportunidad para patentizarle muestras de consideración y respeto.

Deferentemente,


Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica


Licda. Thelma Sanchez
Coordinadora Sede Chimaltenango



Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada
Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamerica
Sede Chimaltenango
Presente.

Respetable Licenciada:

Reciba un cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame abundantes bendiciones en su vida.

Por este medio se hace constar que las alumnas *Nancy Julissa Herrera Morales, Carol Maria Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz*, de quinto año de La Carrera de Psicología y Consejería Social, el día 12 de mayo de 2010, brindaron a las señoras madrecitas de la Alameda, Chimaltenango, *Una actividad motivacional dedicado al día de la madre*, en horario de 14:30 a 17:00 horas, en las instalaciones que ocupa la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la Actividad programada para este día, y deseamos contar con su apoyo en otra oportunidad.

Respetuosamente,


Licenciado Israel López
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango



Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada
Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamerica
Sede Chimaltenango
Presente.

Respetable Licenciada:

Reciba um cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame abundantes bendiciones em su vida.

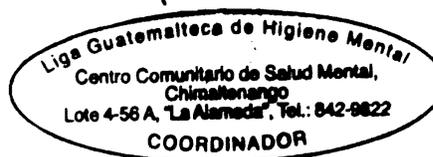
Por este medio se hace constar que las alumnas *Nancy Julissa Herrera Morales, Carol Maria Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz*, de quinto año de La Carrera de Psicología y Consejería Social, impartieron los días 12 y 16 julio de 2010, de 14:30 a 16:30 horas, dos charlas con el tema La Autoestima, a los alumnos de primero básico de las secciones A y B, del Instituto Nacional de Educación Básico INEB jornada Vespertina, en las instalaciones que ocupa la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la formación integral de los jóvenes Chimaltecos, y deseamos contar con su apoyo en otra oportunidad.

Respetuosamente,



Licencido Israel López
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango



Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada
Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamerica
Sede Chimaltenango
Presente.

Respetable Licenciada:

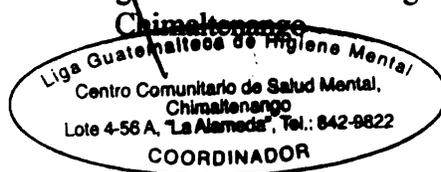
Reciba un cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame abundantes bendiciones en su vida.

Por este medio se hace constar que las alumnas *Nancy Julissa Herrera Morales, Carol Maria Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz*, de quinto año de La Carrera de Psicología y Consejería Social, impartieron los días 19 y 23 julio de 2010, de 14:30 a 16:30 horas, *dos charlas con el tema Problemas que afectan a los adolescentes y como resolverlos*, a los alumnos de segundo básico de las secciones A y B, del Instituto Nacional de Educación Básico INEB jornada Vespertina, en las instalaciones que ocupa la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la formación integral de los jóvenes Chimaltecos, y deseamos contar con su apoyo en otra oportunidad.

Respetuosamente,


Licenciado Israel López
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental





LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

Otorga el presente diploma a:

Nidia Iveth Ajin Muñoz

Por su colaboración en la atención a la población que asiste al Centro de Salud Mental Comunitaria

Alameda Chimaltenango, octubre de 2010

U. Garza
Lic. Marco Antonio Garza
Director

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
DIRECTOR
Guatemala, C. A.

Israel López
Lic. Israel López
Coordinador de Área de Chimaltenango

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.
COORDINADOR

Anexo 2

Planificaciones del proyecto de salud mental



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para niños y niñas

Objetivo

Brindar apoyo psicológico a los niños y a las niñas de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango.

Actividades	Tiempo	Recursos
1. Función de títeres	1 hora	Globos
2. Juegos	15 minutos	Grabadora
2.1. Ronda “El patio de mi casa”	1 hora	Discos compactos
	15 minutos	Lana
2.2. Bailes infantiles	1 hora	Galletas
2.3. Competencia “La fila más larga”	1 hora	Bananos
	30 minutos	Pintura para el rostro
2.4. Pinta caritas		
2.5. Pelea de gallos		
2.6. Competencia de comida		



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para mujeres

Objetivo general

Lograr que las mujeres expresen las experiencias que les dejó la tormenta Ágata a fin de iniciar el proceso de superación.

Objetivo específico

Identificar a través de dinámicas grupales sus cualidades y reconocer sus debilidades, con la finalidad de mejorar su autoestima.

Agenda

- Bienvenida
- Presentación (dinámica la telaraña)
- Charla sobre autoestima
- Dinámicas para detección de casos
- Atención individual
- Información general de especialidades a brindar
- Referencias a especialidades.



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

PLAN DE ACCIÓN, GRUPO DE HOMBRES

1. DINÁMICAS

- ☺ Presentarse diciendo tres virtudes que tenga
- ☺ La tela de araña (expresar ideas para salir adelante ante la situación)
- ☺ El puente humano (la unión hace la fuerza)

2. CHARLAS

- ‡ Charla informativa sobre planificación familiar
- ‡ La autoestima
- ‡ El valor de la vida y la familia
- ‡ La solidaridad en la comunidad
- ‡ Descubriendo el propósito de estar vivos
- ‡ La importancia de no ver el problema, sino la solución

3. TALLER

- 📖 Expresar tres propósitos que tienen para el futuro próximo (siguiente mes)
- 📖 En tríos compartir ideas de cómo puede salir adelante la comunidad afectada
- 📖 Presentación de videoclip acorde a la necesidad (Tony Meléndez, Ironman '86, Nick V.)

4. PLAN TERAPÉUTICO

- Terapia breve y de emergencia (grupal, e individual si se da la posibilidad)
- Apoyo en la terapia racional emotiva

◆ Modelo psicodinámico, enfocado al estrés postraumático

Anexo 3

Fotografías

Capacitaciones



Proyecto de salud mental





Conclusiones

- A través del desarrollo de la carrera se comprende la importancia y el papel fundamental que juega el aspecto emocional del ser humano para desarrollarse en todas las facetas de su vida.
- Se conoce, comprende y utiliza los diversos métodos, teorías y técnicas para resolver todo tipo de conflicto emocional y darle el tratamiento respectivo.
- Se conoce la realidad social a través del desarrollo de la práctica y la convivencia con las personas afectadas de una o de otra manera en el aspecto emocional.
- La práctica y constancia nos hace más humanos y vulnerables para desarrollar la carrera en ayuda a los demás y no solo para nuestro bienestar económico.
- Que el presente trabajo sirva de fuente de consulta a los futuros colegas y sirva de antecedente a todo aquel que decida desarrollar esta carrera.

Recomendaciones

1. A los centros de prácticas se les recomienda a que tengan una oficina directamente de psicología para las sesiones terapéuticas.
2. Tomar en cuenta que se necesita materiales audio visuales par dar charlas en los centros escolares o en alguna entidad que así lo requiera.
3. Se les recomienda a los compañeros de Psicología que den cada uno lo mejor que tienen a las personas que lo necesitan.
4. Mantener un espíritu de servicio y de empatía con las personas que asistan a los centros de práctica.

Referencias

1. Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.
2. Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
3. Belloch, A y Sandín B.(1997) *Manual de Psicopatología*, volumen I, España: McGraw-Hill.
4. Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: McGraw Hill.
5. Bolaños E. María del Carmen. “Educación Afectivo sexual en la educación infantil”. España.
6. CIE 10. (1994) *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor, Madrid,
7. Del Barrio, V. (1997). *Los problemas infantiles*. Aguilar. Madrid
8. DSM-IV. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 41 edition, APA, Washington, D.C.
9. Ellis, A y Grieger, R: (1990) *Manual de terapia racional emotiva*. Volumen 2. D.D.B, Bilbao.
10. Fernandez Ballesteros, R: (1981). *Psicodiagnóstico*. UNED, Madrid.
11. Fine, C.G: (1997). *Un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento de los trastornos disociativos de identidad y de problemas similares*. En- Caballo, V.E: *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol.1. Siglo XXI, Madrid.
12. Freeman, A y Reinecke, M.A: (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. DDB, Bilbao.
13. Gluhoski, V.L y Young, J.E: (1997). *El estado de la cuestión en la terapia cognitiva centrada en esquemas*. En: Caro Gabalda, I: *Manual de psicoterapias cognitivas*, Paidós, Barcelona.

14. Liberman, R.P: (1995) *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Martinez Roca.
15. Neimeyer, R.A y Mahoney, M: (1998). *Constructivismo y psicoterapia*. Paidós, Barcelona,
16. Ramirez-Basco, M y Thase, M: (1997).*Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares*. En-Caballo, V.E: *Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI, Barcelona.
17. Ribes, E: *Psicología y salud: (1990). un análisis conceptual*. Martinez Roca, Barcelona,
18. Ruiz, J.J: (1994).*Fundamentos de psicoterapia cognitiva*. 1ªEdición. A demanda, Jaén.
19. Vallejo, J : (1988). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat.
20. Watzlawick, P; Wekland, J.H y Fisch, R: (1989). *Cambio*. Herder; Barcelona.