

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



“Algunos problemas de conducta en niños atendidos en la Asociación Amigos Solidarios del municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango”
(Práctica Profesional Dirigida)

Mildred Albertina Catú Camey

Chimaltenango, Guatemala mayo 2012

“Algunos problemas de conducta en niños atendidos en la Asociación Amigos Solidarios del municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango”
(Práctica Profesional Dirigida)

Mildred Albertina Catú Camey (Estudiante)
Licenciada Sonia Magali Pappa (Asesora)

Chimaltenango, Guatemala mayo 2011

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

M. Sc. Alba Aracely de González

Vicerrectora Académica y Secretaría General

M. A. César Augusto Custodia Cobar

Vicerrector Administrativo

Autoridades de la Facultad de Ciencias de la Educación

M.A José Ramiro Bolaños Rivera

Decano

Dra. Thelma Consuelo Tánchez

Coordinadora extensión Chimaltenango

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

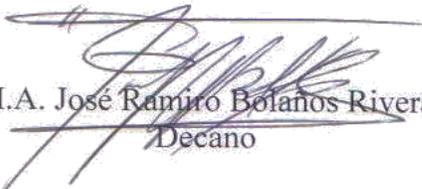
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ASUNTO: **Mildred Albertina Catú Camey**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación

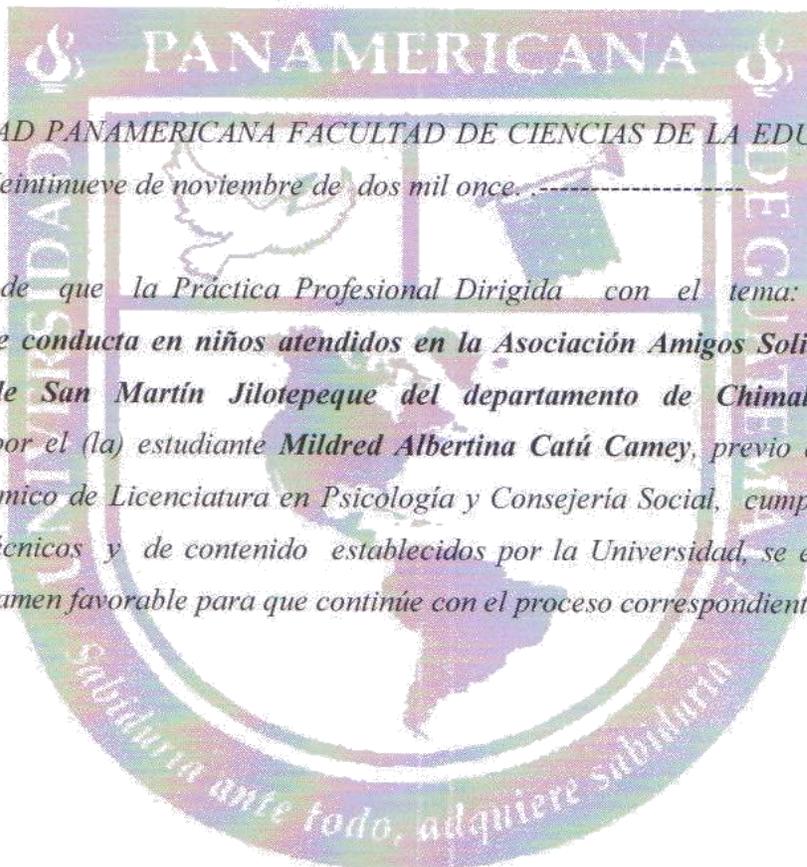
DICTAMEN: Enero 2011

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

19. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
20. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
21. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Mildred Albertina Catú Camey** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano

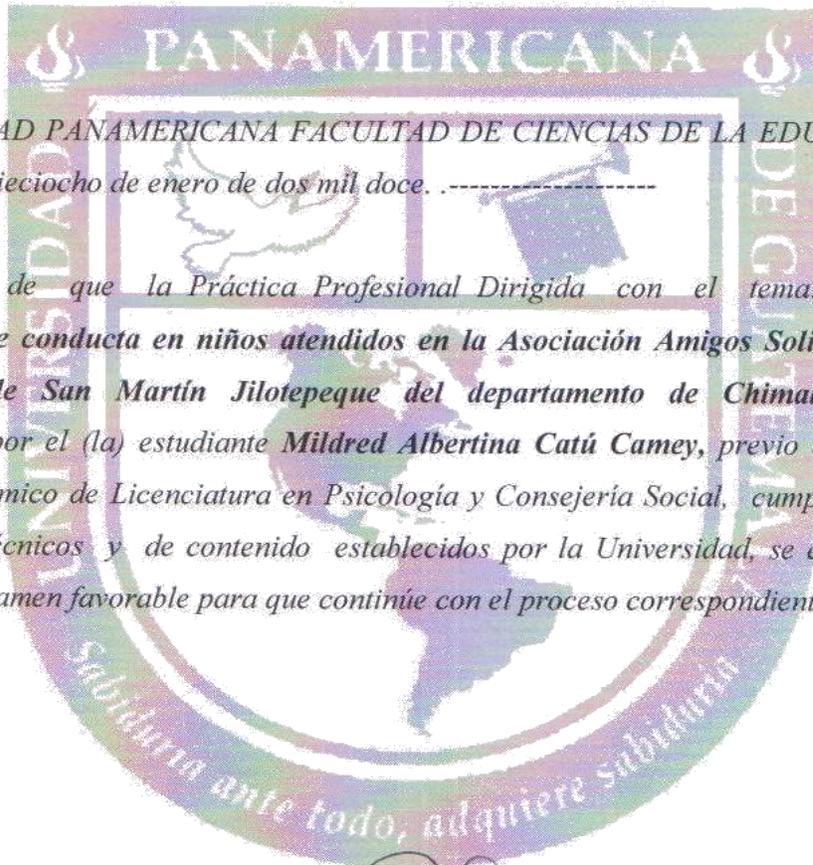
C.c. archivo



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

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Algunos problemas de conducta en niños atendidos en la Asociación Amigos Solidarios del municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango". Presentada por el (la) estudiante Mildred Albertina Catú Camey, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

*Licda. Sonia Pappa
Asesora*



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

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Algunos problemas de conducta en niños atendidos en la Asociación Amigos Solidarios del municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango". Presentada por el (la) estudiante Mildred Albertina Catú Camey, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

Licda. Glendy Pérez
Revisora

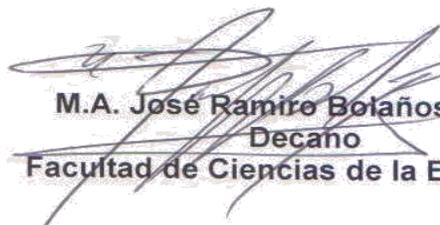


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Algunos problemas de conducta en niños atendidos en la Asociación Amigos Solidarios del municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango", presentado por Mildred Albertina Catú Camey previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José 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

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

Dedicatoria

A Dios: Por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, por darme la fortaleza y el amparo en los momentos más difíciles, gracias por brindarme los medios necesarios para continuar mi formación como profesional poniéndome ahora al servicio del prójimo, gracias por ser mi apoyo incondicional para lograr llegar al triunfo.

A mi madre: Por estar a mi lado en momentos difíciles y estar dispuesta en todo momento para apoyarme en las diversas situaciones de la vida; gracias por acompañarme en todos mis logros y sobre todo por su amor incondicional, por su ejemplo de lucha y perseverancia durante toda mi trayectoria de formación profesional.

A mi padre: Por guiarme desde mi niñez en el camino del bien, por ser un gran ejemplo a seguir y darme los mejores consejos los cuales me han dejado muchas enseñanzas a lo largo de la vida; gracias por todo el amor y apoyo y sobre todo por dedicarme tiempo cuando más lo he necesitado, espero ser tu orgullo.

A mi esposo: Por su amor y comprensión en todo momento, por luchar a mi lado en las buenas y en las malas, no tengo palabras para agradecerte todo el apoyo brindado y decirte cuanto te amo.

A mi preciosa hija Marianita: Por ser la fuente de motivación que me hizo luchar con fuerzas para alcanzar este logro; gracias por tu apoyo, te quiero mucho.

A mis hermanas: Por su apoyo incondicional, por su comprensión y sobre todo por los momentos que estuvieron dispuestas a ayudarme para que pudiera realizar diversas actividades de las cuales hoy se ve el fruto.

A mi Patria, Guatemala: Pedacito de tierra bella donde Dios me dio la dicha de nacer, a la cual quiero y respeto, espero ser una ciudadana que enorgullezca su nombre.

A la Universidad Panamericana: Casa de estudios en la cual pude encontrar el apoyo necesario para poder crecer como profesional gracias por brindarme conocimientos sabios que hacen luchar por lograr un cambio en la nación.

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1	
Marco de referencia	
1.1 Descripción de la institución	3
1.2 Misión	4
1.3 Visión	4
1.4 Objetivos	4
1.5 Organigrama de la Asociación Amigos Solidarios	5
1.6 Población que atiende	5
1.7 Descripción de la población	6
1.8 Planteamiento del problema	6
Capítulo 2	
Referente teórico	
2.1 Problemas de conducta en la niñez y adolescencia	7
2.1.1 Principales manifestaciones	8
2.1.2 Causas de los problemas de conducta	12
2.1.3 Factores externos que influyen en la conducta de los niños	13
2.1.4 Tratamiento para los problemas de conducta	16
2.2 Psicopatología	19
2.2.1 Antecedentes	21
2.2.2 Normalidad	24
2.2.3 Anormalidad	25
2.2.4 Enfermedad y salud mental	26

2.2.5 Salud mental en Guatemala	31
2.2.6 Trastornos emocionales	35
- Trastornos de aprendizaje	36
- Trastornos de la comunicación	39
- Trastornos de eliminación	42
- Trastornos de hiperactividad con déficit de atención	46
2.3 Psicodiagnóstico	51
2.3.1 Objetivos del psicodiagnóstico	57
2.3.2 Etapas del psicodiagnóstico	57
2.3.3 Utilidad del psicodiagnóstico	58
2.3.4 Instrumentos utilizados para el psicodiagnóstico	59
2.3.5 Manuales de diagnóstico	67
2.4 Psicoterapia	81
2.4.1 Antecedentes de la psicoterapia	81
2.4.2 Modelos de psicoterapia	89
2.4.3 Terapias del modelo psicodinámico	95
2.4.4 Terapias del modelo conductista	106
2.4.5 Terapias del modelo humanista	129
2.4.6 Terapia del modelo sistémico	135
2.4.7 Terapias alternativas	137
Conclusiones	150
Capítulo 3	
Referente metodológico	
3.1 Programa de estudio del curso de la práctica profesional dirigida	151
3.2 Cronograma de actividades y valoración del curso	156
3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	159
3.4 Sub-programas	165

3.4.1 Programas de atención de casos	165
3.4.2 Programas de capacitación	167
3.4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	170

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Programa de atención de casos	174
4.1.1 Logros	174
4.1.2 Limitaciones	174
4.1.3 Conclusiones	175
4.1.4 Recomendaciones	175
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos	176
4.2 Programa de capacitación	195
4.2.1 Logros	195
4.2.2 Limitaciones	195
4.2.3 Conclusiones	195
4.2.4 Recomendaciones	196
4.2.5 Presentación de contenidos de charlas y talleres	196
4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	213
4.4 Gráficas y análisis de resultados	226
Conclusiones	234
Recomendaciones	235
Referencias	236
Anexos	237

Resumen

El informe que a continuación se presenta contiene información detallada sobre lo realizado durante el transcurso de la Práctica Profesional Dirigida. Está compuesto por cuatro capítulos, el primero da a conocer todo lo relacionado con la institución en la que se realizó la práctica, como la descripción de la institución, misión, visión, objetivos, descripción y población a la que se atiende, como también el planteamiento del problema.

El capítulo dos contiene información de temas importantes dentro del campo de la psicología, los cuales contienen técnicas prácticas para tratar diversos trastornos que se presentan en los seres humanos que se encuentran en riesgo. En el capítulo tres se detallan los programas y cronogramas que se utilizaron para el desarrollo de la práctica, los talleres brindados y el proyecto de salud mental. El cuarto capítulo contiene los resultados obtenidos durante la etapa de trabajo.

Dentro del desarrollo de los temas se aborda el que fuera el más común: “Problemas de conducta en niños”, ya que en su mayoría se ven afectados por diversas causas que generan esta problemática. Estas conductas provocan malestar a los miembros de la familia del paciente, como también dentro de la escuela ya que varios de los casos analizados fueron referidos por autoridades escolares.

Dentro de los diversos contenidos desarrollados se encuentran los temas de psicopatología en los que se incluyen algunos problemas emocionales, el psicodiagnóstico, en los que se detallan las fases, tipos, objetivos y herramientas del mismo y por último está la Psicoterapia, en donde se incluyen las técnicas o terapias que se pueden utilizar según el caso a tratar.

Introducción

El informe que a continuación se presenta contiene información teórica y práctica que fue recabada durante el proceso de de la Práctica Profesional Dirigida, la cual es un requisito indispensable para el egreso de cada uno de los estudiantes de la Universidad Panamericana a optar el grado de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

El presente informe está elaborado a base de información científica la cual fue obtenida de fuentes bibliográficas fundamentadas, consistente en una serie de fases detalladas adelante.

En la primera fase establecida se le da a conocer al estudiante toda la información general sobre los contenidos y actividades que se realizarán durante la Práctica Profesional Dirigida. Como también se elaboran los documentos necesarios y los trámites respectivos para establecer el lugar en el que se llevará cabo la práctica.

La segunda fase está compuesta por todas las actividades que se realizan durante el desarrollo de la práctica las cuales se establecen en la respectiva planificación. Es en esta fase en la que se da inicio a los casos encontrados dentro del centro de práctica para brindarles sus tratamientos; elaborando historias clínicas de cada paciente y estableciendo el plan terapéutico.

Se utilizaron técnicas de intervención clínica en el psicodiagnóstico y se llevaron a cabo capacitaciones y talleres a grupo de personas atendidas en la institución.

Durante la tercera fase se hicieron las gestiones necesarias para la elaboración y ejecución del proyecto de salud mental el cual fue llamado “Feria de la Salud” el cual fue realizado en el municipio de Santa Cruz Balanyá departamento de Chimaltenango con el fin de brindar una salud integral adecuada a los pobladores de dicho municipio. Es en esta fase en la que se culminó el proceso y se realizó el análisis de resultados y logros.

Capítulo I

Marco de referencia

Introducción

A continuación se presentan datos sobre la institución en donde se realiza la Práctica Profesional Dirigida, la cual ofrece servicios de atención a pacientes que tienen problemas físicos e impedimentos, también a personas que solicitan ayuda psicológica e imparten talleres de superación personal a las personas que lo necesitan.

También se detalla la misión, visión y objetivos de dicha institución como también el organigrama y la descripción de la población a la que se atiende.

1.1 Descripción de la institución

La institución en donde se llevó a cabo la Práctica Profesional Dirigida se llama “Asociación de Amigos Solidarios Sanmartinecos”, se encuentra ubicado en el Barrio San Gaspar del municipio de San Martín Jilotepeque, cuenta con varias oficinas en donde se brinda información sobre la ayuda que proporciona dicha institución.

La Asociación “Amigos Solidarios” es una organización que día a día se está identificando más y más con la población sanmartineca, apoyando con ayuda psicológica, medicina, víveres, recursos económicos y otros. Apoya a niños, jóvenes, adultos y ancianos con problemas de enfermedades crónicas y terminales, de familias de escasos recursos de nuestra sociedad; contando con ayuda de padrinos del grupo y de personas altruistas así como por medio de las actividades que realizan.

El personal que labora en dicha asociación está capacitado y especializado por área son personas con mucha experiencia. Se cuenta también con personas que integran diversas comisiones.

La institución es bastante amplia, su estructura física es bastante adecuada, tiene los servicios necesarios para brindarle ayuda a los pacientes; sobre todo tiene un salón recurso en donde se tratan problemas sociales o problemas de maltrato a mujeres, niños o jóvenes.

1.2 Misión

Ser una asociación solidaria que brinda soluciones a las necesidades de sus asociados, mediante el desarrollo de programas y servicios destinados al mejoramiento de su calidad de vida y la de sus familias.

1.3 Visión

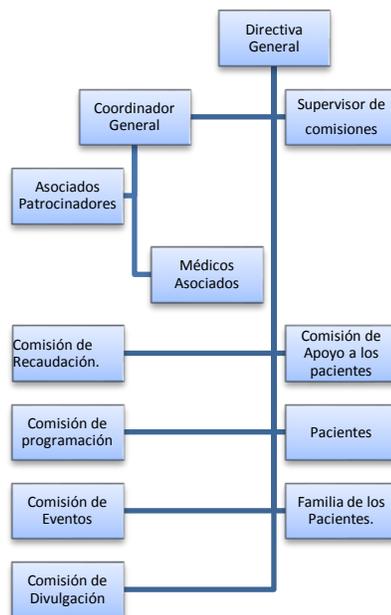
Constituirse en una asociación solidaria líder en el sector, impulsando el desarrollo integral de sus asociados, mediante un equilibrio entre los beneficios sociales y económicos, promoviendo servicios que satisfagan sus necesidades.

1.4 Objetivos

- Mantener la solidaridad, la fraternidad y la armonía ente los miembros de la directiva, lo que contribuirá a que se trabaje con entusiasmo, interés y responsabilidad en cada una de las actividades que se realicen.
- Mantener la comunicación, el respeto y la armonía entre los miembros de cada comisión para que las actividades que se lleven a cabo produzcan los beneficios esperados.
- Utilizar los recursos económicos que se obtengan y manejen de la forma más adecuada, para tener siempre la disponibilidad cuando se necesite.

- Mantener acercamiento constante con los pacientes y sus familias, así como con los padrinos médicos y las personas que brindan su apoyo para que la labor del grupo sea más activa.
- Velar porque la participación de cada integrante siempre sea espontánea, amigable y desinteresada en las diferentes actividades.

1.5 Organigrama de la Asociación Amigos Solidarios



1.6 Población que atiende

Atiende a niños jóvenes, adultos y ancianos con problemas de enfermedades crónicas y terminales, de familias de escasos recursos de la sociedad Sanmartineca.

1.7 Descripción de la población

Hacen un total de 32 pacientes siendo ellos 6 niñas, 5 niños, 10 madres, 6 adolescentes y 5 ancianos entre las edades de 5 años a 98 años, teniendo en su mayoría un nivel socioeconómico bajo.

Existen grupos de personas que reciben terapias de grupo entre los que hay 15 señoritas y 8 jóvenes. Ellos tiene un nivel sociocultural y socioeconómico medio.

1.8 Planteamiento del problema

Durante el desarrollo de la práctica se ha observado que el problema que predomina más en dicha institución está relacionado con los problemas de conducta en niños. Dicho problema ha tenido sus causas en los hogares y ha repercutido en diferentes lugares en donde los niños se desenvuelven, como lo es en la escuela y diversos grupos a los que pertenecen, es por ello que los padres han acudido a la Asociación para que se trabajen los problemas de conducta con sus hijos.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

A continuación se presenta el referente teórico en el cual se desarrollan diversos temas los cuales resaltan algunos problemas psicológicos abordados en el centro de práctica, se detallan las características, síntomas como también el tratamiento adecuado para dichos problemas.

Además se incluyen temas de importancia en el campo de la psicología como la psicopatología, psicodiagnóstico y psicoterapia, cada uno desarrollado con sus respectivos sub temas, así como también las técnicas y aplicaciones para cada una de las terapias planteadas.

2.1 Problemas de conducta en la niñez y adolescencia

(José Olivares: 50-78) Desde el punto de vista de la psicología, la mayoría de las problemáticas se podrían enumerar dentro de "Problemas de conducta". Esta denominación es utilizada en relación a niños con comportamientos no habituales o maneras de comportamientos no esperadas por los adultos. Puede afirmarse que los niños suelen decir mucho más de lo que aparentemente dicen con sus aptitudes, además las maneras de comportarse suelen depender de las compañías y de los ámbitos donde se desarrollan.

Los problemas de conducta en niños hacen referencia a los comportamientos de unas personas, no habituales y mal vistos por la sociedad. Son observables, medibles y modificables. También se habla de problemas de conducta cuando se refiere a los comportamientos que mantienen algunos niños que distorsionan el curso habitual de la clase, la familia o grupos de personas en donde se desenvuelve. En ocasiones estos problemas de conducta se manifiestan por ansiedad, rabia desobediencia y agresividad.

No tiene porque tratarse de comportamientos tan llamativos, pero pueden llegar a desesperar tanto a padres y a educadores, que suele ser recomendable que tomen parte los profesionales en psicología.

Con la debida terapia psicológica y una adecuada ayuda es posible disminuir muchos de los problemas infantiles como el de los niños con problemas de conducta. Estos problemas, lamentablemente, parecen ir al alza, incrementándose su magnitud, frecuencia y lo que es más significativo: la edad de inicio cada vez es más temprana. Son niños que no admiten el no. Algunas explicaciones alegan al hecho de que son incapaces de sentir las emociones, otros a factores genéticos, por último hay quien alega la educación recibida.

La explicación más sensata es que cada uno de estos factores es sólo parte del problema y que todos ellos en interacción con más o menos peso específico, según el caso, están determinando la conducta actual.

Los trastornos más habituales durante la infancia son: la desobediencia, las rabietas y el negativismo.

2.1.1 Principales manifestaciones

a) La desobediencia

(Javier Urra ; 1985) Es un problema al que con cierta frecuencia deben enfrentarse tanto padres como educadores. A pesar de que todos conocen el término, no es sencillo delimitar lo que constituye un acto de desobediencia.

Por ello se podría definir la conducta de desobediencia como: La negativa a iniciar o completar una orden realizada por otra persona en un plazo determinado de tiempo (5 a 20 segundos) esta

orden puede hacerse en el sentido de "hacer" o en el sentido de "no hacer", de detener una determinada actividad.

Los episodios de desobediencia pueden formar parte de un desarrollo "normal" del niño en ciertas edades. A la edad de 5 a 6 años un porcentaje elevado de padres (50%) se quejaban de conductas de desobedecer órdenes o destruir objetos, bajando el porcentaje a los 16 años (20%). Para establecer el punto de corte entre la normalidad y la patología deben tenerse en cuenta la frecuencia de estas conductas y su gravedad.

El cómo tratar a un niño desobediente es motivo de consulta frecuente. La desobediencia puede ir acompañada o no de otros elementos disruptivos como las rabietas o el negativismo. Hay que valorar cada situación para tomar las medidas correctoras oportunas.

La edad de aparición de dichas conductas, las circunstancias actuales que la provocan y las mantienen, la situación y relación familiar, son algunos de los puntos a tener en cuenta. Más adelante se explican algunas de sus posibles causas y varias técnicas para intentar combatirlas.

b) Las rabietas

(Javier Urra; 1995) Las rabietas se pueden calificar como de expresiones agresivas con las que algunos niños muestran su desacuerdo u enfado con alguna situación concreta y normalmente durante la interacción con algún adulto significativo como: padres, abuelos, etc.

Las rabietas son un fenómeno normal en un determinado estadio evolutivo del niño (alrededor de los dos o tres años) y deberían ir remitiendo a medida que el niño se hace mayor para desaparecer completamente hacia los cinco o seis años de edad.

Sin embargo, algunos niños, ya con cierta edad, saben que tener rabietas supone una forma rápida y eficaz para alcanzar sus deseos o caprichos. Por su parte, los padres saben que satisfaciendo al niño, éste se calma rápidamente y se evita el bochorno de la pataleta, especialmente si se produce

en algún lugar público. Evidentemente, a la larga, este tipo de actuación por parte de los padres sólo consigue perpetuar el problema.

Pautas a seguir en caso de rabietas puntuales: El consejo general es hacer caso omiso cuando se produce la rabieta y retirarle la atención inmediatamente. Es importante que los padres, en ese momento, no pierdan la calma y que actúen con firmeza, negando el capricho o la demanda, pero a la vez sin alterarse, sin gritar ni reñir.

Si la rabieta ha sido de cierta magnitud puede utilizarse la técnica del "coste de respuesta" o "tiempo fuera" en la que el niño recibe una consecuencia negativa por su acto (retirada de algún reforzador o se le aparta por un breve tiempo, por ejemplo, a su habitación).

Posteriormente, una vez calmado, se puede hablar con el niño y explicarle que por ese camino no va a conseguir nada, al tiempo que se establecen las situaciones en las que sí podrá recibir sus demandas (cuando efectúe ciertas tareas o comportamientos adecuados).

Para tener un mayor control sobre el comportamiento, es muy importante que los padres y otros familiares cercanos actúen de igual forma ante las demandas excesivas del niño. La complicidad y perseverancia de los padres en su interacción con el niño es esencial para su control.

c) El negativismo

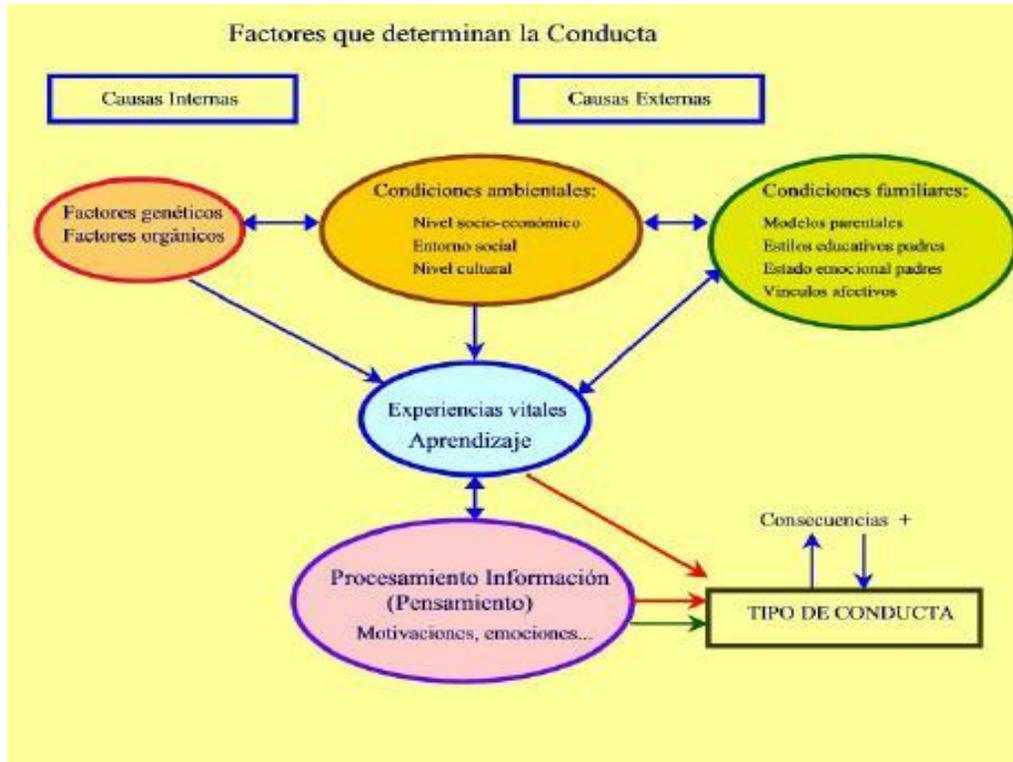
(Javier Urra; 1995) El negativismo se presenta en un tipo de niño que muestra una oposición activa pero no agresiva. Sería el niño que "siempre dice no". Probablemente el negativismo sea una forma segura de llamar y mantener la atención de los otros sobre uno mismo.

Una de las posibles causas de tal comportamiento, reside en el hecho de que el niño ha aprendido a que negándose a colaborar o a obedecer ordenes puede evitar la realización de tareas que no son de su agrado.

El niño se da cuenta de que sólo se trata de ser más perseverante en su conducta (negativismo) que los mayores. Al igual que sucedía con el "niño de las rabieta" el resultado de su conducta (el librarse de hacer aquello que no le gusta) no hace más que reforzar dicho comportamiento, aumentando su probabilidad de ocurrencia y por tanto la aumento del problema.

Muchos padres dan por sentado que su hijo ha nacido así: "que le vamos a hacer" e incluso son capaces de establecer paralelismo con otros miembros de su familia, por ejemplo: "ha salido como su abuelo". Todo ello parece denotar la sensación de impotencia para controlar la conducta por parte de los padres, situando el origen del problema en factores externos a ellos mismos. Lo que ignoran es que, habitualmente, conductas como la desobediencia están fuertemente controladas por varias variables de las que no son ajenos los propios padres.

A continuación se relacionan las variables más importantes y que pueden constituirse en el origen y mantenimiento del problema:



2.1.2 Causas de los problemas de conducta

(Sergi Banú, 1997) Cada niño es diferente y sus necesidades de atención por parte de los padres pueden variar de unos a otros, es por ello que no pueden establecerse pautas generales para todos. Sin embargo, la aparición de conductas problemáticas es un síntoma inequívoco que debe poner en guardia y hacer más sensibles hacia las posibles demandas afectivas que reclama el niño y que no se satisfacen.

Un escaso tiempo de dedicación determina en algunos niños la aparición de conductas no adecuadas, de desobediencia o incluso somáticas (dolores, enfermedades sin causa orgánica aparente).

Otro factor importante a tener en cuenta son los estilos educativos de los padres. Hoy se sabe que los padres que combinan el afecto emocional alto hacia los hijos, pero también su control, son los que obtienen los mejores resultados en cuanto al funcionamiento afectivo e intelectual de sus hijos con un mínimo de problemas de conducta.

Los modelos basados en una autoridad inflexible o los excesivamente permisivos, han demostrado ser menos adecuados y eficientes en el establecimiento de vínculos afectivos adecuados, así como en la aparición de conductas disruptivas.

Factores como el temperamento parecen ser también muy relevantes. A pesar de que la personalidad del bebé no presenta todavía muchos de los componentes que son evidentes más tarde (como creencias, actitudes, etc.) sí está presente en forma de expresividad emotiva y de sus reacciones ante la estimulación del entorno. Ante una misma actividad o juego por ejemplo subirse a un columpio un bebé puede reaccionar gritando de alegría mientras otro reacciona de forma más tranquila o incluso llorando.

En la base de estas diferencias individuales estaría el temperamento particular que conforma la personalidad temprana del bebé. Algunos estudios catalogaron a algunos niños de su estudio,

relativa a la primera infancia, como "difíciles", presentando este grupo mayor número de problemas-conducta que otros bebés clasificados en otras categorías. La genética tiene mucho a decir ya en estas primeras etapas.

La observación de conductas disruptivas o anormales en la primera infancia podría ser síntoma de la presencia de algún trastorno de base genética y, por tanto, susceptible de evaluación por parte de un profesional de la salud. En definitiva, es preciso tener en cuenta que los problemas de conducta que presentan los niños son el resultado de una multiplicidad de factores que es necesario evaluar y tratar para corregir.

2.1.3 Factores externos que influyen en la conducta de los niños

i. Los vínculos emocionales con los miembros de la familia

(Sergi Banú, 1997) Al respecto es necesario preguntar si el niño se siente querido dentro de su núcleo familiar. Los lazos afectivos bien establecidos a edades tempranas como el llamado apego, son fundamentales para la estabilidad del niño y para prevenir posibles conductas disruptivas.

Es muy frecuente la aparición de conductas agresivas y de falta de empatía hacia los otros, en el caso de adolescentes que se han visto privados de una adecuada vinculación afectiva con sus progenitores.

Ello puede deberse tanto a factores de fuerza mayor como la pérdida, muerte o separación física de los mismos, como a negligencia o falta de atención adecuada de los padres hacia sus hijos, malos tratos, etc.

Se sabe que muchas de estas conductas son consecuencia de la llamada de atención por parte del niño a los padres que quizás de otra forma no le prestan. Es importante compartir con el niño tiempo suficiente para establecer dichos vínculos.

ii. El ajuste emocional y social de los padres

Es muy positivo que los padres, no tanto no tengan trastornos emocionales, sino que el niño no los perciba de forma angustiada. Esto puede resultar difícil en caso de situaciones de maltrato o separaciones traumáticas. Se sabe que existe una alta correlación entre madres deprimidas y trastornos de conducta en los hijos.

iii. El nivel cultural y económico

Los problemas de conducta no son patrimonio de ninguna clase social, se dan en todas ellas. Es evidente que un nivel cultural muy bajo unido a una situación de precariedad laboral y económica es un sustrato muy fuerte para generar conductas no deseadas y que pueden desembocar en la delincuencia. Sin embargo, se está asistiendo a la aparición de conductas delictivas e incluso criminales en sectores de población joven de clase acomodada.

iv. Los modelos

Hasta que no está cercana la adolescencia, los principales modelos a seguir, en todas sus facetas, suelen ser los propios padres o hermanos mayores. De nada servirá que se le diga que se comporte de una determinada manera, si los modelos que tiene a su alrededor no son coherentes con lo que se le pide. Se sabe que la impotencia de muchos centros escolares, que hacen una labor educativa impecable pero que su labor no se ve complementada por los modelos familiares.

Hay todavía un gran debate acerca de la influencia de ciertos programas violentos sobre la conducta de los niños.

v. Circunstancias especiales a tener en cuenta

- Las nuevas familias actualmente, la familia se ha convertido en una de las instituciones sociales que más ha cambiado tanto desde el punto de vista legislativo como en el social.
- La familia tradicional ha dado paso a nuevos sistemas familiares (parejas de hecho con hijos, madres o padres solteros con hijos o nuevas familias surgidas de divorcios previos que comparten hijos de otras parejas anteriores). Cada uno de estos sistemas tiene sus peculiaridades y la conducta manifiesta del niño puede ser explicada, en parte, a estas nuevas circunstancias.
- Cambios en las relaciones padres-hijos: paralelamente a los cambios de vinculación en las relaciones de los adultos, los padres han ido incorporando cierta simetría en la educación de sus hijos y en aplicar la disciplina. Ha ido creciendo cierta idealización de los estilos democráticos. Sin duda, este estilo, basado en el saber escuchar y ser equitativo en la toma de decisiones, con frecuencia se ha mal interpretado y ha supuesto en la práctica un fracaso.

Separación o divorcio de los padres: el rompimiento de los lazos afectivos es siempre doloroso y se vive con cierta angustia por parte de la pareja que ha compartido parte de su vida y que ahora ve roto el proyecto común. Pese a ello, las principales víctimas de todo proceso de ruptura son los hijos, en especial, los más pequeños.

- Es habitual la aparición de ciertas conductas desadaptadas en los hijos cuando se produce la ruptura de los padres.

Niños adoptados: al igual que sucede con la mayoría de los niños, cualquier hijo adoptado presenta una serie de características cognitivas, intelectuales y emocionales que son consecuencia directa de una serie de factores tanto internos como externos, algunos de

ellos fuera de nuestro control. Otros perfectamente conocidos y controlables.

2.1.4 Tratamiento para los problemas de conducta

(Harvey F. Clarizio, 1991: 412-423) Un tratamiento adecuado para tratar los problemas de conducta es la terapia cognitivo-conductual la cual se dará con el paciente y posteriormente es necesario trabajar terapia de pareja o familiar con los padres del niño.

En la terapia individual a realizarse es importante evaluar las siguientes áreas

✓ Área cognitiva

A) Desde el punto de vista cognitivo el niño o adolescente va a presentar 3 características:

- Es frecuente que el niño o adolescente tenga una autoimagen negativa donde se vea despreciado, no amado e indeseable para otros; y que su conducta sea en parte motivada por un ataque para defenderse de los desprecios.
- Baja tolerancia ante la frustración: Soporta muy mal no satisfacer sus deseos inmediatamente y ello le lleva a reaccionar con ira, impulsividad o manipulación.
- Falta de empatía por los derechos y sentimientos ajenos. Es egocéntrico centrado en satisfacer sus deseos.

B) Las intervenciones cognitivas se dirigen a modificar los tres componentes anteriores. Básicamente se trata de la resolución de problemas y el autocontrol frente a la impulsividad, y el entrenamiento en empatía frente a la escasa responsabilidad y falta de conciencia de los sentimientos del otro.

Se trabaja en formato de grupo de adolescente donde se exponen y modelan problemas relacionales, identificando los componentes cognitivo-conductuales de cada situación sujeto, y generando alternativas. Otras intervenciones cognitivas se centran en trabajar con la familia y como sus actitudes y el problema se interrelacionan circularmente.

✓ Área afectiva

- La principal característica de la afectividad de los trastornos de conducta es la falta de control del niño/adolescente de sus emociones en relación a su baja tolerancia a la frustración y la falta de empatía con el/la agredida.
- Las intervenciones cognitivas-conductuales tratan de facilitar que se identifiquen los sentimientos y que se module o regule su expresión. Con niños más pequeños se facilita este aprendizaje mediante las instrucciones verbales y el modelado en el contexto por ejemplo de una terapia de juego o por orientación familiar.
- Con adolescentes los grupos de chicos/as con problemas similares o la terapia familiar tienen la misma finalidad. Se trabajan tres aspectos: Identificar que se siente, como se puede expresar y como se puede sentir el otro.

✓ Área somática

- Puede ser frecuente la asociación de otros trastornos que puedan requerir medicación, como la hiperactividad por ejemplo psicoestimulantes, los trastornos afectivos por ejemplo antidepresivos o las crisis de agresividad extrema en forma de convulsiones como los antiepilépticos.

✓ Área interpersonal

- La familia en estos casos suele presentar intentos de solución del trastorno de conducta caracterizado por el exceso de métodos de castigos e inconsistencias por ejemplo falta de límites claros, no mantenimientos de consecuencias, desacuerdos parentales, etc. También puede darse el caso de que el trastorno del niño o adolescente forme parte de conflictos más generales de la propia familia (a menudo de problemas conyugales) y que este sea empleado en la misma disfunción familiar.
- Puede bastar en casos de disfunción familiar baja, un planteamiento de orientación a los padres de tipo psicoeducativo y conductual: el terapeuta enseña a los padres a cómo manejar los problemas de conducta mediante el modelado directo (demostración en vivo), y el manejo de la propia ira parental (por ejemplo mediante la inoculación al estrés).
- En caso de disfunciones familiares más amplias y graves puede estar indicada la terapia familiar o de pareja. Estas intervenciones suelen estar guiadas por planteamientos sistémicos y cognitivos.
- En caso de familias con desventajas culturales y socioeconómicas la intervención de los servicios sociales y de las redes de apoyo social suele estar recomendada.

✓ Área conductual

- Los objetivos conductuales se dirigen a reducir la conducta antisocial y aumentar la conducta pro-social del niño o adolescente.
- Se suele listar las conductas y capacidades del niño/adolescente que funcionen adecuadamente. Se identifica y se presta apoyo a lo que el sujeto hace bien como por ejemplo deportes para niños fuertes y agresivos.

- Se indaga lo que los padres y el chico hacen juntos que sea divertido y agradable y se prescribe que lo realicen con frecuencia creciente.
- Identificar un solo problema de conducta por vez para su manejo. Se diseña con los familiares y entorno estrategias de extinción o reducción de esas conductas evitando el castigo físico y empleando intervenciones alternativas.

2.2 Psicopatología

(Seva Díaz, 1994) El término psicopatología, etimológicamente *psyché* (psyjé): alma o razón. *páthos* (pazos): enfermedad, *logía*: o *lógos*, que significa discusión o discurso racional. Es la ciencia que estudia las desviaciones patológicas de la vida psíquica especialmente las psicosis y las psicopatías, también puede ser usada en tres sentidos:

a) La Psicopatología 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. Se ha encontrado el estudio que diferencia entre percepción normal/sana y percepción que no es normal/sana, al margen de la definición de trastorno psicológico; en este sentido, la alucinación hipnogógica es una percepción normal y sana.

b) La Psicopatología como término descriptivo es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

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

La palabra psicopatología puede referir a diferentes causas por un lado, con ese término se designa a aquella área de salud que describe y sistematiza los cambios que se producen en el comportamiento de los seres humanos y que no pueden ser explicados a través de la maduración o del desarrollo del individuo y que se los conoce como trastornos psicológicos. Y por el otro lado, como un área de estudio dentro de la psicología que se centra en estudiar aquellos estados no sanos de la mente de los individuos.

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

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

La Psiquiatría y la Psicología y los psiquiatras y los psicólogos, aquellos profesionales encargados de las mismas, son quienes más se han interesado a lo largo de la historia y quienes más se ocupan hoy en día de los diversos cuadros clínicos, sus manifestaciones, desarrollos y tratamientos.

2.2.1 Antecedentes

(Hamilton M., 1991) Al estudiar el desarrollo histórico de los conocimientos de psicopatología, se tiene que remontar a las épocas lejanas debido a la importancia que ha tenido para el hombre este tema, Puede considerarse como figura culminante en los tiempos medievales a santo Tomás de Aquino por sus comentarios sobre el primer tratado psicológico conocido (de ánima de Aristóteles) en los que describe los trastornos psicológicos desde un punto de vista filosófico.

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.

La Iglesia tuvo que hacer frente al dilema de determinar si la persona que mostraba una conducta desviada era un santo o un enviado del diablo. Ya a fines del s. VII la locura se clasificaba perversa en tanto era una acción contra Dios provocada por el demonio. La causa no era atribuible al individuo, sino que era causa de una transgresión a la voluntad del individuo por

parte de un ser superior. Por lo tanto, estos individuos debían ser puestos bajo el control de las autoridades religiosas porque sólo ellos estaban legitimados a luchar contra el mal.

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

El planteamiento anatomopatológico de la locura con sus supuestos centrales de localización y reducción de la enfermedad a lo anatómico chocan con las primeras concepciones de la neurosis, y en general de las enfermedades nerviosas. La caracterización de las enfermedades nerviosas como producidas por algún tipo de lesión anatómica conlleva la idea de que a medida que se iban descubriendo las lesiones específicas que estaban en el origen de las neurosis, estas irían desapareciendo.

La mentalidad anatomopatológica da paso a los planteamientos fisiopatológicos sobre las enfermedades. Whytt y Collen elevarán el Sistema Nervioso (SN) a la primera posición dentro de la fisiopatología, la patología y la neurología.

Whytt afirmaba que puesto que la mayor parte de las enfermedades dependen del S.N. deberían ser llamadas nerviosas. Collen agranda esta tesis y construye una de las primeras nosologías, en la que aparece por primera vez el término neurosis.

Y a fines del S. XVII se producirá una división entre los médicos especialistas en nervios (neurólogos) y los médicos especialistas en pacientes nerviosos (psiquiatras).

El fracaso de estos dos enfoques, el anatomopatológico y el fisiopatológico, da lugar a una interpretación que enfatizará el papel de la herencia y la degeneración hereditaria en el origen de las neurosis.

Foville y Movel ya en el Siglo XIX, proponen concebir la locura (insania) como una manifestación mórbida de la inteligencia caracterizada por una lesión funcional difusa del S.N; el

elemento patológico es nada menos que la degeneración con la cual los individuos señalados hereditariamente están heridos invariablemente en el desarrollo normal de su S.N.

Charles Feré plantea la teoría de la familia neuropática que marca los trastornos psíquicos, sensoriales y motores del S.N. en un solo grupo indisoluble unido por las leyes de la herencia. Esta teoría asumía además, que cada alteración podía manifestarse en un modo diferente en los distintos miembros de una misma progenie o incluso presentar cambios en un mismo individuo a lo largo del tiempo. Sin embargo, este nuevo enfoque también resultó ineficaz.

De la mano de Mesmer primero hace aparición el magnetismo animal y de Puységur después que lo rotulará como sonambulismo artificial. El descubrimiento de éste nuevo fenómeno se atribuirá a la acción de fuerzas psicológicas aún desconocidas, que además de introducir una visión particular sobre el funcionamiento de la mente humana y sus capacidades, dará pie al descubrimiento del inconsciente y sus potencialidades para la cura de ciertas formas de locura.

Por otro lado los enfoques organicistas de la locura conviven con planteamientos moralistas.

Así mientras que las causas inmediatas de la locura eran de origen orgánico, las causas lejanas incluían antecedentes biográficos (pasiones del alma), como sociales (vicios, malas compañías, miseria) o los ambientales (humedad, frío, calor). Y son precisamente estas causas morales remotas las que se encuentran en la base del tratamiento moral y consecuentemente, en las primeras reformas del tratamiento manicomial, llevadas a cabo por Tuke, Pinel, Rush, Connolly e Hill.

A mediados del S. XIX los contactos que empiezan a producirse entre la medicina, la fisiología, la biología evolucionista y la psicología de la asociación, abonan el terreno para el surgimiento, dentro de las ciencias naturales, de la ciencia psicológica, alejándose ésta de la Filosofía. Wundt es el papal artífice de éste horizonte.

Wundt sostenía que la psicología podía ser considerada como ciencia experimental en tanto que estudiara actividades tales como la sensación o la percepción, pero que en la medida en que

tratase de dar cuenta también de fenómenos mentales superiores como el lenguaje o el pensamiento, debía ser considerada como una ciencia social.

El funcionalismo americano, la reflexología soviética, el movimiento gestáltico y la escuela de Wüsburgo, marcando sus divergencias con respecto a la propuesta de Wundt, aportan su propia interpretación sobre cuáles son los métodos y los datos adecuados para el desarrollo de una psicología verdaderamente científica.

Por su parte, la psicología dinámica, heredera del sonambulismo artificial y desarrollado sobre todo en el ámbito psiquiátrico.

2.2.2 Normalidad

(Arnold A. Lazarus, 1995: 14-22) La salud mental al igual que la salud física es un estado relativo y por lo tanto difícil de definir. Que la salud mental es un estado relativo significa que las personas con un diagnóstico de trastorno mental pasan periodos de tiempo en los que hay una relativa ausencia de síntomas. A su vez las personas que denominamos mentalmente sanas también pasan por períodos en los que puede haber una presencia de sintomatología psicopatológica.

Se suele considerar que una persona está sana psicológicamente cuando se comporta de una manera similar a la mayoría de las personas, percibe la realidad con exactitud, su estado anímico se adecua a cada situación y cuando se desenvuelve adecuadamente en los quehaceres de la vida.

La salud mental se define como un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar de forma adecuada en la sociedad a la que pertenece y cuyas características y rendimientos personales son satisfactorias para él.

Para determinar la relativa normalidad de una conducta o comportamiento la psicopatología se vale de una serie de criterios evaluativos. Que los signos sean fácilmente observables por la persona promedio, que las primeras personas que detectan la anormalidad de una conducta son el entorno familiar del enfermo y el propio enfermo.

Que la continuidad de la conducta normal / anormal requiere que los criterios sean aplicables a todos los grados de funcionamiento perturbado.

Los criterios deben de ser no culturales ya que las características esenciales de la conducta son iguales en todas las culturas etc. La normalidad estadística: identifica norma y frecuencia. Es “normal” lo que se observa con más frecuencia.

La normalidad ideal: Las diferencias entre lo “normal” y lo “anormal” son cualitativas y no cuantitativas. No es independiente la norma estadística, ya que el conocimiento de la frecuencia tiende a modificar la forma ideal (investigaciones sobre la conducta sexual por ejemplo)

La normalidad funcional: Según ella se considera “normal” un estado apropiado de un individuo en razón de sus características y de las finalidades que se propone.

2.2.3 Anormalidad

(Arnold A. Lazarus, 1995: 14-22) La conducta anormal es aquella que viola las normas sociales y constituye una amenaza o produce ansiedad en quienes la observan. Se considera que algo es anormal porque sucede de manera poco frecuente: se desvía de la norma; la conducta de una persona es anormal si viola normas sociales. La anormalidad es definida en términos de aquellas conductas que ocurren con menor frecuencia. Así mismo se entiende por conducta anormal a aquella que se aparta de alguna norma y que perjudica al individuo afectado o a los demás.

Por otro lado se da a conocer que la conducta anormal o conducta desadaptada es el resultado de la incapacidad para manejar el estrés en forma efectiva. Generalmente se considera normal al

individuo que respeta un cierto orden, el orden más ampliamente extendido en una sociedad y transmitido de generación en generación en sus principios esenciales y de diversas maneras.

En el seno de una cultura se conceden permisos a los que se desvían de tales principios sólo dentro de límites a menudo estrechos. Tales permisos están codificados y jerarquizados. A menudo los locos no son alienados sino que están integrados a la sociedad como locos. Anomalía, anormalidad y locura no coinciden y las fronteras entre estas categorías son en general estrictas en una sociedad, pero diferentes de una sociedad a otra.

2.2.4 Enfermedad y Salud Mental

(Ivonne Hawayek, 1996) La enfermedad mental, concepto enmarcado en la psiquiatría y medicina, es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

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

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

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

Aún cuando clásicamente se han dividido las enfermedades mentales en trastornos orgánicos y trastornos funcionales, haciendo referencia al grado de génesis fisiológica o psíquica que determine al padecimiento, la evidencia clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre sí y que en la patología, como en el resto del desempeño psíquico "normal", ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como lo conocemos. De hecho, alteraciones biológicas alteran la psique, al igual que alteraciones psicológicas alteran o modifican la biología.

Existen numerosas categorías de trastornos mentales, con mayor o menor gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo como en su repercusión dentro del funcionamiento social, así se hace alusión a otra clasificación clásica: trastornos neuróticos y trastornos psicóticos.

Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo, así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano; sin embargo, no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la vida social, pueden desempeñarse laboral y académicamente, y según Freud y las escuelas psicoanalíticas este estado es la condición natural de la vida psíquica.

Las psicosis, abarcan la manifestación más claramente asociada con la enfermedad mental, sus síntomas clásicos incluyen las alucinaciones, delirios y grave alteración afectiva y relacional, estos trastornos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado como los trastornos depresivos y bipolares, aunque las esquizofrenias son claramente las de mayor repercusión

personal, social y familiar dado su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos a los cuales se añaden la desconexión con la realidad y aplanamiento afectivo.

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

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

En 1,973 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) decidió eliminar la homosexualidad del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). El 17 de mayo de 1,990 la OMS elimina la homosexualidad y la transexualidad de la lista de enfermedades mentales.

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

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

(OMS) establecen que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Manera también, como las personas relacionan su entorno con la realidad.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que salud mental y enfermedades mentales no son dos conceptos opuestos es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es óbice para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

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

Muchos expertos consideran a la salud mental como un continuum es decir, como se piensa, como se actúa y como se percibe la vida según el estándar social es lo que es la salud mental de un individuo puede tener diferentes y múltiples valores.

El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida.

Muchos sistemas terapéuticos y libros de auto-ayuda ofrecen métodos, filosofías, estrategias y técnicas con el fin de estimular el desarrollo del bienestar mental en personas sanas.

La psicología positiva tiene un gran campo en esta materia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental puede definirse de la siguiente manera:

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros.

Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental.

La Organización Mundial para la Salud dice que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los cuatrocientos cincuenta millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud.

Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la

consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

Desde las teorías psicodinámicas se postula que la salud mental así como los aspectos patológicos son partes constitutivas de todo individuo. La constitución personal de cada sujeto implica capacidades o aspectos sanos y otros patológicos, siendo la proporción de los mismos variable entre personas. Así pues, según Bion, la capacidad para tolerar la frustración sería una primera capacidad sana que permitiría al individuo en desarrollo el inicio del proceso de pensamiento y comprensión del mundo y de sí mismo.

La función del pensamiento sería la base de la salud mental. Esta se ve favorecida por un ambiente de contención (función materna o cuidadora) que permite tolerar la frustración e iniciar el desarrollo del aparato mental, la base de la salud mental.

2.2.5 Salud Mental en Guatemala

(Divas R; 2005) Guatemala es un país ubicado en el istmo centroamericano, tiene una extensión territorial de aproximadamente 108,889 kilómetros cuadrados, con una población de 12, 700,611 habitantes que se identifica en los siguientes grupos étnicos: ladinos, mayas, xinkas y garífunas, con 21 grupos lingüísticos mayas entre los que predominan k'iche' (30%), mam (18%), kaqchikel (16%) y q'ueqchí' (11%), además de los idiomas xinka y garífuna. Las poblaciones maya y xinka residen predominantemente en área rural, en tanto que la garífuna vive en área urbana.

OMS, con la colaboración del Programa Nacional de Salud Mental y el Hospital Nacional de Salud Mental (ambos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social). La preparación y desarrollo del trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

El instrumento de evaluación de la Organización Mundial de la Salud para Sistemas de Salud Mental (OMS-IESM) se usó para recopilar información sobre el sistema de salud mental en Guatemala. El propósito de recopilar esta información es mejorar el sistema de salud mental y proporcionar una línea base para monitorear el cambio. Esto permitirá que en el país se elaboren planes de salud mental basados en una línea de base y con objetivos definidos.

También resultará beneficioso monitorear el progreso en la implementación de políticas de reforma que proporcionen servicios comunitarios e involucren a los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud mental.

En Guatemala no existe una política de salud mental ni un plan actualizado, aunque se realizan acciones por parte del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud. En lo que respecta a legislación, el país no cuenta con un marco legal específico en el campo de la salud mental.

Una institución estatal es la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) encargada de supervisar el respeto a los derechos humanos de las personas internadas, pero es necesario mejorar la capacitación a los trabajadores de la salud, así como la inspección y monitoreo de las unidades que brindan atención a la población. La falta de una legislación podría afectar las posibilidades de mejorar la atención en salud mental, en especial lo concerniente a la protección de los derechos humanos.

La mayor parte del presupuesto asignado para salud mental corresponde al Hospital Nacional de Salud Mental (90%); esta situación impacta negativamente en los dispositivos o servicios comunitarios.

El esquema de seguridad social proporcionado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) cubre la atención de todos los tipos de trastornos mentales. Sin embargo, la disponibilidad de psicofármacos no está garantizada en la red pública de servicios y solo un 1% de la población

tienen acceso gratuito a este tipo de medicamento. La única unidad del Ministerio de Salud donde se entregan los medicamentos gratuitos a los enfermos es el Hospital Nacional de Salud Mental.

El Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) es la unidad organizativa, dentro del Ministerio de Salud, responsable de elaborar los lineamientos técnicos y normativos, así como la planificación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud mental a nivel de atención ambulatoria. Los hospitales tienen sus normas propias y no son coordinados por el PNSM.

Desde el punto de vista administrativo se considera que la prestación de servicios debería ser mejorada bajo la supervisión de una fuerte autoridad nacional en salud mental.

En sentido general se evidencian debilidades en la red de servicios de salud mental, la mayoría de los dispositivos están concentrados en la capital, siendo la cobertura en el interior del país y en especial en las áreas rurales muy pobre y no se dispone de un adecuado sistema de referencia y respuesta. Existen 32 establecimientos de salud mental ambulatorios y sólo uno está destinado para la niñez y adolescencia; ninguno proporciona seguimiento de casos a nivel de la comunidad.

Hay dos servicios de día en el país, sin especificidades para niñez, ni adolescencia; y dos hospitales psiquiátricos, para un total de 0.7 camas por cada 100,000 habitantes, encontrándose el 99% de las camas psiquiátricas en estos dos hospitales del área metropolitana.

No hay suficientes recursos humanos para la atención en salud mental y la mayoría se concentra en el área metropolitana. También, hay pocas oportunidades de capacitación y actualización para el personal que labora en los establecimientos ambulatorios.

En los programas de las carreras de medicina, enfermería y otras ciencias de la salud, son escasas las horas que se dedican a las materias de salud mental durante la formación de pregrado. Podría ser muy beneficioso si se incrementaran los procesos de entrenamiento o actualización en el postgrado.

A pesar que existen asociaciones de usuarios, su implicación y participación en la planificación e implementación de políticas y planes de salud mental, así como su interacción con los servicios de salud mental es muy débil. Existen 30 organizaciones no gubernamentales registradas que trabajan en el campo de la salud mental, enfocadas a distintos grupos y necesidades; siendo necesaria una mayor coordinación entre ellas y con el sector público.

También es necesario fortalecer los vínculos con otros sectores e instancias (dentro y fuera del sector salud). En particular el país identifica la necesidad de capacitar en salud mental a los funcionarios del sistema judicial y de sus órganos auxiliares, así como a la policía.

a) Políticas sobre derechos humanos

(Henry López, 1999) La Procuraduría de los Derechos Humanos es el organismo encargado de la vigilancia de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos y tiene la autoridad para realizar inspecciones periódicas a los establecimientos de salud mental, vigilar la admisión involuntaria y los procedimientos para las altas, así como supervisar los procesos de investigación de reclamos. El 50% de los hospitales psiquiátricos del país recibieron, por lo menos, una revisión /inspección por año, de parte de la Procuraduría de los Derechos Humanos, no siendo el caso de las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria que no recibieron.

b) Organización de los servicios de salud mental

(Henry López, 2000) El Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) es el responsable de elaborar lineamientos técnicos y normativos, así como la planificación, coordinación, monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental. También proporciona asesoría sobre políticas, planes y legislación de salud mental. Los servicios de salud mental están organizados en hospitales, así como territorialmente en áreas y distritos de salud.

c) Establecimientos de salud mental ambulatorios

(Laura Rodríguez, 2003:16-26) Existen 32 establecimientos de salud mental ambulatorios en el país, de los cuales sólo uno está destinado para niños(as) y adolescentes. Estos dispositivos ambulatorios brindan atención a 782 usuarios por 100,000 habitantes. De todos los usuarios atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios, 57% fueron mujeres y 7% fueron niños(as) o adolescentes.

Los principales diagnósticos de los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios fueron trastornos afectivos (29%) y trastornos neuróticos y somatomorfos (29%). Ninguno de los establecimientos ambulatorios proporciona atención de seguimiento en la comunidad, tampoco se tienen equipos móviles de personal de salud mental. En relación a la disponibilidad de tratamientos menos del 50% de los establecimientos ambulatorios ofrecen modalidades de tratamientos psicosociales.

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

2.2.6 Trastornos emocionales

(Carlos A. Peyre, 1992:13) Es bastante difícil definir el término de trastornos emocionales o afectivos, ya que es un fenómeno que está interrelacionado con muchos otros trastornos; del carácter, de conducta y dificultades de aprendizaje. En este sentido, existe cierta confusión entre sus causas, sus efectos y los efectos asociados a él.

Tomando en cuenta lo anterior, se ha usado este término para referirse indistintamente a otros trastornos, como desadaptación emocional y desorden mental entre otros. Intentando una

delimitación de perturbación emocional, la entenderemos, centrándonos en los estudios de Newcomer, como:

“Un estado del ser, caracterizado por aberraciones en los sentimientos que tiene un individuo con respecto a sí mismo y al medio ambiente. La existencia de la perturbación emocional se deduce del comportamiento. Por lo general si una persona actúa de una manera que le es perjudicial a ella y/o a los demás, puede considerarse en un estado de perturbación emocional.” (Newcomer, 1993)

Bravo, L. (1984), plantea que los trastornos emocionales infantiles son consecuencia de insuficiencia en los procesos psicológicos adaptativos frente a experiencias del ambiente y frente a las propias necesidades instintivas. Agrega además, que estos trastornos son derivados de la angustia y de los mecanismos psíquicos insuficientes para controlarla.

Los trastornos emocionales estarían estrechamente relacionados con problemas de conducta, anomalías de carácter y dificultades de aprendizaje, lo que muchas veces no permite hacer un análisis más específico del problema.

Los trastornos emocionales pueden dividirse en:

- Trastornos afectivos derivados del ambiente (en base a las actitudes del medio frente a él)
- Trastornos conflictivos sintomáticos (Con causa ambiental, pero los síntomas se mantienen pese a desaparecer la causa).
- Trastornos estructurales de la personalidad (debido a fallas en las funciones toxicas).

a) Trastornos del aprendizaje

(Harvey F. Clarizio, 1992:19) Un trastorno del aprendizaje se define como una dificultad en un área académica (lectura, matemáticas o expresión escrita). La capacidad del niño de progresar en el área académica específica está por debajo de lo que se espera para un niño de su edad, nivel

educativo y nivel de inteligencia. La dificultad experimentada por el niño es lo suficientemente grave para interferir con el progreso académico o las actividades normales apropiadas de su edad en la vida cotidiana. Los trastornos del aprendizaje algunas veces se denominan discapacidades del aprendizaje, o discapacidad específica para el aprendizaje.

La mayoría de los niños que tienen trastornos del aprendizaje tienen una inteligencia normal. Los tipos de trastornos del aprendizaje incluyen los siguientes:

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

a).1 Causas los trastornos del aprendizaje

Se cree que los trastornos del aprendizaje se producen a causa de una anomalía en el sistema nervioso, ya sea en la estructura del cerebro o en el funcionamiento de las sustancias químicas del cerebro. La diferencia en el sistema nervioso provoca que el niño que tiene un trastorno del aprendizaje reciba, procese o comunique la información de una forma diferente.

a).2 Personas afectadas por los trastornos del aprendizaje

Del diez al 30 por ciento de los niños tienen trastornos del aprendizaje. Se calcula que los trastornos para las matemáticas afectan al 1 por ciento de los niños en edad escolar. Los trastornos de lectura son más comunes en hijos de padres que experimentaron un trastorno del aprendizaje. Hay más probabilidades de que se les diagnostique un trastorno de lectura a los niños que a las niñas.

La predisposición genética, los problemas durante el embarazo, el nacimiento o la infancia temprana, así como otras condiciones médicas pueden estar asociados con la causa de los trastornos del aprendizaje.

a).3 Síntomas de los trastornos del aprendizaje

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de los trastornos del aprendizaje. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Trastorno de lectura: existe un trastorno de lectura cuando un niño lee por debajo del nivel esperado dada su edad, grado escolar e inteligencia. Los niños que tienen un trastorno de lectura leen despacio y tienen dificultades para entender lo que leen. Pueden tener dificultades para reconocer las palabras y confunden palabras que parecen similares. El trastorno de lectura se llama algunas veces dislexia.
- Trastorno para las matemáticas: existe un trastorno para las matemáticas cuando un niño tiene problemas con las habilidades relacionadas con los números, como contar, copiar los números correctamente, sumar y llevar números, aprender las tablas de multiplicar, reconocer los signos matemáticos y comprender las operaciones matemáticas.
- Trastorno de expresión escrita: existe un trastorno de expresión escrita cuando un niño tiene dificultades con las habilidades de escritura, como la comprensión de la gramática y la puntuación, ortografía, organización de párrafos, o para componer información escrita. A menudo estos niños no tienen buenas habilidades para escribir a mano.

a).4 Cómo se evalúan los trastornos del aprendizaje

(George F. McCoy, 1992: 124) Las señales de los trastornos del aprendizaje pueden ser identificadas por los padres o profesores cuando el niño tiene continuamente dificultades con todas o cualquiera de las siguientes actividades:

- Lectura, ortografía, escritura o para completar problemas matemáticos.
- Comprender o seguir instrucciones.
- Distinguir la derecha de la izquierda.

- Invertir las letras o números (confunde la "b" y la "d" o el 12 y el 21).

La evaluación exhaustiva por profesionales de la educación y la salud mental incluye exámenes psicopedagógicos, psicológicos, así como hablar con el niño y con los padres. La evaluación exhaustiva identifica si el niño tiene o no tiene un trastorno del aprendizaje así como los puntos fuertes y débiles del aprendizaje.

Los resultados de la evaluación se utilizan para determinar las necesidades educativas, identificar la mejor escuela, determinar las acciones a seguir para ayudar con la distracción o hiperactividad, y los posibles beneficios de cualquier terapia adicional como la logopedia o la psicoterapia familiar para aumentar al máximo el potencial de aprendizaje y la calidad de vida del niño.

a).5 Intervención de los trastornos del aprendizaje

(George F. McCoy, 1992: 412-464) La Intervención específica de los trastornos del aprendizaje será determinado por el esfuerzo coordinado entre los profesionales de la educación, salud mental, médicos y familia, basándose en lo siguiente:

- La edad del niño, su estado general de salud y su historia.
- Qué tan avanzado está el trastorno.
- El tipo de trastorno.
- Las características propias de su hijo.
- Participación y expectativas de la familia.

b) Trastornos de la comunicación

(Harvey F. Clarizio, 1992: 185) Los Trastornos de la Comunicación se inscriben dentro de un concepto más amplio llamado trastornos del desarrollo, que son una categoría de los problemas de salud mental que comprende a los niños que tienen dificultades para alcanzar las funciones

tempranas del desarrollo, como por ejemplo las habilidades del lenguaje, de la comunicación, de la socialización y motoras.

Generalmente, el tratamiento de los trastornos del desarrollo incluye la medicación y la capacitación especializada que ayuden al niño a desarrollar las habilidades necesarias, es decir, el trabajo de un equipo multidisciplinario de profesionales.

Existen muchos tipos diferentes de trastornos de la comunicación, entre los que se incluyen:

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

b).1 Causas de los trastornos de la comunicación

Los trastornos de la comunicación pueden ser evolutivos o adquiridos. Se cree que la causa se origina por problemas biológicos, como por ejemplo ciertas perturbaciones en el desarrollo del cerebro, o posiblemente por la exposición a las toxinas durante el embarazo, como por ejemplo el abuso de sustancias nocivas o la exposición a las toxinas ambientales (como por ejemplo: el plomo). En algunos casos, se considera al factor genético entre las causas que contribuyen al trastorno.

b).2 Personas afectadas por los trastornos de la comunicación

Por razones que se desconocen, es más frecuente el diagnóstico de trastornos de la comunicación en los varones que en las niñas. Con frecuencia, los niños con trastornos de la comunicación presentan también otros trastornos del desarrollo asociados.

b).3 Síntomas de los trastornos de la comunicación

Los síntomas más comunes de los trastornos de la comunicación pueden ser experimentados en diferente forma. Es posible que los niños pequeños con trastornos de la comunicación no puedan desarrollar el habla, o tengan un vocabulario limitado para su edad.

Algunos niños con trastornos de la comunicación tienen dificultad para comprender instrucciones simples o no pueden asignarle nombres a los objetos.

La mayoría de los niños con trastornos de la comunicación desarrollan el lenguaje hacia la edad escolar. Sin embargo, siguen teniendo problemas de comunicación. Con frecuencia, los niños en edad escolar tienen problemas para comprender y formular palabras. Los adolescentes pueden presentar mayor dificultad para comprender o expresar ideas abstractas.

b).4 Forma de diagnosticar los trastornos de la comunicación

Este diagnóstico sólo puede ser hecho por un especialista, pero generalmente los padres consultan primero con un neurólogo infantil, en particular cuando también se manifiestan problemas emocionales o del comportamiento. La evaluación integral también implica el examen psicométrico (examen diseñado para evaluar la capacidad de razonamiento lógico, las reacciones a las diferentes situaciones y el rendimiento del pensamiento) y el examen psicológico de las capacidades cognitivas.

La detección e intervención tempranas pueden reducir las dificultades académicas y de interacción, además de mejorar la calidad de vida de los niños que sufren trastornos de la comunicación.

c) Trastornos de eliminación

(Guido Aguilar, 1986:65-71) Los trastornos de la eliminación se caracterizan por la emisión de heces u orina en lugares inapropiados por un niño cuyo nivel de desarrollo le proporciona la capacidad de poseer control del intestino, vejiga y esfínteres.

Este control de hábitos higiénicos está afectado por muchos factores: capacidad intelectual, madurez social e interacciones sociales entre el niño sus familiares y ámbito educativo. La secuencia normal del desarrollo de continencia fecal y urinaria implica tanto el control diurno como nocturno.

i) Enuresis

La enuresis es la emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, de forma involuntaria o intencionada. La conducta es clínicamente significativa y se manifiesta con una frecuencia de 2 veces por semana durante un tiempo de 3 meses consecutivos. La edad cronológica a partir de la que se considera problema es de cinco años, en el caso de las niñas y de seis en el de los niños, o un nivel de desarrollo equivalente. Son edades aproximadas ya que se considera que la madurez orgánica para el control de esfínteres está en torno a los tres años.

La mayoría de los niños consigue el control diurno entre los dos y tres años; el nocturno puede tardar bastante más: uno de cada diez no lo logra antes de los seis años de edad. A partir de esta edad, si el niño sigue orinando en la cama, busca una orientación médica. Según algunas investigaciones, aproximadamente un 15% de los niños mayores de los 3 años se orinan en la

cama mientras duermen. Y son los niños, más que las niñas, los que se encuentran en esta situación.

i). 1 Causas

Los niños no se orinan en la cama a propósito. La enuresis puede tener un sin número de causas que pueden estar relacionadas con un desorden del dormir, con un desarrollo más lento que lo normal del control de la vejiga, o con el resultado de emociones y tensiones que requieren especial atención. Raramente significa que el niño tiene un problema de los riñones o de la vejiga.

Cuando un niño pequeño comienza otra vez a orinarse en la cama después de meses o años de no hacerlo, se sospecha que estos síntomas puedan ser causados por nuevos temores o inseguridades. Esto puede suceder después de que niño presencie algunos cambios en su vida, por ejemplo, el traslado de la familia a un nuevo ambiente, la pérdida de un miembro de la familia o de un ser querido, la llegada de un nuevo bebé en la familia, el cambio de escuela, situaciones de estrés, etc.

La enuresis puede estar relacionada con algún conflicto psicológico y afectivo del niño, con la necesidad del niño de llamar la atención. También se produce por cansancio o estrés emocional. Otra posible causa puede estar en el ambiente familiar en que vive el niño, en una familia que lo sobreprotege o que ofrece poco cariño a sus hijos. Hay padres que creen que si el niño no controla el pipi es porque es perezoso y no presta mayor atención al tema, y así les aplican castigos y los provocan con burlas, lo cual hará que el problema crezca aún más.

i).2 Tratamiento

Los tratamiento que se utilizan en estos casos son de tipo farmacológico, conductual e incluso algunas veces se realiza un tratamiento de tipo mixto en el que participan ambos. Dentro de la

farmacología se utiliza un antidepresivo tricíclico, el único inconveniente es que algunas veces cuando se retira el fármaco pueden existir recaídas. También se utilizan los anticolinérgicos, pero según los estudios realizados por el médico, este verá cual será el más apropiado en cada caso.

Sobre los tratamientos conductuales más habituales son el método alarma, el entrenamiento en cama seca y los ejercicios para distender la vejiga.

i).2.1 El método alarma

También llamado de zumbador, este sistema se activa al contactar la orina con un tipo de sensor que se coloca en la cama o en el pijama. Este método se basa en la asociación entre la distensión de la vejiga y el sonido de la alarma, pasando a ser un estímulo condicionado del despertar del niño y de la capacidad del niño para no orinarse, inhibiendo esta acción. Este método se utiliza en la enuresis nocturna. Funciona aproximadamente en el 70% de los casos.

i).2.2 Tratamiento en cama seca o entrenamiento en cama seca:

Se trata de un tratamiento bastante más complejo que el anterior, consiste en alarma, un programa escalonado del despertar, entrenamiento voluntario en la retención de orina, práctica positiva. El programa de escalonamiento del despertar consiste en levantar al niño de la cama y llevarlo al baño para que orine, siguiendo una pauta regresiva. El entrenamiento en retención voluntaria solo se realiza la primera noche. Cuando se habla de la práctica positiva nos referimos a que se realicen intentos repetidos de orinar aún sin tener ganas.

i).2.3 Ejercicios para distender la vejiga

Este tratamiento se utiliza especialmente para la enuresis diurna. Consiste en decirle al niño cuando se dirige al baño para orinar, que espere, esto se hará en intervalos graduales de tiempo.

Una vez que realiza la micción antes de terminar, se le pide que la interrumpa y lo repita varias veces.

ii) Encopresis

Es la defecación involuntaria que sobreviene al niño mayor de 4 años, sin existir causa orgánica que lo justifique. Se asocia frecuentemente con la enuresis. Frecuentemente sobreviene durante el día, contrariamente a la enuresis. Tal como la enuresis, es un signo de perturbación de las primeras etapas de la maduración de la personalidad. Se diferencia de la "incontinencia fecal infantil" en que esta última es consciente y su etiología es orgánica (enfermedades metabólicas, malformaciones congénitas, oligofrenia).

La incontinencia puede asociarse con trastornos en la motricidad, crisis epilépticas, anomalías del lenguaje, manipulación de excrementos e, incluso, coprofagia.

ii).1 Causas

Aunque, de una parte, puede deberse a una alteración orgánica por la que no se consigue controlar el esfínter anal (músculo responsable de la apertura y el cierre del ano), en la mayoría de los casos el origen de la encopresis se relaciona con un entrenamiento defectuoso en la adquisición de los hábitos higiénicos.

Mientras que en la encopresis primaria la causa suele ser un descuido en el aprendizaje de la limpieza por una madre excesivamente indulgente, en la secundaria este aprendizaje a menudo es impuesto antes de tiempo por una madre demasiado exigente.

En este caso, el niño responde inicialmente bien a las expectativas de la madre, pero más tarde un acontecimiento difícil de asimilar, nacimiento de un hermano, separación de la madre al empezar

en la guardería, despierta en él sentimientos ambivalentes hacia ella, que pueden desencadenar el trastorno.

Conviene recordar que el niño, dependiente en todo de los mayores, tiene sin embargo un poder de decisión respecto a sus funciones íntimas que puede ejercer en contra de los deseos de sus padres.

ii).2 Tratamiento

Los tratamientos utilizados en la encopresis son de tipo médico, conductual y mixto (médico-conductual). El tratamiento médico consiste en el uso de la imipramina que se combina con otros tratamientos. En el caso de la encopresis por estreñimiento se utilizan enemas o laxantes para descongestionar el colon y que el intestino pueda volver a su normalidad.

Dentro de las técnicas de modificación de conducta se encuentra la combinación de reforzamiento positivo y sobre corrección. En algunos casos donde los niños experimentan algún tipo de fobia a defecar, se utilizan técnicas para disminuir la ansiedad, en estos casos, es muy normal que en el momento que desaparece la ansiedad, desaparece la encopresis.

d) Trastornos de hiperactividad con déficit de atención

Harvey F. Clarizio, 1992: 269-279) Es un problema de falta de atención, exceso de actividad, impulsividad o una combinación de estos. Para diagnosticar estos problemas como trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA), deben estar por fuera del rango normal para la edad y desarrollo del niño.

e) Causas

El THDA es el trastorno de la conducta de la niñez más comúnmente diagnosticado y afecta a aproximadamente de 3 a 5% de los niños en edad escolar. Este trastorno se diagnostica mucho más frecuentemente en niños que en niñas.

El THDA puede ser hereditario, pero no está claro qué lo causa exactamente. Cualquiera que sea su causa, parece iniciarse muy temprano en la vida a medida que el cerebro se está desarrollando. Los estudios imagenológicos sugieren que los cerebros de los niños con trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) son diferentes de los cerebros de otros niños.

La depresión, la falta del sueño, las dificultades de aprendizaje, los trastornos de tics y los problemas de comportamiento se pueden confundir con o aparecer junto con el THDA. Cuando se sospecha que un niño padece este trastorno, debe ser examinado cuidadosamente por un médico para descartar otras posibles afecciones o razones de este comportamiento. La mayoría de los niños con THDA también tienen al menos otro problema de desarrollo o de comportamiento. Igualmente pueden tener otro problema psiquiátrico, como depresión o trastorno bipolar.

f) Síntomas

Los síntomas de THDA encajan en tres grupos:

- Falta de atención (desatención)
- Hiperactividad
- Comportamiento impulsivo (impulsividad)

Algunos niños con THDA tienen principalmente el tipo de trastorno de falta de atención. Otros pueden tener una combinación de tipos. Aquellos niños con el tipo de trastorno de falta de atención son menos perturbadores y es más probable que no se les diagnostique el THDA.

Síntomas de falta de atención:

1. No logra prestar atención cuidadosa a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar.
2. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o juegos.
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. No sigue instrucciones y no logra terminar el trabajo escolar, los deberes u obligaciones. en el lugar de trabajo.
5. Tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades.
6. Evita o le disgusta comprometerse en tareas que requieran esfuerzo mental continuo.
7. Con frecuencia pierde juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas necesarias. para las tareas o actividades.
8. Se distrae fácilmente.
9. Se muestra a menudo olvidadizo en las actividades diarias.

g) Síntomas de hiperactividad:

1. Juega con las manos o los pies o se retuerce en su asiento.
2. Abandona su asiento cuando lo que se espera es que se quede sentado.
3. Corre y trepa excesivamente en situaciones inapropiadas.
4. Tiene dificultad para jugar en forma silenciosa.
5. A menudo habla excesivamente, está "en movimiento" o actúa como si fuera "impulsado por un motor".

h) Síntomas de impulsividad:

1. Emite respuestas antes de que termine de escuchar la pregunta.
2. Tiene dificultades para esperar su turno.
3. Se entromete o interrumpe a los demás (irrumpe en conversaciones o juegos)

i) Tratamiento

El tratamiento del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) es una coalición entre el médico, los padres o tutores y el niño. Para que la terapia sea eficaz, es importante:

- Establecer metas específicas y apropiadas para guiar la terapia.
- Iniciar la terapia farmacológica y la psicoterapia conductista.
- Tener controles regulares con el médico para revisar las metas, los resultados y cualquier efecto secundario de los medicamentos. Durante estos chequeos, se debe reunir información de padres, profesores y el niño.

Si el tratamiento no parece funcionar, el médico debe:

- Verificar que el niño realmente padezca este trastorno.
- Buscar otros posibles problemas de salud que puedan causar síntomas similares.
- Constatar que se esté siguiendo el plan de tratamiento.

j) Tratamiento farmacológico

Una combinación de medicamentos y psicoterapia funciona mejor. Hay varios diferentes tipos de medicamentos para el THDA que se pueden usar solos o combinados. Los psicoestimulantes (también conocidos como estimulantes) son los fármacos que más comúnmente se utilizan para el

THDA. Aunque estos fármacos se denominan estimulantes, realmente tienen un efecto tranquilizante en las personas con este trastorno.

Estos fármacos abarcan:

- Anfetamina-dextroanfetamina (Adderall)
- Dexmetilfenidato (Focalin)
- Dextroanfetamina (Dexedrine, Dextrostat)
- Lisdexanfetamina (Vyvanse)
- Metilfenidato (Ritalina, Concerta, Metadate, Daytrana)

Un fármaco no estimulante llamado atomoxetina puede ser tan efectivo como los estimulantes y puede ser menos probable que se utilice mal. Algunos de los medicamentos para el trastorno de hiperactividad con déficit de atención han sido vinculados a raras muertes súbitas en niños con problemas cardíacos. Se recomienda hablar con el médico acerca de cuál es el mejor medicamento para el niño.

k) Psicoterapia

La psicoterapia tanto para el niño como para la familia puede ayudarle a todos a entender y controlar las sensaciones estresantes relacionadas con el THDA.

Los padres deben usar un sistema de recompensas y consecuencias para ayudar a guiar el comportamiento de su hijo. Es importante aprender a manejar los comportamientos disociadores. Los grupos de apoyo pueden ayudarle a conectarse con otros que tengan problemas similares.

Otras sugerencias para ayudarle a su hijo con THDA abarcan:

- Comunicarse regularmente con el profesor del niño.

- Mantener un horario diario constante, que incluya horas regulares para las tareas, las comidas y las actividades al aire libre. Haga cambios al horario con anticipación y no a última hora.
- Limite las distracciones en el ambiente del niño.
- Constate que el niño consuma unas alimentaciones saludables y variadas, con bastante fibra y nutrientes básicas.
- Cerciórese de que el niño duerma lo suficiente.
- Elogie y premie el buen comportamiento.
- Mantenga reglas claras y constantes para el niño.

Los tratamientos alternativos para el THDA se han vuelto populares, entre ellos hierbas, suplementos y tratamientos quiroprácticos. Sin embargo, existe poca o ninguna evidencia sólida de que funcionen.

2.3 Psicodiagnóstico

(Moreno Rosset, 2002) Cuando se habla de Psicodiagnóstico se refiere a la evaluación completa el estado mental de una persona, por lo general con el propósito de explicar un determinado padecimiento y determinar la forma más adecuada de remediarlo.

La concepción de la mente humana ha cambiado a lo largo del tiempo y por lo tanto, también lo han hecho las formas de evaluación. En la actualidad sabemos que la mente y sus dificultades se encuentran determinadas por factores tanto biológicos como sociales y que en realidad todos los problemas los problemas mentales deben su causa al interjuego de tres factores (modelo biopsicosocial).

Funcionamientos deficitarios de áreas específicas del cerebro a causa de una configuración genética diferente que altera sea la estructura cerebral o sus delicados balances químicos o de alteraciones del sistema nervioso debido daños posteriores al nacimiento.

Creencias rígidas sobre el mundo y/o sobre sí mismo que conducen a una forma inadecuada de interpretar la realidad y en consecuencia, a no solucionar los problemas de manera satisfactoria.

Relaciones y formas de interactuar con los demás (ya sea que pensemos en relaciones personales, familiares o en un sentido más amplio, trabajo, escuela, sociedad) en que los intentos por solucionar sus problemas tienden a empeorarlos.

Teniendo en cuenta estos tres factores se debe pensar en una evaluación psicodiagnóstica. Para saber si un psicodiagnóstico es bueno es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ Un psicodiagnóstico completo debe dar cuenta del funcionamiento global de la persona desde una perspectiva biopsicosocial. Debe utilizar técnicas actualizadas.
- ✓ Un psicodiagnóstico tiene que explicar de forma consistente la naturaleza del problema que motivó la consulta.
- ✓ Debe brindar también un panorama general de sus capacidades y lados fuertes, ya que es en base a ellos que los problemas encontrarán una causa y una solución.
- ✓ Debe tener el poder predictivo para poder dar al paciente y/o a la familia un pronóstico de resultados tanto en el caso de que se realice un tratamiento como si este no tiene lugar.
- ✓ Debe estar dado por escrito en términos comunes a todos los profesionales (clasificación estandarizada), pero también explicado en términos claramente comprensibles por el paciente y sus seres queridos.
- ✓ Debe incluir más allá del nombre técnico del problema una explicación sobre cómo el mismo afecta al paciente en particular.
- ✓ Debe hacerse de forma rápida; un psicodiagnóstico no puede implicar que el paciente demore el inicio de su tratamiento más de 15 días.

Un Psicodiagnóstico tiene tres partes: admisión, administración de pruebas y devolución.

a) Admisión

(Moreno Rosset, 2002) Es la parte más importante para una evaluación y debe estar a cargo de una persona capaz y experimentada. Por lo general es una entrevista prolongada en la que el paciente y (llegado el caso) sus familiares cuentan inicialmente cual es el problema que observan. Luego el profesional comienza una serie de indagaciones, cubriendo todos los aspectos necesarios, con el fin de establecer una serie de hipótesis que corroborará o refutará utilizando unas pruebas o técnicas específicas.

b) Administración de pruebas

(Moreno Rosset, 2002) Un primer aspecto a tener en cuenta es la naturaleza de las pruebas. Actualmente a nivel científico sólo se recomienda el uso de pruebas validadas estadísticamente, actualizadas y adaptadas a la población para la que están siendo utilizadas. Muchas veces las pruebas no cumplen estos requisitos.

Para asegurarse de ello, los pacientes tienen el derecho a indagar a sobre la naturaleza de las pruebas, su función, la forma en que han sido realizadas y la manera en que se interpretarán los resultados.

Las pruebas poseedoras de rigor científico se dividen en dos clases:

a. Las que indagan sobre la presencia o ausencia de conductas o pensamientos mediante cuestionarios o entrevistas dirigidas y estandarizadas y

b. Aquellas que ponen a prueba diferentes funciones cognitivas mediante pruebas específicas. Ambos tipos de pruebas se utilizan en forma combinada para un diagnóstico completo.

Los test arrojan resultados numéricos cuya utilidad depende de la capacidad interpretativa de los profesionales, con cierta frecuencia los pacientes o sus padres temen que al cuantificar los problemas que los aquejan a ellos o a sus hijos se pierda de vista su individualidad, esto sólo puede suceder si los evaluadores no son competentes o trabajan de forma masificada.

La función de los números es dar un panorama claro y objetivo de toda una serie de áreas de funcionamiento de la persona que luego son analizadas en el contexto de la individualidad de cada persona para llegar a comprenderlo. Un ejemplo que suele usarse y que resulta útil es el de los estudios médicos: tener una tomografía de una persona es un dato útil para un médico a la hora de ayudar a sus pacientes, pero dos personas con la misma lesión pueden recibir tratamientos muy diferentes en función de otros factores como los resultados de otras pruebas, su edad, su historia médica, su estilo de vida, etc.

c) Devolución

(Moreno Rosset, 2002) Si la admisión es el paso más importante para que el profesional llegue a un diagnóstico, la devolución es el paso indispensable para que esto tenga sentido. Muchas veces la devolución es algo que se realiza a la ligera, cuando en realidad es fundamental.

El profesional transmite en esta instancia al paciente y su familia las conclusiones a las que ha llegado. Debe hacerlo de forma en que ellos lo entiendan, pero sin ocultar nada de información. Debe asegurarse que todos han entendido las implicaciones del diagnóstico. Posteriormente, el profesional da una serie de recomendaciones y de opciones de tratamiento, ayuda a aclarar las dudas existentes y planifica junto el paciente y/o su familia de qué manera se comenzará el tratamiento.

La devolución incluye un informe completo de lo evaluado y de las conclusiones. El informe debe incluir tanto las pruebas que se administraron como el diagnóstico al que se arribó, según los códigos establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Este informe asegura al paciente que el trabajo realizado en la evaluación podrá ser utilizado por otros profesionales posteriormente e implica también cumplir con el derecho legal de toda persona a conocer la información que se ha obtenido sobre él.

La importancia de que se realice un psicodiagnóstico es muy importante, en muchas ocasiones se ha presentado que profesionales que no realizan un psicodiagnóstico completo llegan a tener dificultades para evaluar a las personas.

Los resultados que se obtienen cuando se trabaja sin un psicodiagnóstico completo pueden en muchos casos ser buenos, sobre todo cuando el profesional a cargo de la entrevista es una persona capaz y de amplia experiencia. Sin embargo existen una serie de cuestiones que aún en estos casos pueden causar dolores de cabeza a largo plazo.

El más grave se da probablemente cuando la hipótesis de trabajo con la que se parte para iniciar el tratamiento no sólo es errada sino que determina un tratamiento contraproducente. A nivel psiquiátrico, el caso más común es el de confundir un trastorno depresivo con un trastorno bipolar.

El abordaje inicial para la depresión (antidepresivos) puede desencadenar entonces un episodio mixto maníaco-depresivo que quizás nunca hubiera sucedido y cuyo tratamiento es complejo. Por otro lado, a nivel psicoterapéutico un ejemplo común es confundir un problema de origen neurobiológico con un problema de causas psicosociales. En estos casos en general se comienza por atribuir el problema a errores en el manejo familiar, lo que suele deteriorar el vínculo dentro de la familia y generar sentimientos de culpa que hacen difícil un trabajo productivo en pos de una solución.

El segundo caso es cuando el diagnóstico es errado y el abordaje utilizado es inútil. En estos casos el perjuicio más grande es la pérdida de tiempo. Este factor parece pequeño pero no lo es. Aún cuando la familia esté dispuesta a volver a intentar un tratamiento alternativo, ese tiempo puede haber implicado pérdidas valiosas que según la edad pueden ir desde la permanencia de un niño en un grado, a la pérdida de un trabajo, pasando por la ruptura de relaciones afectivas, a causa de la persistencia de dificultades que eran motivo de conflicto.

Sucede con frecuencia que el tratamiento que se lleva a cabo se enfoca en un problema que está correctamente identificado, pero que no es todo el problema. La existencia de un problema asociado o cuadro comórbido no diagnosticado es una de las principales causas por las que fracasan los tratamientos.

En algunos casos el abordaje es insuficiente; por ejemplo, se puede intentar sólo un abordaje farmacológico cuando se requiere paralelamente la utilización de psicoterapia o de un entrenamiento psicopedagógico. En otros casos el hecho de que exista un cuadro añadido modifica el orden de las intervenciones: muchas veces cuando un problema se da en conjunto con otro, el orden en que se trabajan es crucial.

Los diagnósticos incompletos son un problema aún en casos en que dan resultado. Es común encontrar niños correctamente diagnosticados con un cuadro de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que reciben una medicación adecuada para su problema, mejorando el cuadro y tranquilizando a los padres por un tiempo, pero posteriormente, cuando la escolaridad avanza retornan los problemas y en ese momento, se detecta que existía un trastorno de aprendizaje que debió ser abordado con anterioridad o que el niño no ha aprendido las estrategias de estudio que necesita en grados más avanzados.

2.3.1 Objetivos del psicodiagnóstico

- Lograr un acercamiento al examinado.
- Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste.
- Describir al examinado, en algún aspecto específico (capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas) o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial (definición de adecuación a un cargo en caso de selección de personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos).

2.3.2 Etapas del psicodiagnóstico

(Sanz y Torres, 2004) Entrevista inicial que permite obtener el motivo de consulta y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se aplicarán y en qué orden, la batería de tests a aplicar se realiza de acuerdo a lo que se necesita saber de la persona. En ello influirá el motivo de consulta, la edad y el tiempo que la persona disponga para realizar el proceso de psicodiagnóstico.

La aplicación de la evaluación, administración de tests y otras herramientas diagnósticas, cierre del proceso y devolución de la información, se da a través de una breve entrevista con la persona, siendo una fase clave y muy necesaria; consiste en una explicación de los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, limitándose a aquellos aspectos que sean de utilidad para el proceso terapéutico.

a) Análisis de los resultados

(Sanz y Torres, 2004) Confección y entrega del Informe Psicológico, dirigido al solicitante del proceso de Psicodiagnóstico, sea la persona o su psicoterapeuta o médico especialista.

Normalmente el proceso se lleva a cabo en 5 ó 6 sesiones de 50 minutos, en donde se incluyen la primera entrevista y la sesión de devolución de información

2.3.3 Utilidad del psicodiagnóstico

(Sanz y Torres, 2004) El psicodiagnóstico es un campo de aplicación particular, que posee una finalidad específica; utilizar las distintas técnicas que conforman una batería de tests para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección de la cura en el caso que sea indicado que el evaluado requiera tratamiento psicológico.

Las técnicas de base que conforman una batería psicodiagnóstica confiable deben integrar distintos tipos de estímulos y tareas. Así debemos incluir técnicas proyectivas gráficas tales como el H.T.P. (test de la casa, test del árbol y el test de la persona humana) el test de Bender.

Existen muchas otras técnicas confiables para ser administradas lo importante es que una batería clínica debe incluir siempre las técnicas citadas, puesto que estas están desde hace muchas décadas lo suficientemente validadas y han dado prueba de su efectividad en la evaluación psicológica.

Es importante que el profesional que aplique las técnicas tenga siempre en mente una articulación entre el motivo de consulta y las técnicas que según su criterio le permitirán explorar, construir hipótesis y finalmente realizar una síntesis diagnóstica del estado psicológico del sujeto y de cuales podrían llegar a ser las posibles causas o conflictos subyacentes al mismo.

Las técnicas proyectivas graficas como el H.T.P. nos dan cuenta de los aspectos más profundos de la psiquis del sujeto, su análisis nos permite inferir las dinámicas mas destacadas de la personalidad de base. Por ello son técnicas introductorias en la batería. Estos tests expresan los aspectos más primarios de la personalidad.

El Test de Wartegg como aporte diferencial se relaciona con aspectos más ligados a modos de afrontamientos y enfrentamientos del sujeto frente a situaciones vitales puntuales, y el estilo de resolución (conductas y comportamientos) que realiza ante cada situación planteada.

El Test de Bender, es un test doblemente importante, debido a que integra por un lado aspectos psicológicos, emocionales y conductuales presentes en el sujeto con los aspectos neurológicos y motrices que fácilmente se ponen en evidencia cuando existe en el evaluado alguna perturbación en este sentido. Por otra parte contribuye a realizar un diagnóstico diferencial respecto a estructuras psicopatológicas que puedan estar presentes.

Los Test Proyectivos Verbales conectan con los aspectos más secundarios y maduros del psiquismo del sujeto, debido a que utilizan el discurso verbal como modo de expresión de la personalidad. También tienen una doble función, articulan estructuras psicológicas, mecanismos de defensa y estilos de conductas.

El Cuestionario desiderativo es un instrumento sencillo de aplicar aunque más complejo de interpretar, no obstante permite evaluar además el nivel de inteligencia, el grado de coherencia en el pensamiento, el nivel de creatividad y el criterio de realidad presente en el sujeto al momento de su aplicación.

2.3.4 Instrumentos utilizados para el psicodiagnóstico

a) entrevista

(Belloch A. 1995) Permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el rapport (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se van a aplicar al examinado y en qué orden. Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones para distintas áreas a evaluar. La confección de la batería de tests a aplicar a un sujeto determinado debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a

estar estrechamente ligado a su motivo de consulta. También influye en esto la edad del examinado y el tiempo del que se dispone para realizar el proceso de psicodiagnóstico.

Una entrevista psicodiagnóstica requiere un enfoque similar al del un retrato una pintura vista de frente, detrás, de izquierda y derecha. Debe contemplarse al paciente en cuatro dimensiones: en su relación con el terapeuta, en su respuesta a sus técnicas de entrevista(para obtener todos los datos que precisan y para mantener una entrevista fluida), en su estado mental y en los signos y síntomas de su trastorno tal y como van apareciendo durante el proceso de la entrevista.

Se debe seguir el rastro de esos cuatro componentes durante toda la entrevista. Tanto en la entrevista dirigida a los síntomas como la orientada a la introspectiva adoptan un enfoque de cuatro ángulos.

b) Observación

(Belloch A. 1995) Todo el proceso de evaluación lleva implícito algún tipo de observación intencionada del comportamiento de personas o eventos. Esta observación sistemática va a variar según los objetivos y así, los datos obtenidos se interpretaran dependiendo del modelo. Existen varios objetos en la observación, la primera de los cuales son los continuos de comportamiento, que incluye la observación durante un largo período de tiempo real sin interrupciones. También existe la observación de atributos, propio del modelo de los rasgos y psicodinámico, donde a través de la conducta manifiesta se infieren determinados dinamismos inconscientes.

En estos dos modelos, la conducta de por sí no tiene valor, sino que ésta les es concedido por medio de inferencias de algún rasgo interno. Sin embargo, la observación de conductas incluye lo manifiesto a niveles verbal, motor y fisiológico. El modelo de interacciones trata de la observación entre dos o más personas o entre una persona y su ambiente. Finalmente, la observación de los productos de la conducta evalúa los resultados de las conductas de una persona.

Este objetivo se puede dividir en productos de conducta de ejecuciones del pasado y del presente, con la diferencia de que lo producido en el pasado es libre del efecto de reactividad. Hay tres tipos de productos de conductas pasadas; medidas de erosión (destrucciones o daños observables en el ambiente producidos por consecuencia de la conducta del sujeto), medidas de huella (observación de los resultados de una conducta plasmada en el consumo), y medidas de archivo (documentos que se pueden archivar e informes).

Durante la observación se han de medir cuantitativamente la ocurrencia, frecuencia, y duración bien desde el inicio al final, el intervalo entre la presentación de un estímulo y la respuesta (latencia) o el intervalo entre las manifestaciones sucesivas (intervalo interrespuesta). Las dimensiones cualitativas a tener en cuenta son la intensidad o magnitud de la conducta y la adecuación. Estas unidades de medida pueden ser registradas de una variedad de maneras y una forma es utilizando registros narrativos, que tratan de la toma de nota de todo lo expuesto durante el período de exploración.

También están las escalas de apreciación o calificación que es una técnica de registro más sistematizado en la cual una persona en el entorno del sujeto a evaluar conforma el rol de “juez experto”. Para catalogar la conducta, se suelen utilizar registros de conductas (formulados por una lista de conductas muy operativizadas con las que el evaluador observa la frecuencia y ocurrencia de dichas conductas) y matrices de interacción (matrices de doble entrada en la que se registran interacciones personales).

La observación puede ocurrir en situaciones naturales o artificiales. Las naturales incluyen la realización de la observación en el medio cotidiano donde se desenvuelve el sujeto, por lo tanto, tienen más validez externa y menos validez interna que la observación en situaciones artificiales, que se da en ocasiones o situaciones cuando no es posible la observación natural. Una situación artificial se puede crear con técnicas de rol-playing, accesorios (utilizando videos, fotografías, etc), con tests situacionales, creaciones imaginativas y tests psicológicos de ejecución.

c) Historia clínica

(Belloch A. 1995) La historia clínica o expediente clínico es un documento médico legal, que surge del contacto entre el médico y el paciente. En ella se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido, desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el Hospital o en el Centro de Atención Primaria, o en un consultorio médico.

El registro de la Historia Clínica construye un documento principal en un sistema de información hospitalario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse siguiendo el método clínico, orden de trabajo semiológico, por diferentes vías que son:

- La anamnesis : Es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente, o familiar en el caso de niños o de alteraciones de la conciencia del propio paciente.
- Exploración física o examen físico. A través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente. Deben ser registrados peso, talla, índice de masa corporal y signos vitales.
- Exploración complementaria (pruebas o exámenes complementarios) de laboratorio, diagnóstico por imágenes y pruebas especiales realizados en el paciente.

- Diagnósticos presuntivos: Basados en la información extraída del interrogatorio y exploración física, calificados de presuntivos ya que están sujetos a resultados de laboratorio o pruebas de gabinete (estudios de imagen), así como a la propia evolución natural de la enfermedad.

- Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundamentar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad.

Por tanto, los cinco componentes principales de la historia clínica son:

1. Datos subjetivos proporcionados por el paciente
2. Datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias
3. Diagnóstico
4. Pronóstico
5. Tratamiento

Con el transcurso del tiempo los datos surgidos de la enfermedad del paciente ayudan a comprender la variación de la historia natural de la enfermedad.

c).1 Modelos de historias clínicas

(Belloch A. 1995) Hay varios modelos de historia clínica que a continuación se describen:

- Cronológica. Tradicionalmente usada en los hospitales.
- La orientada por problemas de salud. Manejada sobre todo en atención primaria y descrita por el Dr. Lawrence L. Weed en 1968.
- La protocolizada, con preguntas cerradas, se utiliza para el seguimiento de enfermedades muy concretas, se usa en unidades especializadas.

d) Test psicológicos

(Anastasi A. y Urbina, 1998) Los test psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provoca puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto.

La construcción del test debe procurar que el comportamiento específico ante determinado reactivo represente lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde se pone en ejecución real la capacidad que el test pretende evaluar.

d).1 Clasificación general

(Anastasi A. y Urbina, 1998) La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes que son:

- Test psicométricos: que básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetivizada.
- Test proyectivos: inscritos dentro de la corriente dinámica de la psicología, parten de una hipótesis menos estructurada que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona para así presumir rasgos de su personalidad, la actividad proyectiva puede ser

gráfica (Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP), o narrativa (T.A.T, Symonds, CAT, Rorschach), su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

d).2 Clasificación por niveles

(Anastasi A. y Urbina, 1998) Tradicionalmente el uso de los test está reservado para los psicólogos, y la mayoría de las legislaciones nacionales e internacionales con respecto al ejercicio de la Psicología lo contemplan de esta manera, no obstante existe una clasificación dirigida a regular este particular:

- Tests de Nivel I: pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicólogos luego del entrenamiento debido por parte de un psicólogo (educadores, psicopedagogos, médicos, etc.), quizás el exponente más obvio de los Test Nivel I son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimientos y de selección e ingreso a instituciones educativas.
- Tests de Nivel II: pueden ser aplicados por profesionales no psicólogos pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, de la familia que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.
- Test de Nivel III: son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos se encuentran las Escalas de Wechsler (WAIS, WISC y WIPSI), el Test de Bender, el MMPI 2 y A, el T.A.T., el Rorschach y las baterías neuropsicológicas (Luria, Halstead-Reitan, K-ABC, etc.)

d).3 Áreas de aplicación

(Anastasi A. y Urbina, 1998) El uso de test para la evaluación puede ser de diversos tipos, así encontramos que existen test meramente clínicos, así como otros que si bien pueden ser usados clínicamente también se aplican en otros contextos psicológicos, como la selección de personal, la orientación vocacional y la investigación pura y aplicada.

La evaluación psicológica por medio de test no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo una debida integración de todos sus conocimientos y una suficiente aptitud y actitud profesional para elaborar a partir de los resultados un perfil válido, sustentable y coherente con respecto al funcionamiento de una persona en determinada área, así cómo sacar el mayor provecho posible de cada prueba para realizar de forma eficaz y eficiente la labor que es de su competencia.

Dentro de las áreas aplicadas de la psicología el uso de test es fundamental en las siguientes:

a) Psicología clínica

(Silvia Lorenzo, 2001) Quizás la más popularmente relacionada con el uso de tests, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que cotribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

b) Psicología educativa y orientación vocacional

En esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

c) Psicología organizacional y laboral

Al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado.

2.3.5 Manuales de diagnóstico

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

(Narrow, W.E, 2009) 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 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de Asociación Americana de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las

ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

Por esto no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

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

Según el DSM-IV-TR (la cuarta edición revisada del manual), los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Más aún, afirman, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No hay que olvidar que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

a) Historia y contexto

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

- La necesidad de recolectar datos de tipo estadístico en relación con los trastornos mentales, para el censo de 1840 en los Estados Unidos.
- El trabajo conjunto de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA) y la Academia de Medicina de Nueva York para la elaboración de una nomenclatura aceptable para todo el país (para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas).
- El Ejército de los Estados Unidos, por su parte, confeccionó en paralelo una nomenclatura más amplia, que permitiera incluir enfermos de la Segunda Guerra Mundial.
- Por primera vez el CIE, en su sexta edición, incluyó un apartado sobre trastornos mentales.

Fue así como en 1952 surgió la primera edición, DSM-I, como una variante del CIE-6. Debido a los desacuerdos que siguieron presentándose tanto respecto al DSM como respecto al CIE, se fueron generando nuevas versiones de cada uno. Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR), y el CIE utiliza la versión CIE-10.

Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron 13 grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de un amplio abanico de

perspectivas y experiencias). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros (muchos de los cuales también presidían algún equipo particular).

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

b) 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 momento de la evaluación que lleve al diagnóstico final, así como para el plan terapéutico que se ponga en marcha con el paciente.

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

- ✓ Problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia)
 - ✓ Problemas relativos al ambiente social
 - ✓ Problemas relativos a la enseñanza
 - ✓ Problemas laborales
 - ✓ Problemas de vivienda
 - ✓ Problemas económicos
 - ✓ Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
 - ✓ Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
 - ✓ 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 profesionalista que evalúa. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución del caso.

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

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

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

El uso de la evaluación multiaxial facilita un panorama completo, objetivo y sistemático de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales, así como del nivel de actividad de la persona evaluada. Dichos aspectos podrían pasar desapercibidos sin el apoyo de la evaluación multiaxial del DSM-IV-TR.

c) Uso y manejo del manual

El DSM-IV-TR establece un código específico para cada patología descrita. Aparecen dos códigos para cada cuadro. Esto se debe a que en Europa se utiliza el sistema de codificación de la CIE-10, dado que es el manual que más se utiliza en dicha área, mientras que en Estados Unidos y América Latina se usa el DSM-IV-TR. En consecuencia, se utiliza la codificación de dicho manual.

El manual presenta los diferentes elementos que deben tomarse en cuenta para conocer a fondo un cuadro patológico. En este sentido, utiliza una metodología descriptiva tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Características diagnósticas
- Síntomas y trastornos asociados
- Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo
- Prevalencia
- Curso
- Diagnóstico diferencial
- Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10
- Criterios para el diagnóstico de cada cuadro patológico descrito

Cabe mencionar que el uso del DSM-IV-TR es exclusivo para profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.), dado que se requiere del criterio clínico y la ética profesional como base para la elaboración del diagnóstico adecuado para cada caso.

2.3.5.2 Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10

(Frank E, Karp JF, Rush AJ, 1993) La CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) *ICD*, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

a) Historia

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

La lista CIE-10 tiene su origen en la lista de causas de muerte, cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1,893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1,948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

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

b) Codificación de la CIE-10

Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

c) Diagnóstico multiaxial de la CIE-10

La presentación multiaxial de la CIE-10 ha sido desarrollada por la División de Salud Mental de la OMS pero es pertinente a todas las ramas de la salud y medicina. El esquema multiaxial de la CIE 10 contiene los 3 ejes.

- Eje I. Diagnósticos clínicos: incluye los trastornos mentales y de medicina general. Todos los trastornos identificables en un individuo deben ser listados y codificados de acuerdo con los veinte capítulos de enfermedades en la clasificación central de la CIE-10.
- Eje II. Discapacidades: valora las consecuencias de la enfermedad en términos de impedimento en el desempeño de roles sociales básicos. Debe ser evaluado con la versión revisada y acortada de la Escala de Evaluación de la OMS. Cuatro facetas mayores deben ser consideradas: cuidado personal, funcionamiento ocupacional (como trabajador remunerado, estudiante, ama de casa), funcionamiento con la familia (evaluando tanto regularidad como calidad de las interacciones) y comportamiento social en general (interacción con otros individuos y la comunidad en general y actividades de tiempo libre).
- Eje III Factores contextuales: se trata aquí de describir el ambiente en el que emerge la enfermedad en término de dominios ecológicos. Se incluyen problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo,

vivienda y economía, asuntos legales, historia familiar de enfermedad y estilo de vida personal.

Esta estructura está basada en los códigos Z seleccionados del capítulo XXI de la CE-10: Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con servicios de salud.

2.3.5.3 Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)

(Alarcón, R. D. 1990) En la CIE-10 se ha introducido cambios de significación respecto a la CIE-9. Como quiera que la GLADP no es más que la CIE-10 adaptada a las cualidades específicas del entorno latinoamericano y a la forma en que los clínicos de la región conciben la salud mental y sus desviaciones, esos cambios le han sido incorporados. Por lo tanto, siempre que no se haga explícito lo contrario, debe inferirse que las modificaciones introducidas en la CIE-10 aquí reflejadas, han sido literalmente incorporadas a la GLADP.

Siguiendo la estrategia de lograr un máximo de similitudes y un mínimo de diferencias con las versiones de habla española y portuguesa de la CIE-10, en la GLADP se ha conservado la estructura, el sistema de codificación y las descripciones y criterios diagnósticos del manual de uso clínico de la OMS. Asimismo, sus criterios diagnósticos son aquellos de la versión para investigaciones de la CIE-10, que durante las múltiples discusiones para la elaboración de la Guía, se consideraron de mayor refinamiento y fiabilidad.

Aunque se ha formulado un total de más de 190 anotaciones latinoamericanas a la nosología del Capítulo V (F) de la CIE-10, en general, las descripciones clínicas y la organización taxonómica del sistema de la OMS. Se ha considerado adecuado para la práctica clínica, la investigación y la enseñanza de la psiquiatría y especialidades aliadas en la región. En consecuencia, muchas de estas anotaciones parecen aplicables universalmente y pueden constituir una contribución de la psiquiatría latinoamericana al progresivo desarrollo de los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales.

Tal es el caso de la reorganización del texto en F1, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, lo que ha permitido una mayor congruencia entre el índice general de esta categoría y las descripciones de cada trastorno inducido por las drogas específicas.

a) 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, por ejemplo) 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. 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.

c) Clasificación de trastornos mentales en la GLADP

Utilización de un sistema alfanumérico que permitió aumentar a 100 el número de categorías de 3 dígitos. El establecimiento de pautas diagnósticas, o sea de criterios estandarizados, que deben ser satisfechos para poder formular los diagnósticos pertinentes.

En la CIE-10 para uso clínico se aclara que estas "pautas para el diagnóstico" deben ser manejadas con cierto grado de flexibilidad por el clínico (sobre todo en lo que a la duración de las manifestaciones sintomáticas se refiere).

En la GLADP, se va un poco más allá, dando al criterio del clínico el papel rector en el proceso diagnóstico. El clínico puede formular un diagnóstico, aún cuando el caso clínico no satisfaga los requerimientos exigidos por las pautas del sistema; aunque, cuando así ocurra, debe aclarar mediante el uso de las siglas D.N.P. (Diagnóstico No Pautado), que el diagnóstico formulado no satisface los requerimientos exigidos por la GLADP. Se recomienda, además que tal opción se reserve para clínicos de mucha experiencia y que no se abuse de ella.

La familia de las versiones de la OMS. para esta 10ª revisión del capítulo V de la CIE consta de varios manuales, con propósitos específicos. Así, existe una versión para uso clínico, otra para investigaciones (CDI-10) y un sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos, además de una versión simplificada para asistencia primaria. La GLADP, sin embargo, es un manual que puede ser empleado para los usos arriba indicados, excepto para la atención primaria.

La agrupación de los trastornos mentales en dos grandes categorías (psicosis y neurosis) según su nivel de funcionamiento, usada en la CIE-9, no ha sido mantenida en la CIE-10. En esta última, el ordenamiento se hace con base en el tema principal común o la semejanza diagnóstica, excepto para las categorías F00-F09 (trastornos orgánicos) y F10-F19 (trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas). No obstante, el término psicótico es utilizado para indicar la presencia de dicho nivel de funcionamiento con base en la presencia de delusiones, alucinaciones, gran excitación o hiperactividad, manifestaciones catatónicas y aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad.

De modo similar, en la CIE-10 el término neurótico se usa ocasionalmente y para el encabezamiento de la categoría F40, sin que se le defina en ningún sentido, con lo que los términos neurosis y neurótico pierden su connotación, tanto como definidores de un nivel específico de funcionamiento (el segundo) como de categoría agrupadora de ciertas afecciones mentales con características comunes (las neurosis). En la GLADP se ha propuesto fórmulas de consenso, para preservar el concepto neurosis sin contradecir el enfoque de la CIE-10. Ver frase calificativa "con desarrollo neurótico".

El manual de la OMS utiliza ampliamente el término trastorno, debido a que su ambigüedad tolera la inclusión de múltiples cuadros clínicos, independientemente de sus causas y sin hacer alusión al carácter morboso o no de esas "desviaciones".

La palabra delirio, ha sido excluida de la CIE-10, pues se ha utilizado, tanto para referirse al cuadro orgánico (confusional) también conocido por delirium, como para hacer alusión al trastorno del pensamiento caracterizado por ideas delirantes. Si bien, esta situación puede salvarse reservando el vocablo delirio para el segundo caso, no hay manera de usar de forma inequívoca su adjetivo delirante (también excluido de la CIE-10, donde se utiliza en su lugar ideas delirantes).

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

Términos como dislexia y autismo, no son utilizados en la CIE-10 por las diferentes connotaciones con que han sido empleadas. El uso de diagnósticos psiquiátricos múltiples (cuando sea pertinente) es aconsejado por la OMS, así como el registro, además, de aquellos con base somática, correspondientes a otros capítulos de la CIE.

La CIE-10 tiene un enfoque básicamente descriptivo, evitando, en lo posible, toda referencia (o influencia) a las distintas escuelas psicológicas y presuntas bases etiológicas en las descripciones, pautas diagnósticas y ordenamiento de los trastornos mentales.

Los cambios introducidos en cada una de las diez grandes categorías de tres dígitos contenidas en la CIE-10, son explicados en las anotaciones correspondientes a cada una de ellas.

Aquellos síndromes propios de determinadas culturas (síndromes culturales), serán clasificados dentro de la CIE-10 según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad,

depresivos, de adaptaciones, etc.), señalando además el trastorno cultural específico de que se trata. Los síndromes culturales más importantes para la región latinoamericana son descritos en detalle en la Sección correspondiente de la GLADP.

2.4 Psicoterapia

(Chris L. Kleinke, 2002: 21) La palabra *Psico* proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser, la palabra *terapia* proviene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro. Por lo tanto psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona.

La psicoterapia es un tratamiento de las enfermedades psíquicas o bien de los trastornos fisiológicos de origen psíquico, mediante métodos psicológicos, promoviendo el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia. Es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y una persona que acude a consultarlo que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

2.4.1 Antecedentes de psicoterapia

(Chris L. Kleinke, 2002: 75-84) Las raíces de la psicoterapia se remontan hasta diferentes tipos de saberes desarrollados en la cultura occidental y procedente de la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Todas estas actividades se refieren al hecho de que la vida humana es inherentemente problemática. El hombre se ve enfrentado a vivir consigo mismo y con los demás. Esta convivencia subjetiva y relacional genera problemas que suelen ser clasificados como conductas anormales o desviadas socialmente. Este elemento convivencial junto con el de la anormalidad ha sido abordado de diferente manera a lo largo de la historia.

A. Sociedades primitivas:

En las sociedades tribales primitivas las explicaciones sobre las causas de la anormalidad están conectadas a las metáforas sobrenaturales y místicas. Las explicaciones son de tipo animista.

La enfermedad se debe a un fenómeno de posesión, un alma extraña ocupa el lugar del alma del paciente.

La ceremonia terapéutica consiste en un ritual, ejercido por el hechicero o chaman, por lo general en presencia de la tribu, que tiene por objetivo el retorno del alma del paciente y la expulsión del alma posesiva. La practica exorcista (Ellenberger,1970) como ejecución de este ritual puede adoptar tres formas:

La primera consiste en expulsar al espíritu maligno mediante procedimientos "mecánicos" como los ruidos, los malos olores, o incluso golpeando al poseído; la segunda consiste en transferir el espíritu maligno a otro ser, en general un animal, y la tercera consiste en intentar extraer el espíritu maligno por medio de conjuros o procedimientos psíquicos (práctica que luego retomó y normalizo la Iglesia católica).

B. Grecia y el mundo antiguo

Es en Grecia donde surge el origen de la psicoterapia actual, sus orígenes derivados de su tradición filosófica y médica. Se produce una transición desde el animismo hasta la mentalidad racional (Lain, 1958).

Aristóteles se refiere a los distintos usos de la palabra, que se usaba en Grecia para fines curativos. Se refiere a la palabra persuasiva como ensalmo. Platón habla de como el discurso bello produce un estado de armonía en todas las partes del alma, que facilita la acción de los

productos químicos. Incluso algunos historiadores han visto en la obra de Platón observaciones sobre las pasiones, sueños e inconscientes que anteceden al pensamiento de Freud.

Otro aspecto destacable de la sociedad griega era la existencia de las escuelas filosóficas (Academia platónica, Liceo aristotélico, Casa Jardín de Epicuro, etc) donde se cultivaban formas o estilos de vida con su propio entrenamiento psicológico, como las técnicas de autocontrol, recitación, memorización y control de la dieta. Estas escuelas no solo eran contextos bien estructurados alrededor de una doctrina filosófica sino también, como se ha apuntado, formas o estilos de vida.

De estas concepciones se destaca la de Aristóteles que proponía la doctrina de la virtud como forma de llevar a cabo los fines racionales de la naturaleza humana. La virtud era el medio de establecer el justo término medio entre dos extremos viciosos. La alternativa estoica (Zenon de Citio, Epicteto) consistía en el control de las pasiones que generaban excesos irracionales.

Para ello se trataba de modificar las falsas opiniones que la generaban (representaciones engañosas de las cosas) mediante ejercicios escritos o verbales de meditación y concentración (un claro antecedente de las terapias cognitivas).

Grecia es también una de las principales cunas de la medicina occidental. El pensamiento racional produjo cambios relevantes en la concepción y clasificación de las enfermedades y la conducta anormal. Hipócrates (s. IV a. de C.) se contrapone a las concepciones animistas y atribuye causas naturales a las enfermedades. Son los estados internos del organismo los que producen las enfermedades.

En concreto postula la existencia de cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) que se localizan en determinados órganos (corazón, cerebro hígado y bazo) y que a su vez se asocian a temperamentos específicos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico).

La salud resultaría del equilibrio de tales humores y la enfermedad de su desequilibrio. El tratamiento de tales desequilibrios era de tipo somático, y aunque se intentaba ganar la confianza

del paciente se obviaba las motivaciones psicológicas. La importancia de este olvido de lo psicológico, según López Morales (1970), ha limitado la historia posterior de la medicina, que ha relegado en gran medida los aspectos psicológicos del ser humano.

Galeno desarrolló la medicina hipocrática. Dividió las causas de las enfermedades en orgánicas y mentales. Entre las causas mentales se encontraban las lesiones de la cabeza, los excesos de alcohol, los temores, cambios en la adolescencia y en la menstruación y adversidades económicas o amorosas. Ante estos trastornos proponía la guía de un tutor o pedagogo que aconsejaba como llevar una vida serena, aunque en la mayoría de los casos era necesario un tratamiento somático.

C. Edad media y renacimiento

Aunque el modelo galénico de la medicina sobrevivió durante la edad media, fue la Iglesia la que jugó un papel central al considerar los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural, del diablo. El pecado se constituye en la raíz de todo mal y la confesión en el procedimiento terapéutico para evitarlo.

En este contexto general predominaron dos tendencias sobre el pecado y su resolución: por un lado estaba la postura inquisitorial, que alcanzó su auge durante el papado de Inocencio VIII con su *Summis desiderantes affectibus* (1484) y la obra de J.Sprenger y K.Kraemer *Malleus Malleficarum* (1488) que animaban a descubrir y capturar los herejes y brujas y su tratamiento, que podía llegar a la tortura y quema; por otro lado estaban los que animaban a alejarse del pecado de un modo más personal y humanitario como Melchor Cano e Ignacio de Loyola.

La obra de Melchor Cano "Tratado de la victoria de si mismo" propone una guía para evitar la vida viciosa, centrada en los ejercicios espirituales periódicos que debían durar prácticamente toda la vida (concebía a la naturaleza humana como débil).

Ignacio de Loyola en sus ejercicios espirituales mantenía una visión más optimista del cambio personal. Proponía una guía no solo para los ejercicios espirituales sino también para la vida

diaria. Desde el punto de vista psicoterapéutico actual, Ignacio de Loyola anticipó métodos como el manejo de imágenes, jerarquías de acercamiento a problemas y especificidad de tareas (métodos parecidos a los conductuales actuales).

Otro autor destacable, y contra la corriente dominante de la quema de brujas inquisitorial, fue el padre Gilberto Jofré que en el siglo XV creó el primer hospital psiquiátrico de occidente, en concreto en Valencia (1410). En esta institución se potenciaba una terapia similar a la actual terapia ocupacional.

D. Siglos XVI a XVIII

Durante el siglo XVI y XVII aparecieron una serie de intelectuales brillantes que se opusieron a la visión demonológica dominante, y ofrecieron un enfoque más humanista de los enfermos mentales. J. Luis Vives (1492-1540) defiende la causa de los pobres y marginados, incluso cuando su marginación deriva de la demencia o rareza de su conducta, y resalta el papel de la expresión de las emociones y sentimientos de los marginados. Paracelso (1493-1541) rechazó la idea demonológica y enfatizó que las enfermedades mentales eran de naturaleza no divina.

En concreto la influencia de los astros era la que producía el trastorno mental (de ahí el término lunático usado posteriormente). El médico Robert Burton (1576-1640) era partidario de las causas psicológicas y sociales de la enfermedad mental, y realzó las causas emocionales de estos trastornos. Thomas Sydenham (1624-1689) fue de los primeros en describir las neurosis y de afirmar que la histeria no estaba ligada a las mujeres exclusivamente.

Paralelamente a los desarrollos anteriores se va humanizando la asistencia de los enfermos mentales. En el periodo de la revolución francesa Pinel introduce el tratamiento moral que básicamente consistía en suponer que los problemas mentales derivaban de conflictos morales; y animaba al personal de los hospitales a contactar con los problemas de los enfermos a través de actividades ocupacionales, respetando los intereses particulares..

E. Siglo XVIII y comienzo del XIX

Desde la óptica de la psicoterapia y la psicopatología, dos son los nombres destacables de este siglo: F.J. Gall (1758-1826) y A. Mesmer (1758-1826). Gall estaba convencido que determinadas funciones corporales y emocionales estaban controladas por determinadas áreas del cerebro. Incluso los rasgos del carácter derivaban de áreas específicas del cerebro. Además afirmaba que la forma del cráneo se relacionaba con el grado de extensión y preponderancia de las zonas cerebrales, y que en base a ello se podía estudiar el carácter. A este método de diagnóstico le llamó: frenología.

Mesmer, un médico vienés, proporciona un empuje clave a lo que después será la psicoterapia. Su aportación básica consistió en explicar la enfermedad mental como derivada de una causa natural y no del diablo. Defendió, apoyado por la ciencia de su tiempo en voga de la electricidad, el magnetismo y la astronomía, que las personas tenían un fluido en el cuerpo (reminiscencia de la tradición de los cuatro humores hipocráticos) de carácter magnético que cuando se desequilibraba hacía enfermar a la persona.

En un principio propuso restaurar tal desequilibrio con el uso de imanes (magnetismo), para después evolucionar hasta la interacción del magnetismo del terapeuta (Mesmer) y el del paciente. El método de Mesmer básicamente consistía en la colocación de imanes cerca del paciente, la ingesta de un fluido de hierro y pases de mano de imanes por determinadas zonas corporales. Con este método Mesmer obtuvo ciertos éxitos, especialmente ante síntomas y males de tipo histérico.

El médico británico J. Braid (1795-1860) retomó las prácticas magnetistas, pero las reformuló como producto de un estado neurofisiológico, como un estado de sueño nervioso. Para explicar estos fenómenos acuñó el término hipnosis.

F. El desarrollo de la psicoterapia hasta la actualidad

(Chris L. Kleinke, 2002: 93) La psicología clínica se constituye en los Estados Unidos a principios del siglo XX. En Europa la concepción dominante del tratamiento era médica o bien derivada de la orientación psicoanalítica freudiana o de sus "desviaciones" (Adler, Jung, etc), que tuvo una buena acogida en Estados Unidos en los medios psiquiátricos (no tanto en los psicológicos).

En el campo de la psicología, y a partir de las dos guerras mundiales la intervención de los psicólogos en los asuntos sociales y públicos fue creciendo. En un primer momento en la selección de personal para el reclutamiento y selección de puestos, y progresivamente se fue reivindicando una labor mas allá de la puramente psicodiagnóstica. La psicoterapia paso a ser un campo de trabajo de los psicólogos, que adoptaron inicialmente en su mayoría la orientación psicoanalítica.

A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana defiende que la psicoterapia solo debe de ser practicada por médicos psiquiatras. En este contexto se genera el inicio de las polémicas entre ambas profesiones.

Los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como alternativas más científicas a este. Carl Roger sobre 1943 crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc). Desde el ámbito académico se acentúa el conductismo y la terapia de conducta. Desde este último punto de vista se propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del

condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de reaprendizaje.

Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe van a desarrollar esta nueva concepción de la psicoterapia. Eysenck (1952) cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su paradigma de condicionamiento operante, y en su obra "Ciencia y conducta humana"(1953) llega a reexplicar la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje.

Wolpe a partir de su obra psicoterapia por inhibición recíproca demuestra como la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la terapia psicoanalítica. Todo ello sirve a los psicólogos para alimentar sus deseos de autonomía en esta época de reivindicaciones teóricas y laborales.

El enfoque conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte de los clínicos (más entre los psicólogos). En esta época sin embargo, comienza a ser cuestionado por parte de los propios psicólogos que le atribuyen, reconociendo su efectividad potencial en muchos casos, una imagen del hombre demasiado mecanizada y olvidada de los aspectos más subjetivos.

Ante este clima de insatisfacción se produce un doble rechazo, por un lado del modelo psicoanalítico que se considera excesivamente especulativo (aunque rico en aportaciones) y del conductista (potencialmente efectivo) que se considera demasiado reduccionista y mecanicista.

Las nuevas alternativas son la psicología humanista, entre las que destaca C. Rogers, que llega a expandirse en EEUU, aunque poco en Europa; el modelo sistémico de terapia familiar (Bateson, Jackson, Haley, Minuchin, etc) y el modelo cognitivo (Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney, etc..), a los que nos referiremos en otro apartado de este capítulo.

En los últimos años las tendencias más actuales en el campo de la psicoterapia son:

- La tendencia a la investigación de resultados. La constatación de que la psicoterapia es más efectiva que el placebo y el no tratamiento, pero que prácticamente todos los enfoques o modelos son igualmente de efectivos.
- La tendencia, impulsada sobretodo por el hecho anterior, hacia la búsqueda de modelos eclécticos e integrativos que den cuenta del hecho anterior o seleccione el tipo de terapia en función del cliente, problema, terapeuta específico.
- La tendencia creciente hacia la terapia breve en base a criterios de economía terapéutica y social bajo criterios de efectividad y eficiencia.

2.4.2 Modelos de psicoterapia

(Luis Oblitas A, 2008: 65) Los diversos modelos de psicoterapia, han surgido de diversas escuelas psicológicas, enfocadas en aspectos distintos de la “psique” humana y cada uno de estos utiliza una terapia psicológica diferente y, a su vez los psicólogos dentro de cada escuela han aumentado y perfeccionado sus teorías y deben poseer los mismos objetivos y además el terapeuta debe manejar actitudes positivas que logren la mejora para los pacientes.

a). Modelo psicodinámico o psicoanalítico

(Luis Oblitas A, 2008: 66) El término psicodinámico, se identifica con el psicoanálisis y con las concepciones en las que el conflicto intrapsíquico tiene una papel central. El psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicoterapia. Los puntos de vista de Freud sobre la naturaleza humana, han cambiado la imagen que el hombre occidental tenía de sí mismo (S XIX: imagen del hombre como ser racional). En el psicoanálisis, el ser humano no es un ser racional.

La formulación del modelo psicodinámico brinda las formas para describir estados mentales anormales, comprender sus orígenes y desarrollar una base racional para su tratamiento. En el modelo psicodinámico, la conducta se refiere al producto de fuerzas, motivos e impulsos mentales hipotéticos y de los procesos psicológicos que los regulan, inhiben y encauzan.

En psicoterapia el término psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con mayor relevancia histórica es el psicoanalítico, al que nos referiremos, aunque abarca también a otros "disidentes" del psicoanálisis como Adler y Jung.

El psicoanálisis fue creado por Freud (1856-1939). Su obra fue influenciada por Herbert (176 - 1841) que mantenía una idea asociacionista de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro preconscious; por Fechner (1801-1887), creador de la psicofísica, del que aprovechó su concepto de umbral para elaborar el concepto de censura; por Brucke (1819-1892) y T. Meynert (1833-1892), fisiólogos y maestros de Freud, de los que recoge conceptos como el de los procesos primarios y secundarios; por Brentano (1838-1917) del que deriva el concepto de Yo como función autónoma y por el desarrolló del método hipnótico y catártico de J. Breuer.

Seixas y Miró, a la hora de exponer el desarrollo de la obra de Freud, la divide en cuatro etapas:

1) La etapa pre fundacional (1886-1895): En ella Freud clasifica las neurosis y busca un método de tratamiento para las mismas. En esta época son relevantes sus obras: "Los estudios sobre la histeria" (1895, publicada con Breuer) y "Proyecto de una psicología científica para neurólogos (1895, obra que no llegó a publicar en vida). Desarrolla un modelo causal de las histerias basado en las experiencias traumáticas del sujeto que quedan a nivel inconsciente y desarrolla una teoría de los procesos psíquicos como energía que circula por determinadas estructuras cerebrales.

2) La etapa fundacional (1895-1895): Los rasgos sobresalientes de esta etapa son el desarrollo del método de la asociación libre y el abandono de la teoría de las experiencias traumáticas (seducción infantil). El método de la asociación libre lo comenzó a utilizar con el mismo

(autoanálisis) y le sirvió para descubrir sus deseos incestuosos hacia su madre, que formuló como Complejo de Edipo y que extendió como fenómeno universal.

3) La etapa de la psicología del ello (1900-1914). Se fundamenta en el concepto de libido, que sirve como base a la teoría psicoanalítica. Por líbido se entiende la fuente de energía del psiquismo, la pulsión sexual (aunque no limitada a lo genital), que puede reprimirse, descargarse, sublimarse, etc. Las transformaciones de la líbido regulan la elección de objeto (relaciones personales) y la formación del carácter o estructura psíquica esta época pertenece "La interpretación de los sueños" (1900), "Psicoterapia de la vida cotidiana"(1904) y "Tres ensayos sobre teoría sexual"(1905). Concibe las neurosis como resultado de una regresión o fijación en el desarrollo psicosexual.

Elabora la noción de inconsciente en una primera teoría (primera tónica), los sueños como realizaciones inconscientes de deseos, la descripción de la estructura mental en consciente, preconscious e inconsciente, la descripción de los mecanismos de defensa y la diferencia psicosexual? Estructural entre hombre y mujer. Desde el punto de vista terapéutico se desarrolla el análisis de los sueños con el método de la asociación libre.

4) La etapa de la psicología del yo (1914-1939). En esta fase desarrolla su segunda teoría de la estructura mental (segunda tónica) que se organiza como fuerzas psíquicas en conflictos entre el Ello, el Yo y el Superyó. También introduce en las fuerzas pulsionales de la líbido el concepto de pulsión de muerte (Tantos). A esta época pertenecen las obras:"Introducción a la metapsicológica" (1915),"Mas allá del principio de placer"(1920) y "El Ego y el Id"(1924). A partir de este momento el Yo se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico, y el psicoanálisis se dirige a aliviar al yo de las presiones tanto del ello como del superyó.

Los principales disidentes del psicoanálisis freudiano (Adler y Jung) habían formado parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos psicológicos y psicoterapéuticos. Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación, proponiendo un método terapéutico más directivo

centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales y es el fundador de las primeras clínicas de trabajo psicológico con problemas infantiles. Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobre todo en las religiones.

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes: Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objéales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destaca las aportaciones de la llamada Psicología del Yo y de las relaciones objéales (Sullivan, Hartan, Rapador, Ana Freud, etc.) Otra tendencia destaca el papel de las experiencias tempranas en el funcionamiento de la personalidad (M.Klein, Mahler y J.Bowlby). Una tercera línea intenta de aplicar el psicoanálisis a otras patologías distintas a la neurosis como las psicosis y los trastornos de personalidad (Fromm, Recaman, Sullivan, Chut y Cerner).

Una cuarta línea destaca el papel de los aspectos psicosociales en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (Sullivan, Fromm, Erikson, etc). Una quinta línea, muy relevante para la psicoterapia, aplica formas breves de psicoterapia psicoanalítica basadas en la investigación (Mann, Sifones, Mallan, Davalo y Stripper). Otra sexta línea retoma el psicoanálisis en un intento de volver a sus fuentes a partir de la obra de J. Lacan y su tesis del inconsciente estructurado como un lenguaje.

Por último, una sexta línea más actual, intenta de acercar el psicoanálisis a los modelos de la psicología cognitiva.

Se suele definir el psicoanálisis desde cuatro niveles (Aplanche y Pontalis, 1968; Baker, 1985):

1. Un método de investigación de los significados mentales inconscientes.
2. Un método de psicoterapia basado en la interpretación de las relaciones transferenciales, resistencia y deseos inconscientes.

3. Un conjunto de teorías psicológicas sobre el funcionamiento de la mente (metapsicológica) y teoría clínica sobre los trastornos mentales y su tratamiento.
4. Un enfoque filosófico o general para entender los procesos de las culturas y la actividad social.

Los conceptos fundamentales del psicoanálisis se formulan a través de los cinco modelos que Freud desarrolló sobre la actividad psíquica: el modelo topográfico, el modelo económico, el modelo dinámico, el modelo genético y el modelo estructural.

a) Modelo topográfico

(Luis Oblitas A, 2005: 73) Pertenece a la etapa de fundación del psicoanálisis. Freud en esta época distinguía tres niveles de conciencia: El Inconsciente, gobernado por los procesos primarios (ilógicos e intemporales) que contiene los recuerdos, imágenes, sentimientos y deseos no accesibles a la conciencia; El pre consciente que intermedia entre el inconsciente y el consciente, donde pueden acceder ciertos contenidos, y el consciente, gobernado por los procesos secundarios (lógicos y racionales), que se identifica en gran parte con el Yo y con el principio de realidad (ajuste al entorno).

b) Modelo dinámico

Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte inconsciente, derivado del Yo, y los principios normativos o morales del individuo consciente e inconsciente. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.

c) Modelo económico

Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía. El principio de realidad hace que la energía libidinal quede ligada a un objeto (relación de catibia) para su descarga o satisfacción.

d) Modelo genético

Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la "oral" relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca. Los comportamientos adultos de fumar, beber, etc, se relacionarían con ella. Le sigue la fase "anal", segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces.

La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la "falica", entre los tres y cinco años, se relaciona con la zona erógena de los genitales, y la superación de la misma se relaciona con la resolución del "Complejo de Edipo". La última fase es la fase "genital" que se relaciona con la capacidad orgásmica y actividades de recepción y expresión de sensaciones sexuales y afectivas agradables.

e) Modelo estructural

Pertenece a la última etapa de la producción de Freud. Se distinguen tres estructuras mentales: El Ello (Id) que es la fuente de la energía mental, de los deseos e instintos básicos no normativizados culturalmente de origen inconsciente; El Superyó (Supe rego) derivado de los valores normativos y morales de la cultura transmitidos familiarmente, y el Yo (Ego), situado

entre los dos anteriores y que tiene por misión mediar entre los dos anteriores (entre los deseos inconscientes y las normas que los restringen) así como con el medio externo.

El ello es totalmente inconsciente, el yo es en parte consciente y en parte inconsciente, y el superyó es también parcialmente consciente e inconsciente (normas interiorizadas en la primera infancia).

2.4.3 Terapias del modelo psicodinámico

(Juan José Sánchez, 1998) El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: la asociación libre, el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y el análisis de la resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente y el terapeuta (regla de abstinencia, regla de la atención flotante).

La asociación libre consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas. A veces el analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente ha generado en su propio discurso.

El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente (regla de la abstinencia). Además el analista no debe de dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todos los elementos del discurso del paciente (regla de atención flotante).

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres). La re experimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso

hacia aspectos más inconscientes (que se van haciendo más conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina Análisis de la Transferencia.

2.4.3.1 Psicoanálisis

(Luis Oblitas, 1998: 71) El psicoanálisis se deriva del griego *psykhé* que quiere decir *alma* o *mente* y *análisis*, *análisis*, en el sentido de *examen* o *estudio*, es el estudio análisis de la psique.

Es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896. A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influenciado a muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

Este modelo se basa en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de casos de neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos. Por otra parte, el psicoanálisis se refiere también a la terapia psicoanalítica misma, es decir, a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos.

Según el psicoanálisis la vida anímica está dominada por el inconsciente, que es un área psíquica con deseos e impulsos propios (principalmente sexuales) con formas de expresión y mecanismos especiales.

El psicoanálisis puede ayudar básicamente, en la resolución de conflictos emocionales tales como problemas de ansiedad, angustia, fobias, disfunciones sexuales, afecciones psicósomáticas e incluso algunas depresiones no reactivas, etc. También es recomendable para aquellas personas con problemas de asertividad en su conducta, personas con una baja autoestima, personas tímidas y con sentimientos de inferioridad, además de como técnica de crecimiento personal

2.4.3.2 Técnicas del psicoanálisis

(Luis Oblitas, 1991: 77) El psicoanálisis se basa, sobre todo, en la técnica de las asociaciones libres además de la interpretación de los sueños. Mediante estas técnicas el paciente llega a ser capaz de hacer conscientes algunos conflictos emocionales que fueron adquiridos en su infancia y que, a través de ciertos psicodinamismos de defensa, fueron reprimidos de tal manera que se hicieron inconscientes, pero que en la edad adulta perturban su salud emocional.

Según el psicoanálisis, los síntomas histéricos y neuróticos tienen un origen ligado a conflictos inconscientes, aspectos de los cuales, pese a ser ajenos por completo al consciente del analizado, emergen a la conciencia.

El retorno de lo reprimido, resultado de una represión fallida ante la fuerza emergente del material reprimido, es una formación de compromiso, ejemplo de lo cual constituye el síntoma histérico y, en general, el neurótico. El objetivo de la terapia es vencer las resistencias para que el analizado acceda a las determinaciones inconscientes de sus sentimientos, actitud o conducta.

La regla fundamental de la técnica psicoanalítica es la asociación libre en la cual el analista introduce al paciente en la técnica solicitándole que le comunique todos los pensamientos, ocurrencias, ideas o imágenes que se le vengan a la mente en el transcurso del relato de sus síntomas o de sucesos históricos independientemente de que estos le parezcan absurdos, irrelevantes o comprometedores, sin criticarlos o seleccionarlos.

Al comunicar estos contenidos, el analizado no debe tener en cuenta cuán insignificante, trivial o desagradable le resulten, ya que esto sólo expresaría la acción de las resistencias.

El analista por su parte, también debe respetar reglas, particularmente las tres siguientes:

- Escuchar al analizado con una atención parejamente flotante, es decir, sin privilegiar ningún elemento de su discurso, lo que implica que el analista deje funcionar lo más

libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención.

- Mantener una actitud neutral, en cuanto a los valores, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal religioso, moral o social, no juzgar, no aconsejar. La posición debe ser igualmente neutral frente a las manifestaciones transferenciales y frente al discurso del paciente.
- Observar una actitud de estricta abstinencia, lo que implica que el analista no satisface las demandas del paciente ni desempeña los papeles que éste tiende a imponerle. El sentido de este principio es que la cura debe transcurrir de tal forma que el analizado no se sirva de ella para obtener satisfacciones sustitutivas de sus síntomas.

Los lapsus son actos erróneos para la conciencia, en los que se manifiesta una descarga del inconsciente. Para Freud, expresa un motivo personal relevante, desconocido para la personalidad consciente. A menudo el lapsus no es obvio y se revela sólo después de una larga cadena de asociaciones.

Una segunda área explotada por la asociación libre es la de los sueños, considerada la vía regia al inconsciente. Para el psicoanálisis los sueños son siempre realizaciones de deseos, los cuales generalmente se disfrazan por ser inaceptables para la organización consciente del individuo. Freud distingue en la estructura del sueño: el contenido manifiesto, que generalmente parece incoherente y sin sentido pero que presenta algún tipo de historia narrativa; y el contenido latente, que se refiere a las asociaciones que se despliegan a partir del sueño manifiesto.

El sueño (la ilación de sus contenidos manifiestos) es una formación producida por el trabajo del sueño que transforma el material latente mediante la condensación, el desplazamiento, el trastorno en su contrario y diversos tratamientos que las representaciones inconscientes reciben, en virtud de su estructura, y que Freud designó como desfiguración onírica.

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

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

Cuando se habla de transferencia en la terapia, se considera que el paciente transfiere o reedita sobre la figura del analista demandas libidinales experimentadas en la infancia en relación a personas que entonces fueron importantes o significativas.

La transferencia ofrece la oportunidad para poner en acto los conflictos infantiles y estructuras cognoscitivas que condujeron a las represiones y a las distintas formaciones de sus neurosis; y asimismo proporciona al sujeto las condiciones para rectificar esos hechos que tuvieron lugar en la infancia y que, por permanecer inconscientes, se habían mantenido refractarios a sus intentos previos de influir en ellos.

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

2.4.3.3 Aplicación del psicoanálisis

(Luis Oblitas, 1991:81) Sigmund Freud al postular el aparato mental como modelo para representar el funcionamiento psíquico partió de sus conocimientos como neurofisiólogo, y también de su propia orientación filosófica, pero su dedicación a la clínica, y el desarrollo conceptual derivado de ésta, le permitió llegar a conceptos cada vez más centrados en la experiencia tenida dentro de un campo específico de observación técnica, que paulatinamente fue constituyendo el psicoanálisis, con los tres aspectos que abarca este concepto.

Por una parte una experiencia clínica específica, por otra una técnica dentro de una relación dual delimitada y una teoría, que mejor se llama metapsicología, concepto este que tiende a destacar que es una teoría psicológica de lo inconsciente y, si me permiten definirla por lo negativo, una psicología que si bien tiene en cuenta lo consciente no se centra ni se agota en su exclusiva consideración, tal como sí lo hace la psicología clásica, que se inició también dentro de la segunda mitad del siglo XIX.

El desarrollo de la teoría psicoanalítica le permitió señalar que el principal campo de aplicación del psicoanálisis es el clínico, sin que por esto sea el exclusivo, sino que se puede usar esta teoría, en una gran variedad de disciplinas humanísticas que constituyen lo que se denomina el “análisis aplicado”.

El psicoanálisis es un método de investigación de lo psíquico, que se actualiza en unos dispositivos de aplicación (práctica psicoanalítica), y en unas teorizaciones sobre el método mismo (metodología) y sobre los conocimientos derivados de su aplicación (teorías psicológicas, científicas, filosóficas, literarias, religiosas).

El método psicoanalítico es el análisis de un discurso mediante la contrastación dialéctica entre el discurso (teoría) y la experiencia (práctica) a partir de la escucha de las formaciones del inconsciente.

Los dispositivos psicoanalíticos son los espacios de aplicación del método, determinados por un encuadre, y estructurados por cuatro elementos fundamentales: la verbalización, la escucha psicoanalítica, la transferencia y la interpretación. Sus objetivos pueden ser cognoscitivos, terapéuticos (afectivos) o formativos. Hay muchos dispositivos psicoanalíticos: cura psicoanalítica (dispositivo freudiano), psicoterapia, consultoría, asesoría, supervisión, sección clínica, cartel, grupos analíticos, talleres, seminarios, cursos, conferencias, entre otros. Lo que hace psicoanalítico un dispositivo es la aplicación del método psicoanalítico.

2.4.3.4 Psicoterapia Junguiana

(Justo José Cano Sánchez, 1993) La psicoterapia junguiana utiliza el análisis de los sueños producidos en el inconsciente durante el dormir, y explica aspectos, elementos y actitudes que han surgido a la consciencia y que pueden informar de rasgos de su personalidad y, de la energía psíquica que se está moviendo en el sujeto.

Por otro lado, se nutre de la simbología que aportan los sueños, la imaginación activa o la escritura espontánea.

El analista junguiano utiliza un sistema “cara a cara”, y de diálogo con el paciente. El proceso terapéutico acompaña al individuo para que se vaya aproximando a la resolución de su construcción neurótica y/o psicótica, vaya enfrentándose con sus complejos y consiga acercar las polaridades o contrarios.

a) Técnicas

Para poder entrar en relación con la actividad y las propiedades del inconsciente consiste en procurar dar a la conciencia un enfoque que permita al inconsciente cooperar en lugar de oponerse y así éste predisponer al yo-ego para que escudriñe los ámbitos del inconsciente.

Un método a utilizarse el llamado método terapéutico de la psicología de los complejos el cual consiste en dos cosas: por una parte la concienciación lo más completa posible del inconsciente, por otra parte una síntesis de este contenido con el de la consciencia mediante el acto de conocimiento o concienciación.

2.4.3.5 Psicoterapia breve y de emergencia

(Justo José Cano Sánchez, 1993) En la terapia breve y de emergencia el terapeuta se centra en el problema actual en lugar de examinar sus antecedentes. Es preciso establecer un objetivo pequeño y razonable. La entrevista inicial puede utilizarse para crear un marco para el tratamiento familiar breve. El terapeuta con la familia puede centrarse en temas específicos, clarificar los objetivos y expectativas y canalizar las interacciones de un modo adecuado al trabajo focalizado a corto plazo.

El terapeuta habrá establecido un contrato con la familia, delineando los objetivos y la duración del tratamiento. Será el conductor, policía de tráfico, árbitro, mentor y modelo, utilizando su conocimiento sobre la dinámica individual y de grupo recordara a la familia la naturaleza limitada del tratamiento.

a) Técnicas de la terapia breve y de emergencia

Los terapeutas con experiencia tienen más probabilidades de ser flexibles. Establecer objetivos limitados y un punto final definido: el concepto del terapeuta debe centrarse en lo mínimo que tiene hacer para ayudar a la familia a continuar por si misma, en lugar de centrarse en una noción más ambiciosa del potencial de la familia. Se puede pedir a la familia que especifique en términos concretos como podría ser la vida familiar 6 o 10 semanas después si las interacciones en el área problemática fueran mejores.

Es un manual para los especialistas de la rama de la salud y la calidad de vida emocional. Se trata de una guía práctica que permite estar atentos a todos los factores que entran en juego cuando se tiene que intervenir de manera inmediata en determinados casos, como son: violencia, suicidio, homicidio, estrés postraumático. Es una intervención certera y que nos lleva de la mano, paso a paso para lograr un tratamiento corto, en situación de urgencia y además trabajar con el paciente, con las circunstancias y con los familiares.

Se requiere como profesionales de documentos de esta naturaleza que nos permitan comprender la importancia del *insight* y de lo puntual de nuestras intervenciones en casos de urgencia y emergencia. Todo profesional de la salud involucrado en situaciones de crisis es importante que recurra a este documento, que sin duda, será de gran utilidad y de dar luz para la intervención en la vida de otros.

Las características de la psicoterapia breve surgieron debido a la necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes a los que, a causa de circunstancias económicas o de urgencia, era muy difícil proporcionarles un tratamiento prolongado.

En esta segunda edición del manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, Leopold Bellak, creador de este enfoque, brinda una actualización del tema, además de mostrar su aplicación en nuevos campos, como la terapia cognitivo-conductual y el trabajo con niños.

Por otra parte, presenta un capítulo acerca de la aplicación en general de las pruebas a perceptivas en la psicoterapia breve. Sin lugar a dudas, psicoterapia breve, intensiva y de urgencia representa una herramienta de valor indiscutible para psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos.

b) Aplicación de la terapia breve y de emergencia

(Justo José Cano Sánchez, 1993) La psicoterapia breve surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes que, por el contexto en que se encontraban, era muy difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas. Su autor brinda una actualización de los conceptos desarrollados por él acerca de la psicoterapia breve; además muestra su aplicación en nuevos campos como la terapia cognitivo-conductual y el trabajo con niños. Por otra parte, presenta un capítulo acerca de la aplicación en general de las pruebas aperceptivas en la psicoterapia breve.

Cuenta asimismo, con dos instrumentos sumamente útiles como auxiliares en el desarrollo de esta psicoterapia, la Guía de preguntas y el Protocolo de registro, los cuales sistematizan el proceso de evaluación y diagnóstico y facilitan de gran manera el inicio de la terapia. Sin lugar a dudas, es una herramienta de valor indiscutible para psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos.

En la actualidad, la exigencia de ofrecer más servicios de salud mental ha llevado, a los profesionales de la psicología, a plantear nuevas formas de intervención, breves y rápidas, con el propósito de atender una demanda considerando la escasez de personal competente para responder de manera inmediata una emergencia psicológica, se ha trabajado en la formación de personas que intervengan en momentos de crisis emocional, pues en determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos y trastornos mentales

No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo y ha implicado un cambio radical en su vida; el individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan satisfactoriamente, el problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo, se encuentra en desequilibrio,

como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención que lleva a cabo un profesional de la Salud Mental puede ofrecer una ayuda inmediata, administrando la dosis de medicamentos correctos y/o iniciando un trabajo terapéutico de reajuste mental, con el propósito de restablecer el equilibrio emocional que prepare o evite tal tratamiento largo, es necesario una primera intervención, generalmente, de una terapia breve cuyo principal objetivo es dar apoyo psicológico, ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita.

El enfoque de la psicoterapia breve y de emergencia se deriva en gran medida de la orientación, adiestramiento y experiencias específicas de cada psicólogo y sus conceptos proceden en la mayoría de la teoría psicoanalítica.

La psicoterapia es básicamente un proceso muy simple que comprende desconocimiento, aprendizaje y reaprendizaje del pensar y sentir de cada persona” (Bellak, 2005); su proposición consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial, según Cade en 1993 en su libro: Guía de terapia breve, dice que la psicoterapia se ocupa de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre el organismo humano, intenta comprender y modificar la masa perceptible acumulada que afecta los sentimientos, comportamientos actuales y las respuestas derivados de ellos.

Para lograr esto se tiene que pensar mucho, planificar y conceptuar, esta conceptualización es la que hace posible a la terapia breve, la técnicas psicoterapéutica plantea proposiciones necesarias para producir óptimamente los cambios en la estructura y la dinámica par la menor adaptación y en contraste con la psicoterapia breve y de emergencia esta toma las reglas cuidadosamente planeadas, se basa en proposiciones claramente formuladas derivándose de la teoría psicoanalítica.

“No se cree que sea necesario seleccionar en forma especial a los pacientes para esta terapia, en lugar de ello se debe determinar las metas en cada caso en particular” (Bellak, 2005), ya que cada persona introyecta los problemas de diferente manera, por ejemplo en los ataques de ansiedad o las depresiones y muchos otros estados agudos se prestan para tratarlos exitosamente con terapia breve, la cual se sugiere que se tome como el primer método de elección y solo cuando es necesario emplear psicoterapia de larga duración o psicoanálisis.

El contar con un terapeuta humano y con una personalidad curativa no es un hecho sin importancia, pues si se tomar en cuenta que sea un terapeuta bien entrenado que proporcione las intervenciones específicas basándose en hipótesis acerca de la personalidad y la psicopatología el o los problemas con que el paciente se presente serán aun más fáciles de resolver en un a terapia breve.

2.4.4 Terapias del modelo conductista

(Luis A. Oblitas, 1998: 116)La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que se pueden agrupar en los cinco siguientes:

- La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta (salvo en el caso de los conductistas cognitivos).
- La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos.
- La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por moldeamiento).

El paradigma del condicionamiento clásico se refiere al aprendizaje basado en la asociación de un estímulo neutro, que posteriormente adquirirá poder para felicitar la conducta (estímulo condicionado) al asociarse con un estímulo incondicionado. Aunque el condicionamiento clásico supone que el estímulo condicionado antecede por lo general al incondicionado; también existe el

caso inverso donde el estímulo condicionado sigue al estímulo incondicionado, es el llamado condicionamiento hacia atrás.

El condicionamiento clásico ha sido propuesto para explicar y tratar diversos fenómenos neuróticos. La llamada Teoría de los dos factores propone que la respuesta de ansiedad se condiciona a un estímulo neutro (primer factor) y que la respuesta de escape o evitación es reforzada por la reducción de la ansiedad, como respuesta operante (segundo factor).

Eisenach (1982) desarrolla su teoría de incubación del miedo donde el estímulo condicionado de carácter fuerte puede adquirir las características del incondicionado, aunque este no termine presentándose, manteniéndose la respuesta ansiosa sin extinguirse (la llamada paradoja neurótica).

El paradigma del condicionamiento operante se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular (estímulo discriminativo) se hace más probable si es seguida de una consecuencia o contingencia reforzante. En este paradigma la conducta no está controlada por sus antecedentes sino por sus consecuencias. Si una conducta aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso reforzamiento positivo.

Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un estímulo aversivo, se denomina a ese proceso como reforzamiento negativo. Si la probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como castigo.

Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes (positivas o negativas) se denomina al proceso como extinción.

El tercer paradigma es el llamado condicionamiento vicario o aprendizaje por moldeamiento o imitación. Las personas no solo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los

resultados de sus acciones sino también por observación de como actúan otras personas reales o actores simbólicos (historias, relatos, etc).

Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para relacionarse con los demás y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas están mediados por este proceso.

También los conductistas más actuales han destacado no solo el papel del aprendizaje y la cultura social en la conducta humana sino también la importancia de los factores biológicos. Por ejemplo, tanto Eisenach (1967) como Gray (1975) postulan bases biológicas para las diferencias de personalidad entre los sujetos; y Solimán (1971) desarrolla su teoría de las fobias preparadas biológicamente.

Otro aspecto destacable son las teorías del autocontrol y el interaccionadme recíproco. Aunque la persona está en gran parte controlada por sus contingencias ambientales y su historia de aprendizaje, su propio repertorio conductual le permite ejercer cierto autocontrol sobre su propia conducta y sobre el entorno, de modo que este y ella (la persona y el entorno) se modifican recíprocamente (Skinner, 1975; Bandura, 1984).

Dentro de las terapias que predominan del modelo conductista se encuentran: terapia racional emotiva, modificaciones de la conducta y la terapia cognitiva.

2.4.4.1 Terapia racional emotiva

(José Olivares Rodríguez, 1996:427) La terapia racional emotiva fue desarrollada por Albert Ellis en 1,962 y se basa en el supuesto general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos es decir irracionales. Las

personas controlan en gran medida sus propios destinos sintiendo y actuando según los valores y creencias que tienen.

La terapia racional emotiva desarrolló el modelo llamado A-B-C en donde A es Acontecimiento activador, un suceso real y externo que se le presenta al sujeto. B (Belief = creencia) es la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que la persona utiliza como respuesta a A; es la valoración que hace el sujeto del evento acontecido. C representa la Consecuencia emocional o conductual del sujeto.

Para Ellis C no es consecuencia directa de A sino de B, ya que dependiendo de la interpretación B que haga el sujeto del evento acaecido en A, experimentara unas consecuencias emocionales u otras en C. La clave de las consecuencias emocionales y conductuales se encuentran en el tipo de creencias que se activan ante un acontecimiento dado.

Un ejemplo claro sería: Un hombre pierde su trabajo.

A: He perdido mi trabajo (El acontecimiento).

B: ¡Debo tener ese puesto de trabajo! No puedo vivir sin él. Considero que es horrendo perderlo.

Le he fallado a mi familia. No merezco vivir. (La creencia).

C: Consecuencia emocional: Depresión. Consecuencia conductual: quedarse acostado en vez de buscar empleo.

En el caso presentado se efectúan valoraciones negativas del acontecimiento y a ellas le siguen consecuencias emocionales y conductuales desadaptativas (depresión y afrontamiento pasivo de las circunstancias).

Ellis mantiene que las personas tienden a atribuir C a A, esto es la depresión y la pasividad al despido, en vez de atribuirlo a B, la valoración catastrofista de la pérdida del puesto del trabajo.

El modelo A-B-C debe ser considerado como una alternativa más a la hora de explicar la génesis y mantenimiento de los problemas psicológicos.

Su secuencia A-B-C se completa con el tratamiento o reestructuración cognitiva (D) y sus resultados o forma más adaptativa de interpretar y valorar los eventos (E) dando lugar a las nuevas emociones y conductas.

A continuación se presentan las fases y objetivos que integran el proceso de la terapia racional-emotiva:

Fases	Objetivos
A	Establecer los acontecimientos activadores, los pensamientos o los sentimientos que tienen lugar justo antes de que el paciente se sienta perturbado emocionalmente o que actúe de modo contraproducente.
B	Desvelar las creencias irracionales que median entre los elementos activadores y la perturbación emocional o la conducta desadaptativa.
C	Codificar los sentimientos perturbadores y conductas desadaptadas que tienen lugar como consecuencia de las creencias irracionales.
D	Discutir las creencias irracionales sostenidas en B, bien de modo socrático o por otros medios.
E	Poner de relieve las nuevas creencias racionales adaptativas que surgen de la discusión de las creencias irracionales (desadaptativas).
F	Codificar los nuevos sentimientos y conductas que surgen como consecuencia de la reestructuración de las creencias irracionales.

Ellis sostiene que en la sociedad, la familia y otras instituciones directa o indirectamente, nos doctrinan de tal modo que se llega a creer en una serie de ideas supersticiosas o sin sentido las cuales producen al ser humano trastornos emocionales. Según Ellis estas creencias irracionales básicas y las consecuencias que de ellas se derivan, son el origen fundamental de la mayoría de perturbaciones emocionales.

El trastorno psicológico, como ya ha quedado expuesto, deriva de las creencias irracionales. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y

no flexible. Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) propone que las tres principales creencias irracionales primarias son:

1. Referente a la meta de aprobación/afecto:
"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".
2. Referente a la meta de éxito/competencia o habilidad personal:
"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".
3. Referente a la meta de bienestar:
"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

Estas experiencias entrecomilladas serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen vulnerable a las personas a padecer trastorno emocional en los aspectos implicados en esas metas.

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (creencias secundarias), que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del procesamiento irracional de la información:

1. Referente al valor aversivo de la situación: tremendismo.
"Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".
2. Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: insoportabilidad.
"No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".
3. Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: condena.

En un eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las distorsiones cognitivas o errores inferenciales del pensamiento y que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales.

La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las creencias racionales. Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (R.E.T) puede ser confundida con un estado "apático, frío o insensible" del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así en la R.E.T se distingue entre:

Emociones	-versus-	Emociones
inapropiadas		apropiadas

1. Técnicas de la terapia racional emotiva

(José Olivares Rodríguez, 1996:433) Ellis (1989) clasifica las principales técnicas de la terapia racional emotiva en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

A. Técnicas cognitivas:

- **Detección:** Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar auto-registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.
- **Refutación:** Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.

- Discriminación: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
- Tareas cognitivas para casa: Se utilizan con profusión los auto-registros de eventos con guías de refutación, cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de RET.
- Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta.
- Técnicas referenciales: Se anima al paciente ha hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.
- Técnicas de imaginación: Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:
 1. La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.
 2. La proyección en el tiempo: dl paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.
 3. Hipnosis: Técnicas hipno-sugestivas en conjunción con frases racionales.

B. Técnicas emotivas:

1. Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia auto-aceptación.
2. Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3. Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.
4. Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
5. Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
6. Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería")
7. Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).
8. Repetición de frases racionales a modo de auto-instrucciones.
9. Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C. Técnicas conductuales:

1. Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
2. Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
3. Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
4. Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
5. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

2. Aplicación de la terapia racional emotiva

(José Olivares Rodríguez, 1996:433) Los campos de la aplicación del enfoque racional emotivo se examinan en varias obras coordinadas por Ellis (Ellis 1990) las principales áreas de aplicación son:

a) Área de salud

Se puede distinguir dos subáreas: la clínica tradicional y la más actual de la salud. Las aplicaciones de la terapia racional emotiva más numerosas son los problemas clínicos como:

Trastorno de ansiedad (véase Ellis y Grieger, 1990, capítulo seis).

Disfunciones sexuales, variaciones sexuales, problemas de pareja, problemas del medio familiar, impulsividad, agresividad.

b) Área educativa

Para algunas de las aplicaciones de la terapia racional emotiva en el ámbito familiar se puede consultar Ellis y Gieger (1981, capítulo veinticuatro, veintisiete y veintiocho) y en el ámbito escolar Ellis y Bernard (1990, capítulo once).

c) Área del deporte

El capítulo doce de Ellis y Bernard (1990) en donde se expone un programa de entrenamiento mental racional-emotivo para atletas profesionales.

2.4.4.2 Modificaciones de la conducta

(José Olivares Rodríguez, 1996:412) La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse.

El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal.

También se puede definir la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas.

Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque:

- La fundamentación en la psicología experimental.
- La aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal).
- La insistencia en la evaluación objetiva.
- El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

De todas estas características cabría destacar como definitorias la fundamentación de los métodos empleados en la investigación psicológica controlada, así como en énfasis en la evaluación objetiva de las intervenciones.

En el presente y en el desarrollo histórico de la modificación de conducta podemos distinguir cuatro principales orientaciones:

- a. El análisis conductual aplicado
- b. La conductista mediacional
- c. El aprendizaje social
- d. El cognitivo-conductual

2.4.4.2.1 Orientaciones actuales en modificación de conducta

a) Análisis conductual aplicado

(José Olivares Rodríguez, 1996:417) Se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante.

Las principales características de este enfoque son:

1. Se centra en las conductas observables directamente.
2. La conducta está controlada por el ambiente.
3. El objetivo de estudio es la conducta de organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.
4. Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.
5. El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio pero se pueden destacar dos áreas preferentes: el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y la modificación de ambientes sociales o institucionales.
6. El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social.

Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

1. Se da una especial importancia a los constructos hipotéticos.
2. Los procesos cognitivos tales como imágenes, la mediación verbal u otros semejantes se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
3. El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad, obsesiones, agorafobias, trastornos sexuales y otros trastornos.
4. Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en el condicionamiento clásico.
5. Orientaciones basadas en el aprendizaje social: esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio.

Las características fundamentales de esta orientación son las siguientes:

1. La regulación de la conducta depende de tres sistemas: a) los estímulos externos que afectan a la conducta., b) las consecuencias de la conducta y c) los procesos cognitivos mediacionales.
2. La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de aquél y/o variables del sujeto.
3. El énfasis en el constructo de autoeficacia, que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar la conducta necesaria para obtener un resultado deseado.
4. El énfasis en la autoregulación y autocontrol.
5. En relación a las técnicas empleadas integra los métodos basados en el condicionamiento clásico y operante con el aprendizaje vicario y los métodos de autorregulación.
- 4) Orientación cognitivo-conductual: esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

1. El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.

3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
4. Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

1. Técnicas modificación de conducta

Cuando se desea cambiar una conducta inadecuada o enseñar algo nuevo, lo primero que se tiene que hacer es identificarla lo más objetivamente posible. Para ello, se debe definirla en términos específicos que requieran un mínimo de interpretación, es decir, de forma clara, de modo que pueda ser observada (medida y registrada) por personas diferentes sin necesidad de hacer suposiciones y/o valoraciones subjetivas.

Se puede analizar cualquier conducta del siguiente modo:

Estímulo = Conducta = Consecuencia

La conducta depende de las consecuencias que obtengamos de ella. Se utiliza el medio para obtener consecuencias positivas, agradables y para evitar consecuencias negativas o desagradables. Se repiten aquellas conductas que van seguidas de un premio o recompensa y no se repiten las que no proporcionan consecuencias agradables.

En consecuencia, cualquier intento de eliminar o disminuir una conducta que simultáneamente no premie las conductas incompatibles, será un fracaso. Por ello, conocer la relación que existe entre la conducta y sus consecuencias, tipos de consecuencias y cómo usarlas es fundamental para garantizar una enseñanza eficaz.

Las consecuencias pueden ser positivas o negativas. Las consecuencias positivas son aquellas que aplicadas inmediatamente después de una conducta producen un aumento en la frecuencia de

ésta. Pueden ser actividades; juegos y juguetes; atención, elogios, sonrisas, alimentos o bebidas preferidas de cada persona; etc.

En general cuando una persona obtiene consecuencias positivas se siente querido y aumenta la seguridad en sí mismo. Las consecuencias negativas son aquellas que aplicadas inmediatamente después de una conducta concreta disminuyen o eliminan la emisión de esa conducta. Esas consecuencias (pérdida de atención, retirada de juguetes favoritos, “no ir a la piscina que le encanta”, “no ir al cine”, etc.) deben siempre aplicarse en primer lugar, y recurrir al castigo solo y exclusivamente en situaciones imprescindibles.

a) Refuerzo positivo

Este procedimiento consiste en presentar una consecuencia positiva (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y esto aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro.

Se utiliza cuando queremos desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada.

Para que este procedimiento funcione, la recompensa tiene que estar en relación con el comportamiento, ser contingente a éste (ha de ser inmediato) y siempre ha de ir acompañado de la especificación de la contingencia y de refuerzo social. Así mismo deben ser cognitivamente y emocionalmente apropiados para la persona, y evitar caer en el error de “saciar” al niño con la recompensa.

b) Refuerzo negativo

Consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de dicha desaparición aumenta la frecuencia de la conducta deseada. La respuesta que buscamos es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta.

c) Aproximaciones sucesivas

Este procedimiento consiste en reforzar diferencialmente las respuestas cada vez más parecidas a la respuesta final deseada, y someter a extinción las que van quedando más alejadas.

Se utiliza cuando la conducta deseada no figura en el repertorio de la persona. En la aplicación, tras definir de la manera más precisa posible la conducta final que queremos conseguir, elegiremos una conducta que la persona ya posea y que tenga alguna semejanza con la conducta objetivo y la reforzaremos consistentemente. Después iremos restringiendo la amplitud de esa conducta, de modo que reforzaremos las formas cada vez más parecidas a la conducta deseada.

Por ejemplo, si se quiere conseguir que Laura permanezca un minuto en la “piscina de bolas”. Esa conducta no existe en Laura y habrá que “moldearla” mediante aproximaciones sucesivas. Lo primero que haremos es reforzar cualquier movimiento de aproximación a la piscina; luego, cuando se acerque a una determinada distancia (por ejemplo un metro) y no cuando la distancia aumente.

El paso siguiente consistirá en reforzarla cuando permanezca, aunque sea de forma breve, en el borde de la piscina. A continuación, sólo cuando permanezca sentada en el borde de la piscina con los pies dentro. Después sólo aplicaremos reforzamiento cuando permanezca dentro, aunque sea durante breves instantes. Paulatinamente haremos que el tiempo de permanencia sea mayor.

d) Modelado

Consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve.

Este procedimiento se usa en la adquisición de nuevas conductas, eliminación de respuestas inadecuadas a través de la observación de la conducta apropiada, y como forma de suprimir miedos o fobias.

e) Encadenamiento

Consiste en recompensar a la persona tras la realización de una serie de conductas engarzadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades.

Por ejemplo, se puede hacer que la merienda se convierta en el último eslabón de la conducta (por lo tanto en recompensa o premio) si primero deja las cosas del colegio en su cuarto y después se pone las zapatillas de estar en casa y se lava las manos.

Este procedimiento puede utilizarse para que adquiera nuevas habilidades (descomponiendo esa conducta en pasos, que se enseñarán mejor si empezamos por el último de la cadena) o para ensamblar las conductas del niño de modo que constituyan cadenas y conseguir así que esas conductas se mantengan de forma natural (como procedimiento para mantener la conducta).

f) Procedimientos para mantener la conducta

Cuando la conducta recién adquirida o que se daba con poca frecuencia alcanza unos niveles aceptables y está estabilizada deberemos pasar de un programa de reforzamiento continuo (reforzar cada vez que ocurra la conducta) a uno de reforzamiento intermitente (reforzar de vez

en cuando). Este cambio ha de hacerse lenta y gradualmente para no provocar que la persona deje de responder a la conducta que ya se estaba estabilizando.

Los procedimientos que hacen que las conductas se mantengan por tiempo indefinido una vez adquiridas y sin necesidad de que las reforcemos continuamente son el reforzamiento intermitente y el encadenamiento. Estos procedimientos hacen que las recompensas y premios sean lo más naturales posibles.

g) Reforzamiento intermitente

Consiste en presentar el reforzador de manera discontinua, o sea, que no se refuerzan todas y cada una de las respuestas del sujeto, sino solamente algunas de ellas.

Se puede utilizar como criterio tanto el número de respuestas dadas (de razón o número) como el tiempo transcurrido desde el último premio (de intervalo). El paso del reforzamiento continuo de la conducta al intermitente debe ser gradual, para evitar que la persona deje de responder.

2. Aplicación de modificación de la conducta

(José Olivares Rodríguez, 1996:427) Los dos tipos de reforzamiento intermitente pueden aplicarse según un criterio fijo o un criterio variable. Se presentan cuatro opciones de aplicación:

a) Reforzamiento intermitente de razón o número fijo de respuestas. La recompensa se da cuando la persona cumple con un criterio fijo establecido de antemano: cada tres respuestas, o cada cinco, etc. Por ejemplo, cada diez sumas bien hechas una partida en el ordenador.

b) Reforzamiento intermitente de número variable de respuestas. La recompensa se administra según valores que varían de una a otra en base a un promedio. Por ejemplo, echar dinero en las

tragaperras. El que juega se ve recompensado cada vez que juega un número de veces a las máquinas.

Es recomendable utilizar este tipo de programas, especialmente los de tipo variable, cuando se desea que la persona emita una conducta con mucha frecuencia. Produce formas constantes de respuesta.

c) Reforzamiento intermitente de intervalo fijo de respuestas. La recompensa se debe administrar pasado un tiempo fijo establecido de antemano: cada minuto, o cada minuto cuarenta y cinco segundos, etc. (por ejemplo exámenes cada trimestre: la conducta de estudio es muy baja al principio y aumenta según uno se va acercando a la fecha de exámenes, pero una vez hecho esto, la conducta de estudio disminuye o incluso desaparece durante una temporada.)

d) Reforzamiento intermitente de intervalo variable de respuestas. La recompensa se administra según valores de tiempo que varían de una recompensa a otra.

a) La extinción

Es un procedimiento para reducir o eliminar la conducta, éste debe ser aplicado a cualquier conducta mal aprendida. Consiste en, una vez identificado el reforzador, suprimirlo para que tal conducta desaparezca gradualmente, es decir, en no dar la recompensa que la mantiene.

La suspensión de reforzamiento debe ser completa; no se debe administrar nunca para esa conducta (si no estaríamos recompensando de “forma intermitente”, que como hemos visto antes es un procedimiento para mantener la estabilidad de una conducta). Será más efectiva cuando se preste atención positiva (se administren consecuencias positivas) a otras conductas alternativas a las que se quiere eliminar.

Cuando se utiliza éste método al principio se produce un aumento momentáneo de la conducta que precisamente se quiere eliminar. Hay que esperar a que pase este aumento inicial de frecuencia para observar la disminución gradual típica de la extinción.

2.4.4.3 Terapia cognitiva

(José Olivares Rodríguez, 1996:445) Al igual que en otras modalidades de terapia cognitivo-conductual, Beck concede a la cognición el papel de precursora del estado emocional.

El postulado central de este enfoque terapéutico podría enunciarse como: Los trastornos emocionales o conductuales son el resultado de una alteración en el procesamiento de la información fruto de la activación de esquemas latentes.

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

Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos. El énfasis de la esta terapia está puesto más en el “qué tengo que hacer para cambiar” que en el “por qué”. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo.

Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente. Está centrada en los síntomas y su resolución.

El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia a donde apunta la terapia. Rechaza el principio de sustitución de síntomas. La falsa idea de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma como una solución económica, la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, es cuestionada por esta metodología.

La meta de la terapéutica es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio.

Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento.

Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento.

Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato único para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

Desmitifica la terapia. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona.

Puede ayudarle a reconocer y cambiar la forma de pensar y de actuar que contribuyen a su ansiedad. La terapia cognitiva conductual puede ayudarle a eliminar los pensamientos que empeoran su ansiedad. Por ejemplo, si sufre de trastorno de pánico, quizá le preocupa que sus síntomas (por ejemplo, las palpitaciones fuertes) le causen la muerte.

Este tratamiento puede ayudarle a entender que eso no es probable. De igual manera, si padece de trastorno de ansiedad social, puede ayudarle a aprender que los demás no siempre le están observando y juzgando. Tanto la terapia cognitiva conductual como la terapia conductual pretenden cambiar las formas de actuar que empeoran la ansiedad.

1. Técnicas cognitivas

(José Olivares Rodríguez, 1996:450) La terapia cognitiva al igual que las demás terapias también tiene técnicas que son efectivas en el transcurso de la terapia entre ellas están:

a) **Retribución:** la cual consiste en determinar entre el terapeuta y el paciente, qué proporción de responsabilidad es razonable atribuir al paciente y qué porción de responsabilidad es atribuible a otros factores, dadas las circunstancias de cada caso.

b) **Búsqueda de interpretaciones alternativas:** consiste en la investigación activa de nuevas interpretaciones o soluciones a los problemas que se le plantean al paciente. Cuando el problema está en la interpretación que el paciente adopta a la situación problemática, una técnica útil es la técnica de las dos columnas, la cual consiste en dividir una hoja a la mitad colocando al lado izquierdo la interpretación problemática que se quiere modificar, en el lado derecho se colocan las interpretaciones alternativas que vaya generando el paciente

c) **Búsqueda de soluciones alternativas:** en ocasiones no es raro que en el origen del sufrimiento emocional de los pacientes se puedan encontrar problemas “reales” que están sin resolver y que necesitan solución y un paso preliminar importante es la definición cuidadosa y exhaustiva del problema, lo que puede llevar a que el paciente genere espontáneamente nuevas alternativas de solución.

d) **Cuestionar la evidencia:** preguntar ¿Qué evidencia se tiene de.? puede ser una herramienta muy poderosa para la reestructuración cognitiva.

e) **Técnica de triple columna:** en ocasiones los pacientes cometen errores lógicos a la hora de analizar la realidad. Esta técnica nos permite ayudarles a tomar conciencia de los errores o distorsiones que cometen. Consiste en dividir en una hoja tres columnas para anotar en la primera columna aquellas situaciones que le generan malestar emocional; en la segunda sus pensamientos automáticos y en la tercera las distorsiones cognitivas que encuentran en dichos pensamientos automáticos.

2. Aplicaciones de la terapia cognitiva

(José Olivares Rodríguez, 1996:453) La terapia cognitiva de Beck surgió en el ámbito del tratamiento de la depresión unipolar, para progresivamente ir aplicándose en otras áreas como: Depresión unipolar no psicótica Beck (1982), trastornos por ansiedad, Beck y Emery (1985), trastornos de personalidad, Beck y Freeman (1995), problemas de pareja, Dattilio y Padesky (1995), conducta suicida, Freeman y Reinecke (1995).

2.4.5 Terapias del modelo humanista

2.4.5.1 Psicoterapia centrada en el cliente

(Luis Oblitas A, 1998:143) La psicoterapia centrada en el cliente es el nombre de una psicoterapia enmarcada en la psicología humanista. "Cliente" pretende enfatizar un matiz semántico distinto a "paciente", ya que un cliente permanece con la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico como un agente activo, en contraposición de "paciente", como indica éste término en su sentido literal: ser paciente con el problema.

Con frecuencia se habla de "enfoque centrado en el cliente". Enfoque es un término más general con más matices filosóficos, que permiten enmarcar con éste una consecuente psicoterapia y comprensión sobre los intercambios interpersonales acaecidos durante el proceso psicoterapéutico. En esta corriente surge el consejo no directivo o centrado en el cliente. Este tipo de terapia ha sido influida por muchas de las corrientes generales del pensamiento clínico, científico y filosófico presentes en nuestra cultura.

Se ha visto influida principalmente por la psicología estadounidense, con su habilidad para las definiciones operacionales, para la medición objetiva, su insistencia en el método científico y la necesidad de someter todas las hipótesis a un proceso objetivo de verificación o refutación.

Es una teoría psicológica aplicada en el trabajo terapéutico con personas en busca de ayuda psicológica. Ha sido creada por el psicólogo norteamericano y profesor de psicología Carl Rogers (1902 - 1987). Como se decía, implica un "enfoque" que enmarca el proceso psicoterapéutico, más allá de ser una mera "técnica".

Según aseguraba el propio autor en el citado libro, el proceso psicoterapéutico fallaría si fuera aplicado como una técnica, ya toda acción terapéutica surge de unas determinadas actitudes reales por parte del psicoterapeuta (de ahí denominarlo enfoque).

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

La psicoterapia centrada en el cliente forma parte de la formación curricular básica de los psicólogos, ya que es una forma de psicoterapia, permite establecer una relación psicoterapéutica y enmarca conceptos fundamentales como el sí mismo.

Está construida sobre una base profunda de observaciones minuciosas, íntimas y específicas de la conducta del hombre en relación. Se esfuerza por llegar a las constantes, las secuencias conductuales que describen el modo en que opera la naturaleza humana.

La psicoterapia centrada en la persona (o en el cliente) es uno de los métodos más investigados al nivel científico desde entonces y ha dado sus pruebas de eficacia como tratamiento psicoterapéutico. Para muchos el uso del término cliente puede resultar chocante y contrario al espíritu de la psicología humanista. El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la connotación de la misma palabra, relacionada con la patología y enfermedad, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta.

En este, el cliente no es un enfermo sino otra persona, para del terapeuta. El cambio de término puede resultar positivo para el cliente y asegurar un mejor pronóstico, al lograr que éste se sienta responsable de su mejoría y su bienestar.

En sus textos, Rogers establece la siguiente hipótesis de que el individuo tiene la capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia. Dicha hipótesis es, el planteamiento esencial del enfoque, y, a su vez, lo que genera mayores polémicas.

Es un enfoque muy optimista, que plantea expectativas altas en el paciente, que podría mejorar al sentir que otro confía plenamente en él.

Es la más influyente. parte de la confianza radical en el paciente y el rechazo al papel directivo del terapeuta.

El elemento central de la terapia es la actitud del terapeuta y los rasgos de esta actitud son:

- Principio general: actitud de escucha y de reflejo de lo que dice el cliente.
- Rasgos de la actitud del terapeuta:
 - ✓ Consideración positiva incondicional hacia el paciente
 - ✓ Empatía
 - ✓ Autenticidad o congruencia del terapeuta en sus manifestaciones hacia el paciente.
- Aspectos que tiene en cuenta el desarrollo de la terapia:
 - ✓ Impulso al crecimiento.
 - ✓ Énfasis en lo afectivo más que en lo intelectual.
 - ✓ Más importancia al presente que al pasado.

2.4.5.2 Psicoterapia gestáltica

(Perls, F, 1998) La terapia Gestalt es una terapia perteneciente a la psicología humanista, la cual se caracteriza por no estar hecha exclusivamente para tratar enfermos, sino también para

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

Fue Fredrick Perls quien introdujo el concepto de motivación en la percepción de la teoría de la gestalt, dando lugar a la psicoterapia gestáltica.

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

Las características de la terapia gestáltica son:

- Enfatiza el aquí y ahora y los elementos emocionales.
- Trata de evitar las especulaciones e interpretaciones sin fin.
- Método terapéutico:
 - ✓ Utilizan numerosos ejercicios (por ejemplo la "silla vacía" a la que habla el paciente como si se comunicara con una persona relacionada con sus conflictos).
 - ✓ Los ejercicios son más emocionales y corporales que racionales.
 - ✓ Tienen como fin promover el "darse cuenta".
 - ✓ Da mucha importancia a la responsabilidad, incita al paciente a hacerse responsable de su conducta.

2.4.5.3 Logoterapia

(Luis A. Oblitas, 1998:225) La logoterapia es una modalidad de psicoterapia que propone que la voluntad de sentido es una motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente.

La logoterapia es una técnica psiquiátrica desarrollada por Viktor Frankl. La técnica es una variación del método psicoanalítico que intenta sobrepasar la clásica interpretación del inconsciente que se nutre del ello o impulsividad ciega, y colocar en correcta relación la vida orgánica con la vida espiritual o responsable.

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.

Freud creía que la neurosis estaba encadenada a episodios de impulsividad reprimida y por tanto su terapia consistía en volver conscientes tales represiones. Esto a través de un proceso de intervención médica conocido como "asociación libre". De ahí la clásica imagen del diván, el paciente y el médico.

Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no necesariamente se refleja en la búsqueda de un dios u otro ser sobrenatural. No solamente subsisten en el interior de la conciencia humana una impulsividad natural sino también una espiritualidad natural.

La cura de muchos traumas estaría dada por el reconocimiento de tal sustrato y la posterior toma de conciencia es decir, de responsabilidad frente a esa condición. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un modo de existir humano.

En la arquitectura profunda de la psiquis humana, se encuentra una espiritualidad inconsciente que pretende siempre la trascendencia. Aquí la teoría de la logoterapia, que pretende la sanidad en función de la recuperación de sentido, expone funciones profundas de la conciencia y la toma de decisiones ante las formas cotidianas del existir. Los sueños son aún piezas claves para entender los procesos psíquicos que pugnan en el interior de todo hombre.

La logoterapia se convierte en un instrumento de conexión para el ser humano, puente entre su vida inconsciente y su manera de vivir. No habría nada más enfermizo en el humano que una vida incoherente. Pero no se trata de una incoherencia puramente discursiva, se trata pues de un conflicto mucho mayor entre la conciencia y la responsabilidad. Son las decisiones las que resultan en fracaso o triunfo, y no meramente la voluntad como creía Nietzsche.

La fuerza de las decisiones radica en la propia existencia, de tal modo que jamás se puede renunciar a ella. Se trata entonces de una elección consciente o inconsciente, pero decisión al final.

Concepto básico de la terapia: la noción de pérdida de sentido o vacío existencial. El objetivo de la terapia, dado que ni los instintos ni las tradiciones pueden indicar al hombre con claridad lo que debe ser, el terapeuta debe ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida.

2.4.6 Terapia del modelo sistémico

2.4.6.1 Terapia familiar

(Virginia Satir, 1986:101-125) El Enfoque Sistémico, también conocido como ecológico o estructuralista pone el énfasis en las relaciones al interior de la familia en el presente, revaloriza el rol del "paciente designado", la utilidad, valor simbólico y ganancia secundaria del síntoma para el sistema familiar. También destaca como característica de este enfoque la contextualización en el sistema familiar de cualquier evento acción o juicio, considera que la mayoría de las cosas o eventos no tiene por sí mismas un valor intrínseco, sino dependiendo de la función que cumple para el sistema.

Otra característica resaltante de la terapia familiar viene a ser el papel del terapeuta, que trabaja desde adentro, es decir el terapeuta establece alianzas con los distintos miembros del sistema familiar utilizando para ello los códigos, canales y modismos propios del sistema. En cierta medida se parece al quehacer del antropólogo que para estudiar un grupo humano trata de integrarse, de descubrir y manejar sus códigos, mimetizarse, parecer uno de ellos hasta entender y vivenciar su punto de vista, solo que no se desprende de su visión científica y misión terapéutica.

Además de las técnicas y recursos propios del enfoque, el terapeuta sistémico se sirve de abordajes, técnicas y usos propios del enfoque psicodinámico, de la terapia racional emotiva, la modificación de conducta y otros debido a la naturaleza integrativa del enfoque sistémico.

La terapia familiar sistémica, al igual que la teoría general de sistemas, perciben al saber, la ciencia y todo en la naturaleza como un todo integrado por conexiones sutiles y firmes, en donde la posición y movimiento repercute en los demás miembros del sistema.

Debido a su abordaje comprometido e integrativo, un terapeuta sistémico obtiene resultados en corto tiempo, se evalúa e interviene desde la primera sesión, pudiéndose apreciar cambios a partir de la sexta sesión, lo que permitiría continuar con una psicoterapia. A pesar de que permite obtener resultados en corto tiempo, no se trata de una terapia breve.

Al igual que las otras corrientes terapéuticas su correcta práctica requiere el pasar por proceso formativo que permita conocer las bases teóricas y desarrollar las habilidades personales propios del terapeuta.

Las terapias familiares, cada familia tiene una estructura dinámica, es un sistema organizado con sus propias leyes y el objeto de la terapia es reconstruir ese fenómeno para poder descubrir sus leyes de funcionamiento, identificando, bajo la diversidad de las formas aparentes, los esquemas fundamentales que permitan formular las leyes generales para establecer las correlaciones estructurales que correspondan.

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

El enfermo es el emergente de un grupo que tiene problemas, si se quiere se puede traducir como que el enfermo es el más fuerte, no el más débil como parecería, porque es el que se decide a romper la cohesión, porque para él la situación es insostenible.

El resto del grupo familiar tenderá a mantener el equilibrio que se atrevió a romper el emergente, y es probable que alguno de ellos postergue sus propias necesidades en función de ese equilibrio.

El equilibrio de un sistema familiar puede ser sano pero también puede ser enfermo. Por ejemplo, si la madre cumple dos roles en lugar de uno, porque el padre es alcohólico, la madre equilibra al grupo pero la situación produce una distorsión que genera malestar en sus miembros.

Para detectar el verdadero funcionamiento de un grupo familiar se utiliza la técnica del rol *playing*, que consiste en que cada uno de los miembros juegue los roles de los demás y pueda tomar conciencia de la problemática individual, actuando como si fuera el otro.

Como en todo sistema las fuerzas lograrán el equilibrio cuando se igualen, de modo que todos los miembros deberán mantenerse en sus respectivos roles sin agregar valencias a su carácter, como sería por ejemplo, no cumplir con las expectativas de su rol, sobreactuar su rol o jugar más de un rol, el suyo y el que no le corresponde.

2.4.7 Psicoterapias alternativas

2.4.7.1 Musicoterapia

(Ivonne Lemus, 1999) 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.

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

También referida como vibracional o de frecuencias, incluye musicoterapia y otras formas de producir sonidos. La base de su efecto es que las frecuencias de sonidos específicos resuenan en órganos específicos del cuerpo para curar y dar soporte al cuerpo.

La musicoterapia ha sido la terapia más estudiada entre ellas, con estudios que datan del 1920, cuando se demostró que la música afectaba a la presión sanguínea. Otros estudios han sugerido que la música puede reducir la ansiedad y el dolor. La música y la visualización, solas o combinadas han sido usadas para tratar estados de humor, reducir el dolor agudo o crónico y alterar ciertas sustancias bioquímicas, como los niveles plasmáticos de beta-endorfina.

Actualmente se usa en niños con cáncer, en algunas unidades de cuidados paliativos y en pacientes ingresados por toxicidades agudas. También ayuda a los familiares. Globalmente ayuda al bienestar y facilita la comunicación emocional y reduce el stress asociado con la enfermedad y su tratamiento.

La musicoterapia no considera que la música por si misma puede curar; no existen recetas musicales generales para sentirse mejor. Los efectos de la música sobre el comportamiento han sido evidentes desde los comienzos de la humanidad. A lo largo de la historia, la vida del hombre ha estado complementada e influenciada por la música, a la que se le han atribuido una serie de funciones.

La música ha sido y es un medio de expresión y comunicación no verbal, que debido a sus efectos emocionales y de motivación se ha utilizado como instrumento para manipular y controlar el comportamiento del grupo y del individuo.

La música facilita el establecimiento y la permanencia de las relaciones humanas, contribuyendo a la adaptación del individuo a su medio. Por otra parte, la música es un estímulo que enriquece el proceso sensorial, cognitivo (pensamiento, lenguaje, aprendizaje y memoria) y también enriquece los procesos motores, además de fomentar la creatividad y la disposición al cambio.

Así, diversos tipos de música pueden reproducir diferentes estados de ánimo, que a su vez pueden repercutir en tareas psicomotoras y cognitivas. Todo ello depende de la actividad de nuestro sistema nervioso central. La audición de estímulos musicales, placenteros o no, producen cambios en algunos de los sistemas de neurotransmisión cerebral. Por ejemplo: los sonidos desagradables producen un incremento en los niveles cerebrales de serotonina, una neurohormona que se relaciona con los fenómenos de agresividad y depresión.

Existen 2 tipos principales de música en relación con sus efectos: la música sedante, que es de naturaleza melódica sostenida, y se caracteriza por tener un ritmo regular, una dinámica predecible, consonancia armónica y un timbre vocal e instrumental reconocido con efectos tranquilizantes. La música estimulante, que aumenta la energía corporal, induce a la acción y estimula las emociones.

La música influye sobre el individuo a 2 niveles primarios diferentes: la movilización y la musicalización: la movilización: la música es energía y por tanto moviliza a los seres humanos a partir de su nacimiento y aún desde la etapa prenatal. A través de la escucha o la creación, la música imprime una energía de carácter global que circula libremente en el interior de la persona para proyectarse después a través de las múltiples vías de expresión disponibles.

La música, al igual que otros estímulos portadores de energía, produce un amplio abanico de respuestas que pueden ser inmediatas, diferidas, voluntarias o involuntarias. Dependiendo de las circunstancias personales (edad, etapa de desarrollo, estado anímico, salud psicológica, apetencia) cada estímulo sonoro o musical puede inducir una variedad de respuestas en las que se integran, tanto los aspectos biofisiológicos como los aspectos efectivos y mentales de la persona.

Así, el bebé agita sus miembros cuando reconoce una canción entonada por su madre, los adolescentes se re confortan física y anímicamente escuchando una música ruidosa e incluso les ayuda a concentrarse mejor en el estudio.

Dado que la musicoterapia constituye una aplicación funcional de la música con fines terapéuticos, se preocupa esencialmente de promover a través del sonido y la música, una amplia circulación energética en la persona, a investigar las múltiples transformaciones que induce en el sujeto el impulso inherente al estímulo sonoro y a aplicar la música para solventar problemas de origen psicosomático.

La musicalización: el sonido produce una musicalización de la persona, es decir, la impregna interiormente dejando huella de su paso y de su acción. Así, la música que proviene del entorno o de la experiencia sonora pasa a integrar un fondo o archivo personal, lo que puede denominarse como mundo sonoro interno.

Por tanto, nuestra conducta musical es una proyección de la personalidad, utilizando un lenguaje no verbal. Así, escuchando o produciendo música nos manifestamos tal como somos o como nos encontramos en un momento determinado, reaccionando de forma pasiva, activa, hiperactiva, temerosa.

Cada individuo suele consumir la música adecuada para sus necesidades, ya sea absorbiéndole de forma pasiva o creándole de forma activa. Toda expresión musical conforma un discurso no verbal que refleja ciertos aspectos del mundo sonoro interno y provoca la movilización y consiguiente proyección del mundo sonoro con fines expresivos y de comunicación.

2.4.7.2 Aromaterapia

(Luis G. Basú, 2001) La aromaterapia (del griego aroma, 'aroma' y *therapeia*, 'atención', 'curación') es una rama particular de la herbolaria, que utiliza aceites vegetales concentrados

llamados aceites esenciales para mejorar la salud física y emocional. A diferencia de las plantas utilizadas en herbolaria, los aceites esenciales no se ingieren sino que se inhalan o aplican en la piel. Su eficacia es discutida y es considerada una pseudociencia.

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

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

Los aceites esenciales son mezclas de varias sustancias químicas biosintetizadas por las plantas, que dan el aroma característico a algunas flores, árboles, frutos, hierbas, especias, semillas y a ciertos extractos de origen animal. Se trata de productos químicos intensamente aromáticos, no grasos (por lo que no se enrancian), volátiles por naturaleza (se evaporan rápidamente) y livianos (poco densos).

Fueron creados y utilizados muchos siglos antes de que la aromaterapia los empleara para mejorar la salud, y su uso no es exclusivo de la misma. La perfumería los desarrolló y posteriormente fueron empleados en diversas industrias como la alimentación y agroindustria.

a) Precauciones importantes de la aromaterapia:

- Es importante señalar que la mayor parte de los aceites esenciales no pueden aplicarse en su estado puro directamente sobre la piel, ya que son altamente concentrados y pueden quemar la piel.

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

El principal método de aplicación de los aceites esenciales es a través de una dilución en agua caliente, para que así el vapor del agua mezclado con las esencias se absorban por medio del aparato respiratorio.

Otra de las maneras de aplicación es a través de la piel, utilizando una mezcla de aceites esenciales con aceites vehiculares de acuerdo a la necesidad, ya que la piel se convierte en un vehículo y a la vez un protector para introducir los compuestos y propiedades que las plantas poseen sin tener que correr riesgos de efectos secundarios nocivos. Estos aceites penetran a través de los pequeños vasos capilares y son transportados a todo el organismo mediante el torrente sanguíneo.

El tiempo promedio son 90 minutos y en algunos casos toma tan sólo 30 minutos. Se aplican directamente al área a tratar. También pueden combinarse entre sí y producir sinergias que hagan un efecto más potente y benéfico. Es importante señalar que los aceites esenciales no pueden aplicarse directamente sobre la piel ya que son altamente concentrados por lo que será necesario diluirlos en otros aceites o en agua.

También pueden combinarse entre si y producir sinergias que hagan un efecto más potente y benéfico, y es allí precisamente donde entra la ciencia, creatividad y el arte de la aromaterapia al producir diferentes mezclas. Sus principales usos van desde el hogar, estéticas, spas, terapias

físicas, rendimiento deportivo, padecimientos de la niñez o vejez, atención a pacientes especiales, entre otros.

2.4.7.3 Hidroterapia

(Hector R. Román, 1997) Para la realización de la hidroterapia utiliza el agua de distintas maneras para dar tratamiento a las molestias producidas por el estrés, para la relajación y para conservar la salud. Los baños a diferentes temperaturas ayuda a mejorar la circulación, los baños de vapor y sauna ayudan a relajarse, hacer sudar y esto desintoxica el cuerpo.

- Los baños fríos y calientes, en ocasiones el efecto terapéutico del baño se puede conseguir mediante la temperatura del agua, a veces ayudada por flujos específicos como la ducha a presión o el hidromasaje. Los baños pueden ser por inmersión o mediante paños húmedos. La inmersión puede ser de todo el cuerpo o de algunas zonas (manos, pies, baños de asiento). Los tratamientos con burbujas son utilizados para relajación y desintoxicación del cuerpo, ello se describen los beneficios que se adquieren de las diferentes formas de la hidroterapia:
- Los baños con agua caliente: son utilizados para aliviar el dolor muscular, mejorar la circulación estimula, controla las convulsiones, induce el sueño, acelera el pulso y la respiración.
- Los baños templados: son sedantes pueden prologarse durante horas e incluso, se utiliza para algunas enfermedades nerviosas.
- Los baños neutros: son muy relajantes, ayudan a tratar la ansiedad, el insomnio, cambios de humor, se sumerge el cuerpo hasta el cuello en una bañera, debajo de la temperatura corporal. Se recomienda permanecer ahí de 15 a 20 minutos.
- El ejercicio acuático: se recomienda a mujeres embarazadas, personas con artritis, y discapacitados y lo ofrecen especialmente en clubes sociales.

- Fase de la identidad del yo con el tu: el paciente con su entorno, el terapeuta intenta imitar al paciente de manera que parezca ser el, y trata de sentir y actuar igual, lo imita en movimientos, gestos, etc.
- Fase de reconocimiento del yo: reconocerse como persona, método del espejo, aquí se utiliza un espejo imaginario, el paciente es espectador y observa cómo se comporta y actúa con otras personas.
- Fase del reconocimiento del tu: del conocimiento de los otros. Método de cambio de papeles: en este método el paciente debe ponerse en el lugar del otro y actuar como él lo haría.

2.4.7.4 Risoterapia

(Albert Thomson, 2001) Por medio de la risa se expresa un gran número de emociones tales como: alegría, felicidad toda ellas de carácter positivo. Por eso muchas personas quieren recuperarlas, pero esta situación de bienestar termina pronto.

Se sufre de un enorme desgaste emocional, especialmente en los tiempos que corren, en que los índices del estrés se disparan, las ansiedades se multiplican y la insatisfacción es el pan de cada día en las personas.

Es necesario volver al humor positivo, el humor que no utiliza a los demás, que no se ríe de los demás, el humor sano. Se necesita humor con afecto, humor con amistad, humor con amor y se debe reír con, en lugar de. Existen, estrategias y ciertas habilidades que nos ayudan a liberar tensiones del cuerpo y llegar a la carcajada.

2.4.7.5 Cromoterapia

(Arnold S. y Saraí M, 1995) Consiste en utilizar el color para tratar enfermedades físicas y trastornos emocionales. Reúne aportaciones de la psicología, medicina, arte y física. Los colores tienen la capacidad de calmar, inspirar, excitar, equilibrar o alterar nuestras percepciones, lo cual llevó a considerarlos como instrumentos terapéuticos por sí mismos.

Cada color emite unas vibraciones características que llegan de distinta manera y producen efectos diferentes. La cromoterapia utiliza ocho colores que son el rojo, el naranja, el amarillo, el verde, el turquesa, el azul, el violeta y el magenta.

Hipócrates usaba ungüentos y bálsamos de diferentes colores y el médico árabe Avicena, en el siglo IX escribió sobre las propiedades del color en el tratamiento de las enfermedades. Aunque durante unos siglos la cromoterapia estuvo olvidada, en el siglo XVIII científicos y filósofos se interesaron por ella y en el siglo XX empezó a utilizarse de nuevo con fines terapéuticos. Una gran aportación fue el test del color de Lüscher, que estudiaba la influencia de los colores en las diferentes partes del sistema nervioso autónomo, el metabolismo y las secreciones glandulares.

El estudio del espectro solar mostró que está compuesto por una infinidad de matices luminosos y Newton en 1666 demostró que la luz blanca se podía descomponer en los siete colores que percibimos a través de la vista. Se puede decir que los colores son la parte visible para el ser humano de la radiación solar. Entre las radiaciones no visibles se encuentra los rayos infrarrojos, la electricidad, las radiaciones ultravioletas, los rayos x, las radiaciones nucleares, etc.

La cromoterapia está presente en la naturaleza. La altitud influye en la distribución del color. Mientras en cuevas y sótanos está presente el negro y los infrarrojos, a nivel del mar, en la sabana y en las llanuras aparecen el rojo y el naranja; en la meseta y los campos cultivados se da el amarillo, en las colinas y montañas suaves, el verde, en los ríos de montaña el azul, en montañas elevadas y profundidades marinas, el índigo y violeta y en el cielo el blanco.

Según la cromoterapia, para que la alimentación sea adecuada se debe tener en cuenta los colores de los alimentos. Los alimentos de color rojo, naranja y amarillo son revitalizadores y estimulantes; los verdes equilibran el cuerpo y sirven de tónico, los azules, añil y púrpura son tranquilizantes y refrescantes.

El rojo está presente en mariscos, carnes rojas, sal alcohol y semillas. El naranja se encuentra en los derivados lácteos, carnes blancas, azúcar, miel, y aceite de oliva. El amarillo lo contienen el pescado, legumbres, carne de ave y aceites ligeros como el de maíz. El verde se encuentra en cereales, frutas y verduras. El azul está presente en algunas verduras y ensaladas y el índigo se encuentra en las infusiones y el violeta en el agua y el aire.

Para la realización adecuada de una sesión de cromoterapia se necesita una habitación completamente blanca es perfecta para la cromoterapia, pues se puede proyectar cualquier color llenando la estancia, bañándonos completamente en la luz del color elegido. También se puede utilizar el color deseado en una zona concreta del cuerpo. Suele aplicarse una sesión diaria de unos 30 minutos. Tras 15 días de tratamiento empiezan a notarse sus efectos.

El tratamiento debe aplicarse con el mínimo de ropa o vestido con tejidos naturales, preferiblemente seda de color blanco. Pueden utilizarse botellas de cristal de colores o envueltas en papel de celofán de colores. Se llenan de agua y se ponen al sol durante una 4 horas antes de tomarla. Se recomienda tomarla en ayunas y a sorbos.

A continuación se describen los colores y las propiedades que generan cada uno de los colores utilizados en la cromoterapia:

a) Rojo

Es un color estimulante. El uso del rojo está indicado en el tratamiento de los desórdenes energéticos como apatía física, anemia, bronquitis, estreñimiento por atonía digestiva intestinal, reuma causado por el frío, escalofríos, catarros, falta de hemoglobina, frigidez, esterilidad,

hipotensión, neurastenia y tuberculosis. A nivel psicológico es estimulante, facilita la extraversión. Su abuso puede provocar agresividad, irritación y fatiga.

b) Naranja

Es el símbolo de la energía femenina, creación, amistad, vida, alegría y felicidad. Influye en la vitalidad física y el intelecto. En el plano psicológico favorece los procesos de eliminación de residuos, trata la aflicción, pesar, pérdida, dificultades de relación, problemas de introversión, favorece los cambios y da valor para afrontar la vida.

A nivel físico se utiliza para tratar el asma, bronquitis, epilepsia, trastornos mentales y musculares, calambres, reumatismo, desgarros, dolor de ligamentos, fracturas óseas, cálculos renales, espasmos intestinales, hipotiroidismo, prevención de tumores malignos, estreñimiento y dificultades menstruales. La ropa de color naranja ayuda a equilibrarse, aumenta el optimismo y el tono sexual y elimina las inhibiciones y la parálisis psicológica.

c) Amarillo

Es el color del intelecto. Estimula el cerebro, el sistema nervioso, facilita la concentración, mejora los reflejos, ayuda a concretar objetivos y superar miedos, cura la depresión, facilita el otorgamiento de sentido a la vida, la asimilación de los alimentos, la digestión y la relajación.

Indicado en los casos de parálisis, reumatismo muscular, estreñimiento, indigestión crónica, inflamación abdominal, desarreglos del páncreas y vesícula biliar, hígado sobrecargado, parásitos intestinales, dolores de cabeza, impurezas en la sangre, falta de concentración, pesimismo, alteraciones de la piel y trastorno bipolar.

Los alimentos de color amarillo favorecen la pérdida de peso, ya que eliminan el exceso de grasa del cuerpo. Es un eficaz antidepresivo que se recomienda mirar, beber, comer y llevar puesto.

d) Turquesa

Se emplea para reforzar el sistema inmunológico. Se utiliza en infecciones y enfermedades como el SIDA, calma y disminuye las inflamaciones y ayuda al disfrute de la vida familiar. Es un color relacionado con la garganta, el pecho y la tiroides; alimenta el sistema nervioso central, estimula el discernimiento y restablece la paz.

d) Verde

Es el color del equilibrio y la armonía. Trata el cansancio físico y las heridas, produce regeneración celular, se utiliza en el tratamiento de tumores malignos, para aumentar las defensas del sistema inmunitario, en las afecciones cardíacas, los problemas del sistema circulatorio, los dolores de cabeza, las neuralgias, los trastornos del sueño, la inestabilidad emocional, potencia la capacidad de adaptación, favorece la relajación física, tiene propiedades antisépticas y desintoxica.

El uso del verde tonifica, alivia el estrés, el cansancio y los dolores de cabeza, ayuda con los problemas de hígado y resulta beneficioso en los casos de claustrofobia. Los alimentos verdes desintoxican, aumentan el vigor y la resistencia física, y tonifican el cuerpo.

e) Azul

Simboliza la paz y tranquilidad. Se emplea para tranquilizar, tratar las glándulas tiroideas y paratiroideas, la garganta (laringitis, amigdalitis y bocio), la rigidez de cuello, la incontinencia, las inflamaciones, el insomnio, las dolencias de la infancia como la dentición, o los problemas de oídos y garganta.

Sirve para reducir la fiebre, estimular los ganglios linfáticos, eliminar los residuos celulares del cuerpo, el tratamiento del cansancio psíquico y del estrés, miedo, palpitations e insomnio, picaduras, dolores de cabeza, hemorragias, hipertensión, estrés, vómitos, tos nerviosa,

infecciones, inflamación de ojos, reglas dolorosas, dolor de muelas, espasmos estomacales, epilepsia, llagas en la boca, quemaduras, dolores vertebrales agudos y picaduras.

f) Violeta

Simboliza la espiritualidad y la intuición. Se utiliza en cromoterapia para calmar el sistema nervioso, tratar el insomnio y los trastornos psíquicos como la esquizofrenia; estimula la fabricación de leucocitos, elimina toxinas, cura inflamaciones y la ciática. Su uso se recomienda para angustias emocionales, celos, envidias, nerviosismo, miedos sin causa, asma, bocio, cataratas, cistitis, estados de cólera, enfermedades del cuero cabelludo, inflamación de los nervios, epilepsia, insomnio, indigestión, irritación de la piel, lumbago, meningitis, neumonía, pérdida de memoria, problemas reumáticos, de la vesícula, del bazo y los riñones, debidos al frío o a la humedad, desintoxicación de la sangre, tumores, cáncer y SIDA.

Conclusiones

- 1) Desde el punto de vista de la psicología, la mayoría de las problemáticas se podrían enumerar dentro de problemas de conducta, esta denominación es utilizada en relación a niños con comportamientos no habituales o maneras de comportamientos no esperadas por los adultos.
- 2) Los problemas de conducta pueden llegar a desesperar tanto a padres y a educadores, que suele ser recomendable que tomen parte los profesionales en psicología. Con la debida terapia psicológica y una adecuada ayuda es posible disminuir muchos de los problemas de conductas infantiles.
- 3) La psicopatología es una ciencia, de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico.
- 4) Los distintos manuales de diagnóstico psicológicos fueron creados y estandarizados con la finalidad de determinar características básicas de los distintos trastornos existentes y así poder tener un estándar general sobre la población.
- 5) La psicoterapia abarca diversos temas en los cuales se describen las técnicas que pueden ser utilizadas durante el proceso terapéutico, dependiendo del caso a tratar, cada una de las terapias posee su propio enfoque como también sus técnicas y campos de aplicación.
- 6) Las terapias alternativas son métodos para curar basados en una manera global de enfrentar los cuidados de la salud y el tratamiento del cuerpo, la mente y el espíritu, apoyándose para ello en métodos naturales. De allí deriva su reconocimiento como terapias alternativas o medicinas alternativas.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

A continuación se presenta toda la metodología utilizada en la práctica profesional dirigida incluye programas, cronogramas, planificaciones, todo con el fin de sistematizar el trabajo y realizar una práctica completa y profesional.

3.1 Programa de estudio del curso de práctica profesional dirigida

1. Propósito del curso

La Práctica Profesional Dirigida, es un requisito de contenido psicológico clínico y psicológico social la cual brinda a la población ayuda clínica y social, los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los cinco años en la universidad de manera profesional, la práctica profesional dirigida debe ser una actividad para aplicar la psicología y consejería social en diferentes instituciones.

Los alumnos podrán obtener un contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

En la práctica profesional dirigida los alumnos de quinto año de psicología brindan beneficios a los centros de práctica dejando un precedente de atención psicológica. Esta práctica es brindada durante el último año de la carrera de psicología y consejería social sirviendo como requisito de egreso.

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

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

IV. Contenido temático del curso

- Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
- Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico
- Detección y atención de casos
- Capacitación en salud mental
- Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
- Atención a comunidades de riesgo

- Detección de situaciones de resiliencia
- Creación de programas y proyectos

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

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

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

VI. Procedimiento de evaluación

Actividades
I FASE
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica
Planificación de actividades de práctica
Guía de lectura
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica
Elaboración de Referente metodológico

Elaboración de Marco de Referencia
Investigación sobre tema de Psicoterapia
II FASE
Evaluación en el centro de práctica
Presentación de 5 historias clínicas completas
Investigación del tema de Psicodiagnóstico
Investigación sobre tema de Psicopatología
Planificación y contenido de capacitaciones
Presentación de Proyecto de salud mental
III FASE
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto
Entrega de constancias de proyecto aplicado.
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados
Presentación de primera parte del Informe
Presentación de segunda parte del Informe
Presentación completa del Informe final

3.2 Cronograma de actividades y valoración del curso

I fase del 29 de enero al 7 de mayo

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos 	Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Entrega de Planificación
<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
Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico	Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de Marzo Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades	Entrega y revisión
Informe clínico	Investigación de problemática principal atendida en el centro de Práctica	Entrega y revisión
Referente metodológico	Elaboración de Referente metodológico	Entrega y revisión
Detección y atención de casos en centro de práctica	Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ Dinámicas, juegos, entrevistas, etc. Discusión de casos	Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos 2 casos)
Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios	Entrega y revisión
Análisis y discusión de formas de Psicoterapia	Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia Entrega de Informes / cada mes

II fase del 21 de mayo al 13 de agosto

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Supervisión de actividades primer grupo Supervisión de actividades segundo grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica.
Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ llevar caso principal al Aula	Presentación de 5 historias Clínicas. Participación
Aplicación de técnicas de Intervención clínica en Psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión	Entrega de tema.
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Investigación	Investigación sobre tema de Psicopatología.
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
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 Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III fase del 29 de agosto al 17 de noviembre

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto
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
Primera revisión de informe Final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe.
Segunda revisión de informe Final	Elaboración de Informe Final	Presentación de segunda parte del Informe.
Tercera y última revisión de informe final Entrega de informe/ examen Final	Elaboración de Informe Fina	Presentación completa del Informe final

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Alumna Practicante: Mildred Albertina Catú Camey

Centro de práctica: Asociación de Amigos Solidarios Sanmartinecos

Mes de marzo

Objetivos	Actividades	Recursos	Logros esperados
Obtener información histórica de la fundación Amigos Solidarios para detectar la ayuda necesaria.	Información general de la práctica profesional dirigida.	Programa de práctica Profesional Dirigida.	Se obtiene información histórica de la fundación Amigos solidarios y se detecta la ayuda necesaria.
Planificar las actividades a realizarse en el centro de práctica.	Planificación general de actividades.	Cronograma de actividades de Práctica Profesional Dirigida.	Se planifica actividades a realizarse en el centro de práctica.
Establecer actividades acorde a la necesidad del Centro de práctica.	Primer contacto con autoridades del centro de práctica.	Carta de Solicitud de práctica.	Se establecen actividades acorde a la necesidad del centro de práctica.
Tener un primer contacto con encargados del centro de práctica.	Entrega de carta de solicitud a las autoridades del centro de práctica.	Formatos para elaborar la planificación.	Se tiene un primer contacto con encargados del centro de práctica.
	Visita al centro de práctica.	Formatos para elaborar el Diagnóstico Institucional.	
	Elaboración del Diagnóstico Institucional.		

Mes de abril

Objetivos	Actividades	Recursos	Logros esperados
Tener un primer contacto con las personas que son ayudadas por la Asociación.	Investigación para elaborar el marco de referencia sobre el centro de práctica.	Manual de dinámicas y juegos.	Se tiene un primer contacto con las personas que son ayudadas por la Asociación.
Observar las actividades que se realizan con los pacientes.	Observación de actividades.	Programa de las actividades que se realizan con los pacientes.	Se observan las actividades que se realizan con los pacientes.
Visitar oficina del centro de práctica y organizar consultas psicológicas con los pacientes.	Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica.	Material para elaborar los carné.	Se visitan oficina del centro de práctica y organizar consultas psicológicas con los pacientes.
Elaborar Carné para cada uno de los pacientes.	Elaboración de carné para cada uno de los pacientes que tienen algún impedimento físico.	Expedientes con los papeles correspondientes de cada caso.	Se elaboran carné para cada uno de los pacientes.
Ordenar cada uno de los expedientes de los pacientes para llevar un mejor control.	Entrevistas con los padres de algunos pacientes.	Formatos de entrevista.	Se ordenan cada uno de los expedientes de los pacientes para llevar un mejor control.
Recabar información restante de cada uno de los expedientes.	Elaboración de Historias Clínicas.	Formatos de Historias Clínicas.	Se recaba información restante de cada uno de los expedientes.
Reunir a los padres o encargados de los pacientes para darles a conocer de las actividades a trabajar con sus hijos.	Reunión general con los encargados de los pacientes que tienen impedimentos físicos.	Hojas de información brindada por los pacientes.	Se reúnen a los padres o encargados de los pacientes para darles a conocer de las actividades a trabajar con sus hijos.
	Atender a cada uno de los pacientes por medio de citas establecidas.		

Mes de mayo

Objetivos	Actividades	Recursos	Logros esperados
<p>Citar a los padres o encargados de los pacientes para llenar la información faltante.</p>	<p>Analizar individualmente los expedientes de cada paciente para establecer la forma en que se utilizará para trabajar con cada uno.</p>	<p>Manual de dinámicas de grupo.</p>	<p>Se citan a los padres o encargados de los pacientes para llenar la información faltante.</p>
<p>Realizar actividades motivacionales con los pacientes</p>	<p>Elaboración de exámenes mentales.</p>	<p>Formato de Exámenes Mentales.</p>	<p>Se realizan actividades motivacionales con los pacientes</p>
<p>Entregar los carné a cada uno de los pacientes en el orden en el que se les atiende.</p>	<p>Actividades de report e inicio de detección de casos.</p>	<p>Material para entregar y colocar los carné a cada paciente.</p>	<p>Se entregan los carné a cada uno de los pacientes en el orden en el que se les atiende.</p>
<p>Entrevistar a cada uno de los pacientes para conocer el estado en el que se encuentran.</p>	<p>Dinámicas, juegos, entrevistas etc.</p>	<p>Programa de actividades.</p>	<p>Se entrevistan a cada uno de los pacientes para conocer el estado en el que se encuentran.</p>
<p>Planificar actividades a realizarse con los pacientes como las celebraciones de cumpleaños del mes correspondiente.</p>	<p>Realizar la festividad de cumpleaños de los pacientes del mes y día de la madre a las asociadas.</p>	<p>Formato de planificación.</p>	<p>Se planifican actividades a realizarse con los pacientes como las celebraciones de cumpleaños del mes correspondiente.</p>
<p>Celebrar el día de la madre con las mamás involucradas en el grupo.</p>		<p>Adornos e invitaciones para la celebración programada.</p>	<p>Se celebra el día de la madre con las mamás involucradas en el grupo.</p>

Mes de junio

Objetivos	Actividades	Recursos	Logros esperados
<p>Elaborar cartas y trifoliales para solicitar apoyo económico.</p> <p>Enviar las cartas y trifoliales a familias, ONG e instituciones.</p> <p>Realizar rifas relámpagos con la ayuda de diversas instituciones educativas.</p> <p>Realizar actividad deportiva con los asociados y pacientes en las instalaciones deportivas de la familia Batres Ruano.</p> <p>Ejecutar los tratamientos establecidos para cada uno de los pacientes.</p>	<p>Elaboración de medios para solicitar apoyo.</p> <p>Envío de cartas y trifoliales solicitando apoyo económico a diversas instituciones.</p> <p>Invitaciones a instituciones para que participen en rifas relámpagos.</p> <p>Invitar a los asociados y pacientes para realizar actividades deportivas.</p> <p>Trabajar con cada uno de los pacientes el tratamiento a cuerdo a las necesidades presentadas.</p> <p>Elaboración de proyecto de Salud Mental.</p>	<p>Trifoliales y cartas.</p> <p>Formatos de listas de rifa.</p> <p>Premios a entregar a los ganadores de la rifa.</p> <p>Invitaciones para actividades diversas.</p> <p>Manual de actividades.</p> <p>Cronograma de actividades del mes.</p> <p>Hojas de reflexiones.</p> <p>Formatos de la planificación del proyecto.</p>	<p>Se elaboran cartas y trifoliales para solicitar apoyo económico.</p> <p>Se envían cartas y trifoliales a familias, ONG e instituciones.</p> <p>Se realizan rifas relámpagos con la ayuda de diversas instituciones educativas.</p> <p>Se realizan actividades deportivas con los asociados y pacientes en las instalaciones deportivas de la familia Batres Ruano.</p> <p>Se ejecutan los tratamientos establecidos para cada uno de los pacientes.</p>

Mes de julio

Objetivos	Actividades	Recursos	Logros esperados
<p>Elaborar un documento con los casos que apoya “Amigos Solidarios”</p> <p>Planificar la celebración del día de la familia con la participación de todas las familias de los pacientes.</p> <p>Impartir el primer taller de ayuda psicológica a los asociados y familias de los pacientes.</p> <p>Visitar a los pacientes que residen en lugares lejanos.</p> <p>Comprar medicina, brindar ayuda económica por enfermedad, exámenes y viáticos cuando sea solicitado. Previo análisis de cada caso.</p> <p>Visitar a pacientes que residen en el casco Urbano.</p>	<p>Elaboración de documentos en donde se haga constar los diversos casos sobre pacientes con problemas físicos que atiende la Asociación de Amigos Solidarios.</p> <p>Envío de dicho documento a personas que se encuentran en el extranjero.</p> <p>Celebración del día de la familia con la participación de todas las familias de los pacientes.</p> <p>Desarrollo del taller de ayuda psicológica.</p> <p>Visitas a pacientes que viven en lugares lejanos y entrega de canastas con víveres.</p> <p>Entrega de medicina, ayuda económica y viáticos a pacientes de escasos recursos.</p> <p>Visitas a pacientes que viven en el casco urbano y entrega de canastas con víveres.</p>	<p>Formatos de información de los casos.</p> <p>Programa de actividades del mes.</p> <p>Invitaciones y adorno para la celebración establecida.</p> <p>Materiales visuales y didácticos.</p> <p>Cronograma de las visitas a realizar.</p> <p>Medio vehicular para dirigirse a realizar las visitas.</p> <p>Canastas especiales de víveres.</p> <p>Medicinas y ayuda económica.</p>	<p>Se elabora un documento con los casos que apoya “Amigos Solidarios”</p> <p>Se planifica la celebración del día de la familia con la participación de todas las familias de los pacientes.</p> <p>Se imparte el primer taller de ayuda psicológica a los asociados y familias de los pacientes.</p> <p>Se visitan a los pacientes que residen en lugares lejanos.</p> <p>Se compra medicina, brindar ayuda económica por enfermedad, exámenes y viáticos cuando sea solicitado. Previo análisis de cada caso.</p> <p>Se visitan a pacientes que residen en el casco Urbano.</p>

Mes de agosto

Objetivos	Actividades	Recursos	Logros sperados
<p>Impartir talleres a los asociados y familias de los pacientes atendidos en la asociación.</p> <p>Realizar actividades individuales con los pacientes.</p> <p>Planificar actividad la cual se realizará por medio de un canal televisivo.</p> <p>Entrevistar individualmente a cada paciente y padres de familia.</p> <p>Celebrar el 4°. Aniversario de la Asociación Amigos Solidarios y despedida de las practicantes.</p>	<p>Desarrollo de talleres por alumnas practicantes del 5°. Año de la carrera de Psicología y Consejería Social.</p> <p>Desarrollo de terapias de grupo con grupos pequeños de pacientes.</p> <p>Realizar entrevistas con cada uno de los pacientes.</p> <p>Atender a casos de madres que has sido víctimas de maltrato físico.</p> <p>Preparar los temas a tratarse por medio del canal televisivo.</p> <p>Entrevista final con los pacientes y familias.</p> <p>Celebración del 4°. Aniversario de la Asociación y clausura de la Práctica Profesional Dirigida.</p> <p>Entrega de casta de agradecimiento a la Institución dada por parte de la Universidad Panamericana.</p>	<p>Formatos de Planificación de talleres.</p> <p>Cronograma de actividades del mes.</p> <p>Materiales didácticos y visuales.</p> <p>Formatos de entrevista para pacientes.</p> <p>Material visual.</p> <p>Discos de reflexiones.</p> <p>Formatos de entrevista para padres.</p> <p>Invitaciones y adorno para la celebración establecida.</p> <p>Carta de agradecimiento.</p> <p>Diplomas de reconocimiento.</p>	<p>Se imparten talleres a los asociados y familias de los pacientes atendidos en la asociación.</p> <p>Se realizan actividades individuales con los pacientes.</p> <p>Se planifica actividad la cual se realiza por medio de un canal televisivo.</p> <p>Se entrevista individualmente a cada paciente y padres de familia.</p> <p>Se celebra el 4°. Aniversario de la Asociación Amigos Solidarios y despedida de las practicantes.</p>

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programas de atención de casos

Introducción

En el presente capítulo se dan a conocer los diversos resultados obtenidos de los casos atendidos durante la práctica profesional dirigida, la cual se realizó en la Asociación Amigos Solidarios Sanmartinecos.

En cada uno de los casos descritos se detalla claramente el historial clínico, como también el proceso que se llevó a cabo y el respectivo plan terapéutico de cada paciente atendido.

1. Objetivos

- Proporcionar un tratamiento adecuado y efectivo a la población atendida.
- Establecer un buen rapport con cada uno de los pacientes atendidos.
- Atender casos de emergencia.
- Lograr insigth en los pacientes.
- Apoyar al paciente en su recuperación.
- Concluir satisfactoriamente los casos atendidos.

2. Actividades

Casos	Problema principal	Técnicas utilizadas	Logros esperados
10	Problemas de conducta en niños y adolescentes	Entrevista Test de la figura humana. Test de la familia Terapia de juego Terapia cognitiva-conductual. Técnicas de modificación de la conducta	Aplicar adecuadamente las técnicas respectivas para mejorar la conducta de los niños y adolescentes atendidos.
5	Abuso sexual infantil	Entrevista Test de la figura humana Test de la familia Test proyectivo T.A.T Ejercicios de educación sexual Ejercicios de prevención sexual. Entrevista con los padres.	Proporcionar los recursos y técnicas necesarias para que el paciente desarrolle herramientas que le sirvan para prevenir un abuso sexual. Alcanzar el <i>insight</i> en el paciente
4	Problemas de aprendizaje en niños	Entrevista Establecimiento de un buen rapport Aplicación del test ABC Ejercicios motivacionales y prácticos para un mejor aprendizaje Terapia de juego	Identificar el problema del bajo rendimiento escolar. Aplicar las técnicas adecuadas para mejorar el aprendizaje de cada uno de los pacientes.
3	Enuresis	Entrevista individual Entrevista con los padres Test de la figura humana Test de la familia Terapia de juego Técnicas prácticas dadas a los padres para ser aplicadas en casa.	Identificar la causa del problema que ocasiona la enuresis en los pacientes. Aplicar adecuadamente la respectiva terapia para la mejora esta conducta.
3	Baja autoestima	Entrevista Establecimiento de un buen rapport Ejercicios motivacionales Test de autoestima Ejercicios prácticos de autoestima para realizar en casa	Proporcionar las herramientas útiles y necesarias para establecer una autoestima adecuada y así obtener una adecuada superación personal

3.4.2 Programas de capacitación

Introducción

En el presente programa se describen detalladamente las capacitaciones realizadas en el centro de práctica, las cuales fueron dadas a diferentes grupos de personas que requieren de atención psicológica dentro de la asociación, cada una fue dada de acuerdo a la necesidad del caso. Dichas capacitaciones se realizaron con el objetivo de lograr la salud mental en cada uno de los pacientes.

1. Objetivos

- a. Aplicar técnicas específicas para detectar casos individuales.
- b. Brindar apoyo a la institución con capacitaciones de ayuda psicológica.
- c. Dar orientación y sanación a las personas de acuerdo a la necesidad psicológica.

A. Taller de autoestima

Temas presentados	No. de personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
El autoestima Técnicas para conocerse a sí mismo.	50	Salón de usos múltiples de la asociación amigos solidarios.	13 de abril de 2011	Motivar a las personas a aceptarse, valorarse y amarse a sí mismas.

B. Violencia intrafamiliar

Temas presentados	No. de personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Violencia intrafamiliar Aprender a cuidarse física y emocionalmente	85	Salón de usos múltiples de la asociación amigos solidarios.	6 de Mayo de 2011	Proporcionar técnicas practicas para evitar el maltrato intrafamiliar Lograr por medio de opiniones que los participantes expresen los problemas que les afectan en el diario vivir y recapacitar de sus actos violentos que son inadecuados.

C. Taller de prevención del abuso infantil

Temas presentados	No. de personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Que es el abuso sexual Conociendo nuestro cuerpo. Como defenderse ante una actitud de abuso.	53	Salón de usos múltiples de la asociación amigos solidarios.	24 de mayo de 2011	Concientizar a las personas atendidas sobre las causas y los efectos que obtienen los niños al sufrir de abuso sexual Proporcionar información del abuso sexual.

D. Taller amor en la pareja

Temas presentados	No. de personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
Que es el amor Como aceptar a su conyugue sin condiciones	65	Salón de usos múltiples de la asociación amigos solidarios.	6 de julio de 2011	Utilizar estrategias prácticas para que las personas reconozcan el objetivo principal de vivir con su conyugue. Respetar y valorar a su pareja.

E. Taller el papel de la mujer en la sociedad

Temas presentados	No. de personas atendidas	Lugar de capacitación	Fecha	Logros
El rol de la mujer en la sociedad. Como ser una mujer emprendedora.	40 mujeres	Salón de usos múltiples de la asociación amigos solidarios.	21 de julio de 2011	Proporcionar técnicas útiles para establecer una adecuada autoestima en la mujer. Reconocer el valor tan importante que juegan en el hogar y la sociedad.

3.4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

Introducción

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

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

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

- Proporcionar de forma gratuita salud integral a la población del municipio de Santa Cruz Balanyá a través de los estudiantes de 5to. Año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana y otras instituciones médicas.

1.2 Objetivos específicos

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

2. Actividades generales del proyecto

- Información de la Licda. Encargada de la Práctica Profesional Dirigida al grupo de estudiantes de la realización de un proyecto de salud mental
- Organización de los estudiantes para la coordinación del proyecto
- Elegir comunidad para realizar el proyecto
- Elegir actividades a realizar en el proyecto (jornada psicológica, médica y odontológica y creación de parque infantil)
- Organización de grupos de trabajo
- Organización de grupos de intervención psicológica
- Contactar autoridades en el municipio de Santa Cruz Balanyá
- Obtener firmas de autorización del proyecto del alcalde municipal
- Elegir edificio para realizar la actividad
- Solicitar donaciones de personal de otras instituciones para servicio médico y odontológico
- Solicitud de donaciones de recursos materiales a utilizarse en las actividades
- Solicitud de terreno al alcalde del municipio para la construcción de un parque infantil
- Realización de actividades de publicidad

- Reuniones de coordinaras del proyecto
- Reuniones de coordinadoras del proyecto con coordinadores de grupos
- Organizar a alumnos de tercero y cuarto grado para auxiliar durante la jornada
- Construcción de parque infantil de juegos
- Supervisión de colocación de juegos y Colocación de plaqueta
- Colocación de plaqueta de la Universidad Panamericana en el parque infantil
- Traslado de materiales y equipo y preparación de áreas de trabajo en la comunidad
- Realización de la jornada
- Inauguración del parque infantil de juegos
- Presentación pública de proyecto de salud mental a autoridades de la universidad y entrega de proyecto escrito terminado

3. Cronograma de actividades

Actividades	Fechas
Información de la Licda. Encargada de la Practica Profesional Dirigida al grupo de estudiantes de la realización de un proyecto de salud mental	6 de Agosto
Organización de los estudiantes para la coordinación del proyecto	6 de Agosto
Elegir comunidad para realizar el proyecto	6 de Agosto
Elegir actividades a realizar en el proyecto (jornada psicológica, médica y odontológica y creación de parque infantil)	6 y 10 de Agosto
Organización de grupos de trabajo	10 de Agosto
Organización de grupos de intervención psicológica	10 de Agosto
Contactar autoridades en el municipio de Santa Cruz Balanyá	10 de Agosto

Obtener firmas de autorización del proyecto del alcalde municipal	12 de Agosto
Elegir edificio para realizar la actividad	23 de Agosto
Solicitar donaciones de personal de otras instituciones para servicio médico y odontológico	Todo el mes de Agosto
Solicitud de donaciones de recursos materiales a utilizarse en las actividades	Todo el mes de Agosto
Solicitud de terreno al alcalde del municipio para la creación de un parque infantil	26 de Agosto
Realización de actividades de publicidad	Del 10 de Agosto al 23 de Septiembre
Reuniones de coordinadoras del proyecto	Desde el inicio hasta el final de la actividad 1 o 2 veces por semana
Reuniones de coordinadoras del proyecto con coordinadores de grupos	10 de Septiembre
Organizar a alumnos de tercero y cuarto grado para auxiliar durante la jornada	10 de Septiembre
Construcción de parque infantil de juegos	18 de Septiembre
Supervisión de colocación de juegos y colocación de plaqueta	21 de Septiembre
Traslado de materiales y equipo y preparación de áreas de trabajo en la comunidad	23 de Septiembre
Realización de la jornada	24 de Septiembre
Inauguración del parque infantil de juegos	24 de Septiembre
Presentación pública de proyecto de salud mental a autoridades de la universidad y entrega de proyecto escrito terminado	Mes de Noviembre

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

A continuación se presenta el capítulo cuatro en donde se analizan detalladamente los resultados obtenidos durante el transcurso de la práctica, también se da a conocer la presentación de los casos que fueron atendidos en el proceso de la misma, tomando en cuenta cada una de las gráficas realizadas con lo visto en la práctica y en el proyecto de salud mental.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- a) Aceptación de la ayuda que se brindaría a la institución
- b) Colaboración de las autoridades del centro
- c) Colaboración por parte de los auxiliares del centro de práctica
- d) Se brindo una ayuda psicológica por medio de terapias dadas a las personas
- e) Asistencia de personas al centro, para requerir ayuda
- f) Se logró *Insight* en pacientes
- g) Seguimiento de tratamientos
- h) Resultados positivos de las técnicas aplicadas

4.1.2 Limitaciones

- i) En ocasiones fueron interrumpidas las sesiones por alguna circunstancia del centro.
- j) El espacio pequeño para la atención de casos.
- k) Falta de transporte para viajar las personas de comunidades lejanas al municipio.
- l) Material audiovisual escaso.

4.1.3 Conclusiones

- a) Se determina que es muy importante la ayuda psicológica en las personas del municipio, ya que se sabe que muchas de las persona han atravesado por momentos muy duros y difíciles en la vida y que necesita de ayuda.

- b) En la mayoría de los casos atendidos se observa que el mayor problema es el de conducta en niños y adolescentes y esto es debido en su mayoría a que los padres de algunos de ellos los han dejado con familiares que no les prestan la atención debida, esto por dedicarse al trabajo fuera del país. Por lo que ellos necesitan ayuda psicológica para poder modificar la conducta que presentan.

- c) Se establece que por medio de las terapias dadas a los pacientes se logró la recuperación de los mismos quienes más adelante están preparados para enfrentar las situaciones de la vida que se les presenten.

4.1.4 Recomendaciones

- a) Es recomendable asistir a reuniones psicológicas ya que son de ayuda para las personas no importando si son niños, jóvenes o adultos, ya que los problemas no ven edades. Sobre todo acudir con las personas que son indicadas para los procesos de crisis.

- b) Para poder dar solución a los problemas que actualmente se observan en el contexto es necesario resolverlos desde la raíz, por medio de ayudas psicológicas principalmente a los niños y jóvenes que atraviesan por situaciones difíciles en las que se sienten incapaces de resolver.

- c) Es imprescindible que las personas reciban ayuda psicológica en cualquier situación que se presente ya que esto les ayudará a tener un estilo de vida integral saludable.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos

Historia Clínica

Caso No. 1

A. Datos generales

Nombre: A. L. A.

Sexo: Mujer

Edad: 09 años

Religión: Católica

Escolaridad: Primero primaria

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: -----

Dirección: Lotificación Nuevo San Martín, San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Teléfono: -----

B. Motivo de consulta

Madre de la niña se queja por fracaso escolar; niña de 9 años en primero Primaria.

C. Historia del problema actual

A. es una niña activa, que tiene dificultades para retener su atención durante la escuela; su madre refiere que desde los 5 cuando inició su etapa preescolar inició también el problema; aunque refiere que ya habían indicios de que A. era una niña con niveles de actitud elevada no acorde a su edad. Actualmente los catedráticos que han estado cerca de su actividad escolar durante 3 años (primer grado de primaria) se han comunicado con los padres para explicar que A. es una niña conflictiva, y que se expone a juegos con alto grado de riesgos, y que a pesar de los esfuerzos didácticos A. no ha logrado aprender a leer y a escribir.

Niña tiene actualmente problemas con sus hermanos y compañeros de salón ya que su comportamiento causa conflicto entre ellos.

D. Factores precipitantes

A causa de que el padre trabaja constantemente fuera de casa desde hace 2 años la niña presentó un incremento en su actividad motora normal y un déficit de atención en el aprendizaje y rendimiento académico.

Su hermana mayor con quien mantenía una cercanía bastante significativa hace aproximadamente 6 meses por motivos de estudios decidieron los padres enviarla a casa de un familiar en Quetzaltenango, lo cual provocó en la niña un estado de irritabilidad, hiperactividad y aumento en el desequilibrio emocional.

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

La maestra actual de grado le ha comunicado a la madre de la niña que por su comportamiento, inmadurez y bajo nivel de concentración la niña se ve en la necesidad de repetir nuevamente ya por cuarta vez el grado; situación que afecta la dinámica familiar porque: la madre refiere que hay problemas económicos los cuales empeoraron la situación, la madre indica que le aconsejaron dedicara un tiempo específico a la niña, situación que afecta a los otros hijos.

Los padres de la niña refieren sentirse molestos ante la situación ya que se les informó que existe una posibilidad de ser expulsada de la escuela, por tal motivo en ocasiones la han castigado con severos golpes lo cual afecta física y emocionalmente a la paciente.

F. Antecedentes personales

El nacimiento de la paciente fue por medio de un parto normal atendido por una comadrona del municipio; a la edad de dos años y medio la niña por motivos de enfermedad de su mamá estuvo bajo el cuidado de una tía durante un período de ocho meses en el cual refiere la madre que la niña manifestó ciertos problemas de conducta al no poder adaptarse.

G. Historia médica

La niña no presenta antecedentes médicos de interés, salvo una fractura en el pie izquierdo debido a una caída en bicicleta cuando tenía 5 años.

H. Historia familiar

La familia está conformada por 5 hijos y actualmente los padres viven juntos como un matrimonio integrado, la niña tiene dos hermanos y dos hermanas; siendo ella la tercera de los cinco hijos.

La madre refiere que A. sostenía una buena relación con la hermana mayor y actualmente mantiene una relación conflictiva con todos los hermanos y un apego fuerte con el papá cuando este se mantiene en casa.

I. Síntomas y Signos

Desarrollo desadaptativo e incoherente

Descuido en las tareas escolares

Dificultad para mantener la atención en actividades de lúdicas

No sigue instrucciones, no realiza tareas escolares, ni encargo, ni obligaciones tanto en casa como en la escuela

Parece no escuchar cuando se le habla directamente

Dificultad para organizarse

Dificultad en el área de matemática

Pierde constantemente útiles escolares

Tics: movimientos repetitivos de piernas y brazos

Constantemente está en marcha

Dificultad para mantenerse callada anticipando siempre respuestas antes de ser completadas las preguntas

J. Diagnóstico Clínico

Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado.

K. Diagnóstico Multiaxial

Eje I: F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado

Z55.8 Problema académico [V62.3]

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

Eje III: Ninguno

Eje IV: Eminente expulsión de la escuela.

Eje V: EEAG= un puntaje de 60 actualmente

L. Tratamiento

Terapia conductual

- ✓ Intervenciones de 8 a 10 sesiones con intervalos de 5 días entre cada terapia
- ✓ Intervención psiquiátrica
- ✓ Terapia individual
- ✓ Terapia de juego
- ✓ Terapia familiar

Historia Clínica

Caso No. 2

A. Datos generales

Nombre: J. L. O.

Sexo: Hombre

Edad: 35 años

Religión: Católica

Escolaridad: Maestro de educación primaria

Ocupación: Maestro presupuestado

Estado Civil: Soltero

Dirección: San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Teléfono: -----

B. Motivo de consulta

Se encuentra constantemente ansioso. Tiene períodos fuertes de desesperación, refiere tener pensamientos suicidas y fuertes dolores de cabeza.

C. Historia del problema actual

Actualmente el paciente vive con su madre y sus relaciones sociales se remiten únicamente a las académicas. Manifiesta tener problemas de interacción social y una baja en actividades cotidianas como rendimiento laboral, actividades académicas y familiares.

D. Factores precipitantes

Ruptura de su noviazgo el cual había durado un año.

Distanciamiento de su único amigo y compañero desde la infancia; explica que desde hace un mes su amigo F. A. se trasladó a vivir a otro departamento por motivos laborales, económicos y por problemas familiares.

Problema laboral con director de escuela donde labora

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

Problemas económicos, ya que han ocurrido en diversas ocasiones a clínicas médicas para tratarle los síntomas depresivos y preocupación constante que presenta. Preocupación constante en las hermanas y la madre El paciente refiere que en él hay vergüenza ante los familiares por no controlar su estado de ánimo, baja autoestima.

F. Antecedentes personales

Desde pequeño tenía miedo a ser lesionado, herido, agredido, miedo a la muerte; en general a todo aquello que implicase algo trágico o violento. Relaciona el inicio de estos temores con la muerte de una niña de su vecindario. También añade, a los 7 años, se asustó mucho al presenciar una pelea entre dos personas adultas. Desde entonces recuerda que le perturban los gritos y las peleas. En su adolescencia refiere que fue buen alumno pero tuvo problemas de interacción social.

G. Historia médica

Refiere que nunca ha sido hospitalizado, no ha sufrido accidentes tampoco padece de ninguna enfermedad.

Actualmente tiene tratamiento médico por migraña.

Algunos malestares digestivos por descontrol de hábitos alimenticios.

H. Historia familiar:

Su padre era un hombre violento y dominante. Gritaba por nada y ante su presencia, el paciente se veía angustiado. Su madre era como una sombra; sumisa, nunca decía nada. Su padre criticaba constantemente el carácter tímido y retraído del paciente, y ninguna cosa que hacía este era de su agrado. "Nunca me puso la mano encima, pero fue la persona más cruel del mundo para mí". "No le gustaba como corría, como jugaba fútbol y, le disgustaba los libros que leía e incluso la carrera que escogí". Su padre murió en un accidente de trabajo (operando maquinaria en maquila), cuando el paciente estaba en 4to Magisterio. Paciente recuerda gran parte de su vida como una tragedia, y con frecuentes pensamientos pesimistas, ansiosos, irritables y deprimidos.

La familia actualmente está conformada por 1 hijo (paciente) y 2 hijas (hermanas del paciente).

Académicamente fue siempre brillante, aunque socialmente inhibido. Un profesor que para el paciente, se parecía en su carácter al padre, le causaba angustia, sobre todo cuando recibía alguna crítica por parte de él.

La vida sexual del paciente ha sido siempre escasa, sin mostrar mucho interés por este aspecto.

I. Síntomas y Signos

- ✓ Área Cognitiva: Preocupación, miedo y temor a que le pase algo a él o a su madre.
- ✓ Área Afectiva: Ansiedad constante, periodos de tristeza esporádica, irritabilidad ocasional.
- ✓ Área Fisiológica: Tensión motora (temblor, dolores musculares, fatigabilidad, inquietud, intranquilidad), hiperactividad vegetativa (sudoración, palpitaciones, taquicardia, manos sudorosas), insomnio, aumento de peso.
- ✓ Área Motivacional: Impaciencia.
- ✓ Área Conductual: Mantiene pocas relaciones sociales.

- ✓ Preocupación excesiva
- ✓ Dificultades para concentrarse

J. Diagnóstico Clínico

Trastorno por ansiedad generalizado.

K. Diagnóstico Multiaxial

Eje I: F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

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

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (conflicto con padres)

Eje V: E. A.G. Actualmente puntaje de 50

L. Tratamiento

Terapia cognitivo-conductual intervenciones de 8 a 10 sesiones

- ✓ Entrenamiento en relajación y Desensibilización sistemática
- ✓ Programación de tareas de dominio-agrado para aumentar el interés de actividades del paciente (trabajo-casa)
- ✓ Uso de técnicas distractoras: cambio de pensamientos negativos/automáticos
- ✓ Entrenamiento asertivo como forma de maximizar sus habilidades de afrontamiento social y como vía de modificar sus cogniciones de incapacidad personal
- ✓ Se referirá a Psiquiatría del hospital nacional de Chimaltenango para tratamiento farmacológico

Historia Clínica

Caso No. 3

A. Datos generales

Nombre: M.M.G.

Sexo: Mujer

Edad: 17 años

Religión: Ninguna

Escolaridad: 5to Perito Contador

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltera

Dirección: San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Teléfono: -----

B. Motivo de consulta

Está triste, no deja de llorar. No quiere salir de la casa. El año pasado hizo un tratamiento para la obesidad. Desde entonces come muy poco. Al principio perdió 12 libras. No tiene trastornos menstruales. Le pide a la familia que no la dejen sola porque tiene "malos pensamientos" lleva así unos 20 días; aunque la tristeza la tiene desde el año pasado a raíz de no conseguir perder peso.

C. Historia del problema actual

La señorita explica que no le gusta su aspecto físico “soy gorda y no puedo adelgazar” refiere que sus compañeras de clase la critican y eso le causa tristeza y vergüenza, explica además que ya está cansada de perder clases problema que siempre ha tenido durante su vida estudiantil.

Frustrada por mala relación familiar, y violencia psicológica sufrida por el padre.

D. Factores precipitantes

La tristeza actual la relaciona con haber perdido dos asignaturas, y por esa razón no puede inscribirse a su último año del diversificado, teme no ganar esas clases ya que actualmente se ha sometido a dos recuperaciones las cuales ha perdido y por ese motivo ya lleva medio año atrasado en su carrera

Tristeza por rendimiento académico frustrado

Evitación de las relaciones sociales, irritabilidad y llanto recurrente

Pérdida de interés (estudio, relaciones afectivas, etc.)

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

Explica que su madre la presiona para que estudie todo el tiempo, ya que el papá la violenta diciéndole que como la hija es una tonta que no consigue trabajo pues ella tiene que ver que hace para que estudie y se gradúe; como no trabaja la madre siempre le reclama y actualmente tienen una mala relación.

Con su hermano mayor se pelean constantemente ya que él le dice que es una chillona aburrida, explica la paciente que le han dicho que es una torpe. La madre sufre violencia de parte del padre ya que este la culpa a ella de tener una hija problemática (refiriéndose a la paciente). Tiene poca comunicación con su familia

F. Antecedentes personales

La paciente siempre ha tenido problemas para relacionarse con otros, de niña explica que sufrió por las críticas de sus propias primas al punto de armar peleas y golpes para defenderse. Cree que nunca ha sido querida por nadie; ni siquiera por sus propios padres; refiere que ha tenido dos

novios los cuales no han significado mucho en su vida. Refiere que su padre tiene el vicio de fumar y que siempre se ha sentido avergonzada de él.

G. Historia médica

No ha sido hospitalizada por ninguna enfermedad, ha estado en tratamiento médico por rinitis alérgica en dos ocasiones.

H. Historia familiar

Buena relación con su hermano menor de 14 años, Su madre tratada de diabetes, hace 10 años. La paciente refiere que su madre le dice a la gente que "todo lo que tiene es que quiere adelgazar", la paciente refiere que eso es cierto, pero no es solo eso. Añade la paciente que con su madre nunca se ha entendido bien. Con su padre nunca ha tenido apoyo alguno. "Siempre ha intentado hacer lo que ellos querían, pero nunca he estado cerca (confianza) y no me importaba". Ha salido con dos jovencitos, pero nunca ha durado la relación: "Al principio te gusta mucho y cuando lo consigues, lo ves igual que tú, y ya no me interesa". Ella terminó la última relación.

Tengo ganas de llorar todo el día, o si no me acuesto y es peor". "He llegado a un punto que no me importaba nada, ni ropa, ni estudios y eso ya es un problema para todos en mi casa".

"Importante sería hacer algo que me hiciera sentir orgullosa para mí misma y para mi familia, porque a pesar de todo yo los quiero". Se ve gorda y rellenita, sin sentirse a gusto con su cuerpo.

Su padre le dice que lo que tiene "son tonterías" y su madre le anima para que salga, aunque ella no tiene ganas.

I. Síntomas y Signos

- ✓ Área Cognitiva: Pensamientos sobre la muerte ("Es mejor morir"). No son intensos, ni van acompañados de una clara intención suicida, autocríticas: "Me veo gorda", "Estoy muy mal", "Soy una inútil".
- ✓ Área Afectiva: Tristeza, irritabilidad, llanto.
- ✓ Área Motivacional: Pérdida de interés por actividades cotidianas (sociales, comunicación con su familia, relaciones sociales).
- ✓ Área Fisiológica: Obesidad moderada, pérdida de apetito. No enfermedades
- ✓ Área Conductual: Evitación de situaciones sociales (relaciones con amistades).

J. Diagnóstico Clínico

Distimia.

K. Diagnóstico Multiaxial

Eje I: F34.1 Trastorno Distímico [300.4]

Eje II: Frecuente uso de la negación

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relacionados al grupo primario de apoyo (relación conflictiva con el padre), problemas relativos a la enseñanza (cursos no aprobados)

Eje V: EEAG actualmente un puntaje de 70

L. Tratamiento:

Terapia cognitivo-conductual de una a diez sesiones con intervalos de ocho días cada sesión.

- ✓ Tarea para realizar en casa
- ✓ Ejercicios de relajación dentro de la sesión terapéutica
- ✓ Psicoeducación dentro de la sesión terapéutica
- ✓ Ejercicios para autoestima saludable

Historia Clínica

Caso No. 4

A. Datos generales

Nombre: C. M. A.

Sexo: Mujer

Edad: 12 años

Religión: Católica

Escolaridad: 4to Primaria

Ocupación: Estudiante

Estado Civil:

Dirección: San Martín, Chimaltenango.

Teléfono:

B. Motivo de consulta

Por descontrol de esfínteres. Madre de la niña refiere que a sus 12 años aún se orina en la ropa, anormalidad que sucede en el día como en la noche.

C. Historia del problema actual

La paciente asiste acompañada de su madre, quien da la información. Refiere una situación de tres años del problema de la niña “En cualquier momento y en cualquier situación se orina; cuando llega de la escuela ya llega oliendo mucho a orines”

D. Factores precipitantes

Tiene buen rendimiento académico, aunque según informa la madre: “ella no está allegada ahí porque no tiene amiguitos y a veces llega llorando porque se burlan de ella La madre de la paciente refiere que el dolor de la pérdida de su papá (de la niña paciente) sigue con la intensidad

inicial y que ha presentado llanto fácil. Al preguntársele a la madre cómo puede afrontar la situación de la pérdida, dice que no lo sabe porque el recuerdo del padre está presente y porque algo murió en ella cuando murió su padre. La madre relaciona el problema de la niña con la muerte de la abuela materna de la paciente: “Todo comenzó a raíz de la muerte de mi madre, porque nos tocó cambiarnos a donde vivimos ahora. Antes de eso, ella se orinaba sólo de vez en cuando, como cualquier niño, pero no como lo hace ahora, seguido”.

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

En la paciente: Refiere “no me gusta que se burlen de mí, yo sé que huelo mal, pero quiero cambiar, me quiero curar, en la escuela nadie me habla y ya no quiero ir. Baja autoestima, depresión leve, aislamiento. En la madre: Refiere: “Es un problema que no sé cómo resolver”. La madre explica sentirse cansada, culpable, el recurso económico no le alcanza ya que a la niña le compran pañales para dormir por la noche y a la hermanita de 2 años también; refiere la madre que es doble gasto. A la paciente la madre la ha puesto a lavar su ropa personal y ropa de cama lo cual refiere es frustrante para ambas.

G. Historia médica

Antecedentes médicos. Según información de la madre la paciente presentó neumonía a los seis meses de edad, varicela a los 3 años.

H. Historia familiar

Vive con su mamá y 2 hermanos una niña de 2 años y un niño de 6 años. A los 5 años entró al grado de kinder, con buen desempeño académico y buenas relaciones con sus compañeritos y maestras: “ahí tenía más amigos”. Antes tenía un adecuado funcionamiento académico y social, pero cuando la niña estaba en segundo de primaria (8 años), murió su padre en un accidente de

tránsito: “fue algo muy duro para ella porque ella era la consentida de él. Experiencias emocionalmente perturbadoras en la familia: Muerte del papá, muerte de abuela materna.

I. Síntomas y Signos

Aislamiento social, tendencia al mutismo (niña es muy callada), llanto fácil, somnolencia diurna irritabilidad, ideas de muerte, baja autoestima y desesperanza.

J. Diagnóstico Clínico

Enuresis.

K. Diagnóstico Multiaxial

EJE I: F32.x Trastorno depresivo [296.2x]

Leve

Duelo patológico

F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica) [307.6]

EJE II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

EJE III: Ninguno

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (muerte del padre y la abuela)

Problemas relativos a la enseñanza (mala interacción social con los compañeros de clase)

EJE V: EEAG actualmente un puntaje de 50

L. Tratamiento:

Terapia cognitiva – conductual de 8 a 10 sesiones con intervalos de 5 días entre cada sesión.

- ✓ Reforzamiento positivo
- ✓ Reforzamiento de autoestima
- ✓ Terapia de juego en casa (con ayuda de a madre) y en la sesión terapéutica con psicóloga
- ✓ Psicoeducación de retención voluntaria

Historia Clínica

Caso No. 5

A. Datos generales

Nombre: S.F.R.M

Sexo: Mujer

Edad: 33 años

Religión: Ninguna

Escolaridad: 6to Mag. de Edc. Para el hogar

Ocupación: Maestra de hogar a y ama de casa

Estado Civil: Casada

Dirección: San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Teléfono: -----

B. Motivo de consulta

Busca ayuda porque se siente triste sin grado de tolerancia de todo lo que sucede a su alrededor

C. Historia del problema actual

La paciente refiere que desde hace casi 3 meses ha estado muy irritable, que siempre le ha gustado el orden y la disciplina pero que se siente triste porque su hija pequeña de tan solo 5 años tiene problemas gastrointestinales por lo que el médico le recomendó buscar ayuda psicológica a ella (madre de la niña), que se siente culpable de lo que le está pasando a su hija, y se siente triste de verla enferma, explica la paciente que también no deja que las niñas jueguen mucho porque no le gusta el desorden y que todo el tiempo pasa limpiando y arreglando la casa situación que cree no controlar la cual le está ocasionando problemas con su esposo.

D. Factores precipitantes

El diagnóstico que el gastroenterólogo le dio a ella y a su esposo de su hija de 5 años el cual especifica que la niña tiene úlcera gástrica. Cambio de domicilio por problemas financieros.

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

En la paciente: Malestar y frustración hacia sí misma, sobreprotección hacia sus hijas.

En sus hijas: Paciente refiere que sus niñas son inseguras de sí mismas, que prefieren estar muchas veces con sus abuelos que con ella, ya que a ella últimamente no le gusta que ellas se manchen la ropa o se lastimen al jugar.

En su esposo: La culpa de que la niña pequeña esté enferma, discute con ella por su actitud y sus exigencias.

G. Historia médica

Paciente refiere que cuando era niña sufrió de hepatitis, pero con tratamiento y cuidados de su madre se recuperó bastante bien; en su adolescencia explica que sufrió un accidente en moto a causa del descuido de su hermano mayor; el cual le ocasionó (el accidente) fracturas en sus brazos y hombro; refiere que también se recuperó y para hoy no tiene problema con tales situaciones.

H. Historia familiar

Su familia materna está constituida por 3 hermanos, ella es la tercera, luego le sigue un hombre, 2 hermanas menores que ella. El año pasado murió su papá de una insuficiencia renal, y su mamá todavía vive, pero se fue después de la muerte de su papá para Estados Unidos. Son una familia de nivel socioeconómico medio, ella tiene dificultad con sus hermanas y hermano para

relacionarse porque ellos no la visitan porque es demasiado exigente con la limpieza, orden y no le gusta que le toquen sus sobrinos por lo que sus hermanos casi no la buscan, ella también es muy enojada.

En su infancia S. F. sufrió mucho ya que siempre ha sido gordita y no se ha aceptado como es, las 3 hermanas son gordas, y su papá siempre las criticó por eso, esto les dañó su autoestima, no disfrutó su adolescencia pues siempre se mantenía en su casa estudiando porque era lo que le exigía su papá, y no tiene ningún recuerdo bueno de estas épocas, en navidades su papá se llevaba a su hermano a comprarle lo mejor y a ellas solo les dejaba a su mamá un poco de dinero para comprarles algo.

Su familia actual, está constituido por dos hijas mujeres una de 8 años y una de 5 años y su esposo, se le ha hecho difícil ser tan estricta con sus hijas y les exige demasiado, también en la limpieza es demasiado estricta con ella misma, ordena los libros en orden alfabético, tiene un limpiador para cada cosa, ordena la ropa en los lasos por colores, se pasa todo el tiempo realizando limpieza y orden en la casa, y no deja jugar mucho tiempo a sus hijas, y esto le duele porque al llegar su papá a casa ellas juegan con él, le tienen confianza y que ella no.

Actualmente su hija pequeña tiene problemas médicos, esto le ha afectado mucho ya que dice que es por sus exigencias que su hija esta así.

I. Síntomas y Signos

Presencia de obsesiones de carácter recurrente, repite una y otra vez acciones como ordenar y limpiar, ideas y pensamientos de carácter persistente, irritabilidad, poca tolerancia hacia su entorno, inquietud por presentar una imagen casi impecable, preocupación constante por sus artículos personales, sentimientos repetitivos de culpabilidad, miedo a morir y a que su hija pequeña muera, miedo a destruir su matrimonio.

J. Diagnóstico Clínico

Trastorno obsesivo compulsivo

K. Diagnóstico Multiaxial

EJE I: F42.8 Trastorno obsesivo compulsivo[300.3]

EJE II: F60.5 Trastorno Obsesivo compulsivo de la personalidad [301.4]

EJE III: Ninguno

EJE IV: Problemas relacionados al grupo primario de apoyo

EJE V: E.E.A.G. 75 actualmente

L. Tratamiento:

Terapia Cognitivo conductual

- ✓ Técnica de desensibilización sistemática
- ✓ Psicoeducación: Enfatizar actividades normales a su roll de madre y esposa, para anular roll de sobreprotectora, control de impulsos.
- ✓ Ejercicios de autoestima
- ✓ Enfatizar autoconocimiento, autocontrol y autoaceptación
- ✓ Ejercicios de relajamiento

4.2 Programas de capacitación

4.2.1 Logros

- Se brindó ayuda a los pacientes necesitados
- Se practicaron estrategias prácticas y técnicas aprendidas
- Se desarrollaron temas de interés para el paciente
- Se lograron los objetivos planteados
- Se obtuvo participación activa por parte de los pacientes

4.2.2 Limitaciones

- Intervención de distractores
- Espacio inadecuado para la atención de casos
- Falta de transporte para viajar las personas de comunidades lejanas al municipio
- Falta de material audiovisual

4.2.3 Conclusiones

- Por medio de las charlas proporcionadas se pudo constatar cambios en la conducta del paciente.
- Por medio de la aplicación de técnicas terapéuticas aprendidas se logró concientizar a las personas sobre los diferentes enfoques de cada tema.
- Se determinó con la ayuda de las autoridades de la institución la aprobación del tratamiento adecuado para cada paciente.
- Se obtuvo desarrollo profesional por medio de los ejercicios y conocimientos aplicados durante el desarrollo de los temas.

4.2.4 Recomendaciones

- Es recomendable contar con un espacio apropiado para la realización de psicoterapias.
- Se ha determinado que es de mucha ayuda que se impartan talleres por lo que se recomienda que se den más continuamente.
- Gestionar ayuda a otras instituciones para que se pueda contar con una buena ayuda audiovisual ya que será de mucho beneficio para la institución.

4.2.5 Presentación de contenidos de charlas y talleres

4.2.5.1 Autoestima

(Alcántara J, 1997:68-75) La autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica.

En otras palabras, la autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman la personalidad. Dicho sentimiento puede cambiar con el tiempo: a partir de los cinco o seis años de edad, un niño comienza a formar el concepto sobre cómo es visto por el resto de la gente.

El mantenimiento de una buena autoestima es imprescindible en cualquier psicoterapia, ya que suele constituirse como un síntoma recurrente en distintos problemas conductuales. Por eso, hay psicólogos que definen a la autoestima como la función del organismo que permite la autoprotección y el desarrollo personal, ya que las debilidades en la autoestima afectan la salud, las relaciones sociales y la productividad.

El concepto de autoestima es muy importante en el campo de la psicopedagogía. Esta disciplina considera a la autoestima como la causa de las actitudes constructivas en los individuos, y no su consecuencia. Esto quiere decir que, si un alumno tiene buena autoestima, entonces podrá alcanzar buenos resultados académicos.

La autoestima también suele ser un valor analizado desde la autoayuda, con miles de libros que enseñan como protegerla e incentivarla. Sin embargo, hay sectores de la psicología que creen que la autoayuda puede ser perjudicial para el individuo, ya que promueve un perfil narcisista que afecta a las relaciones sociales.

4.2.5.2 Violencia intrafamiliar

(Martha L. Broon, 1997:123-131) La violencia intrafamiliar es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar, este puede ser por afinidad, sangre o afiliación y que transforma en agresores las relaciones entre ellos causando daño físico, psicológico, sexual, económico o social a uno o varios de ellos.

Este maltrato se puede especificar como:

Físico: Actos que atentan o agreden el cuerpo de la persona tales como empujones, bofetadas, golpes de puño, golpes de pies, etc.

Psicológico: Actitudes que tienen por objeto causar temor, intimidar, y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a quién se está agrediendo como las descalificaciones, insultos, control, etc.

Sexual: Imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona. Como por ejemplo exposición a actividades sexuales no deseadas, o la manipulación a través de la sexualidad.

Económico: No cubrir las necesidades básicas de la persona y ejercer control a través de recursos económicos. Existen varios factores de la violencia intrafamiliar, la violencia puede ser estudiada desde varios enfoques:

Perspectiva biológica: Algunos casos de lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales o anormalidades en el metabolismo de la serotonina pueden predisponer a la agresión.

Perspectiva psicológica: Los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol.

Perspectiva psiquiátrica: Los testigos y víctimas de violencia presentan altas tasas de depresión y estrés post-traumático. El abuso de sustancias y de alcohol, así como los trastornos de personalidad limítrofe o antisocial incrementan de manera considerable el riesgo de violencia. La violencia y el suicidio se han encontrado relacionados.

Perspectiva del contexto específico: hay diferencias en la expresión de la violencia en medios rurales y en medios urbanos debido a que los estresores en dichos ambientes son distintos.

Perspectiva social: Hay evidencia de que los aspectos sociales juegan papeles importantes en la expresión de las conductas violentas, uno de ellos es la transmisión intergeneracional de la violencia.

a) Efectos de la violencia intrafamiliar

Al revisar las causas de la violencia intrafamiliar también se hace importante identificar que tipo de efectos tiene dicho fenómeno, entre los que se encuentran: la disfunción de la familia, el distanciamiento de sus miembros y las mutaciones en su comportamiento o actitudes mentales. Los efectos pueden ser clasificados en: psicofísicos y psicosociales, específicos y genéricos o generales.

Los efectos psicofísicos son aquellos que producen cambios psíquicos o físicos, en un mismo acto. Los Psíquicos hacen referencia a la desvaloración, baja autoestima y estrés emocional producido por las tensiones que produce el maltrato, en los empleados por ejemplo produce una baja en su rendimiento laboral ya que las tensiones emocionales dificultan la concentración.

En cuanto a los físicos se manifiestan en forma de hematomas, heridas abiertas, fracturas, quemaduras, etc. En el acto sexual también se presenta violencia cuando este se produce en forma forzada, produciendo cambios en la personalidad y alteraciones en las relaciones con el violador, marido o compañero permanente o con los otros miembros de la familia.

Los efectos psicosociales se dividen en internos y externos. Los primeros son aquellos que generan la marginación. La exclusión y la violación de los derechos fundamentales de la mujer y los niños. Cuando se presenta un maltrato hacia la mujer esta se ve obligada a aislarse de ciertas actividades sociales, de relaciones interfamiliares y hasta en su propio hogar. Dentro de la exclusión se ven afectados los niños en cuanto al afecto, puesto que una madre marginada forzosamente por la violencia intrafamiliar no puede brindar a sus hijos el amor que necesitan, lo que puede llevar a estos niños a la drogadicción, la prostitución y la delincuencia.

b) Círculo de la violencia intrafamiliar

Cuando una pareja es esta empezando su relación es muy difícil que aparezca la violencia. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

La dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un ciclo que pasa por tres fases, las que difieren en duración según los casos. Es importante aclarar que el agresor no se detiene por si solo. Si la pareja permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

Fase 1. Acumulación de tensión

- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.
- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los hijos más silenciosos, etc.
- El abuso físico y verbal continúa.
- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.).
- El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc.
- Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

Fase 2. Episodio agudo de violencia

- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas.
- El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.
- Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel

- Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.
- En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.
- Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.
- A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo.
- Luego de un tiempo se vuelva a la primera fase y todo comienza otra vez.
- El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

c) Características del agresor

Los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo.

c) 1 Características

- Solamente es violento con las personas que ama
- Celoso y tiene miedo al abandono
- Priva a pareja de su independencia
- Pronto ora, vigilar y atacar públicamente a su propia pareja

- Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión
- Tiene potencial para la rehabilitación
- No ha sido acusado de ningún crimen

c) 2 Cobra

- Agresivo con todo el mundo
- Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres
- Se calma internamente, según se vuelve agresivo
- Difícil de tratar en terapia psicológica
- Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere
- Posiblemente haya sido acusado de algún crimen
- Abusa de alcohol y drogas

En ocasiones la violencia del agresor oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado. En otros casos, los comportamientos ofensivos son la consecuencia de una niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo.

Esto lleva al niño a creerse superior al llegar a ser un adulto y a pensar que él está por encima de la ley. O sea, que puede hacer lo que quiera y abusar de quien quiera. Piensa que se merece un trato especial, mejor que el que se les da a los demás.

d) Características de la mujer víctima de violencia

La violencia se establece progresivamente en la pareja. La mujer se deja maltratar, en algunos casos, porque se considera la principal responsable del buen funcionamiento del matrimonio y

cree que éste depende de sus propias habilidades para evitar conflictos y situaciones de violencia o ruptura matrimonial.

La principal razón que demora o impide el abandono de la víctima es el temor a las represalias, seguida de la dependencia económica y el miedo a perder los hijos. Algunos rasgos de la mujer víctima de violencia son:

- Cree todos los mitos acerca de la violencia doméstica
- Baja autoestima
- Se siente culpable por haber sido agredida
- Se siente fracasada como mujer, esposa y madre
- Siente temor y pánico
- Falta de control sobre su vida
- Sentimientos encontrados: odia ser agredida pero cree que le han pegado por su culpa, que se lo merecía
- Se siente incapaz de resolver su situación
- Cree que nadie le puede ayudar a resolver su problema
- Se siente responsable por la conducta del agresor
- Se aísla socialmente
- Riesgo de adicciones
- Acepta el mito de la superioridad masculina
- Teme al estigma del divorcio

A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Esto sucede sobre todo en la mujer que no tiene educación.

4.2.5.3 Prevención del abuso sexual infantil

(Héctor C. 2000:56-62) El abuso sexual es toda acción sexual que una persona adulta, hombre o mujer, impone, sea con engaños, chantajes o fuerza a un niño que no tiene la madurez para saber de lo que se trata.

El abuso sexual va desde miradas, palabras, mostrar láminas, tocar o pedir ser tocado, caricias en el cuerpo o en los genitales hasta la penetración.

Hay la tendencia a confundir abuso sexual con violación. En realidad la violación y el incesto son formas extremas de abuso sexual. El abuso sexual incestuoso es cualquier interacción sexual entre un niño o niña y un adulto con el que se tiene una relación familiar.

Últimamente las noticias han destacado numerosos casos de violaciones de menores. Ello ha motivado que a través de los medios de comunicación se den indicaciones a los padres de familia para que aconsejen a sus hijos e hijas. Tales indicaciones se refieren, sin embargo, a no salir con desconocidos, no ir por lugares solitarios, etcétera. Estos consejos funcionan en los casos, que son los mínimos, de violaciones hechas por desconocidos.

Si bien es importante que los menores sepan cómo cuidarse en la calle, también es necesario saber que la mayoría de abusos sexuales y violaciones a menores son cometidos por personas conocidas, ya sea del propio entorno o de la familia y que por lo general actúan con ciertas estrategias que podemos reconocer y estar preparados para prevenir.

a) Cómo se da el abuso sexual

El abusador necesita de privacidad y del silencio de su víctima. Por lo tanto, buscará la ocasión de estar solo y se asegurará que ella no va a contar lo ocurrido a nadie.

Dado que la mayoría de abusos sexuales se producen en el hogar y por conocidos, es lógico que el abusador haya "estudiado" cuándo y cómo puede estar a solas con el niño o niña. Posiblemente conoce lo suficiente a la familia para saber cómo acercarse, así como qué hacer para que el niño o niña no se atreva a contar lo ocurrido.

El abusador utiliza estrategias que se ejecutan generalmente en varias fases que tienen las siguientes características:

Inicio o "enganche": es cuando el abusador logra establecer con su víctima un primer nivel de acercamiento y se asegura que ésta no contará a nadie el contacto establecido. Por lo general, en esta fase el niño o niña, dependiendo de la edad que tenga, está confundido y no entiende exactamente lo que está ocurriendo. Algunas niñas han expresado que sentían incomodidad, aunque no entendían de lo que se trataba.

Por lo común, el abuso comienza como un "juego sólo entre los dos" "un secreto sólo entre tú y yo" y también con promesas de dulces o dinero.

Sin embargo, tampoco hay que olvidar que los niños y niñas carentes de afecto, muchas veces callan el abuso por no perder el afecto del abusador.

Continuidad. Una vez asegurado el silencio de la víctima, el abusador tratará de buscar más y más ocasiones para estar juntos, aumentando el abuso sexual, pudiendo llegar hasta la penetración.

En esta fase puede ocurrir que el niño o niña, si ya tiene suficiente edad como para darse cuenta, no quiera quedarse con el abusador. Cuando la madre o padre le preguntan la razón, no da explicaciones porque el abusador ya ha logrado de alguna manera asegurar su silencio.(Este silencio es un signo a tomar en cuenta en caso de existir sospecha de abuso).

Evidencia o confirmación puede darse de improviso, cuando el abusador es sorprendido o porque la víctima cuenta lo que le ocurre. En estos casos, no hay tiempo para pensar con tranquilidad y es difícil manejar adecuadamente la situación. Por lo general, la familia tiene mucha rabia y las reacciones se dirigen hacia el violador pidiendo sanción o castigo. Puede pasar inclusive que la víctima sea interrogada, aún por la propia familia, una y otra vez, en un afán de comprender qué le ha pasado. Esta actitud no es la más adecuada.

Hay que considerar que la persona, ya sea niño o niña, necesita ayuda y hay que asegurarse que reciba tratamiento médico si es necesario y, sobre todo, comprensión, seguridad y afecto.

Otras veces el niño o niña tiene un comportamiento que lleva a sospecha, por ejemplo hace preguntas referidas al sexo o a amenazas, o usa términos que no corresponden a su edad ni a las costumbres de la casa. A partir de ello la madre o el familiar cercano o el profesor pueden sospechar y poco a poco ir acercándose a la verdad hasta que cuenta lo que le ocurre o da pistas que permitan descubrir al abusador.

b) Indicadores de abuso y violencia sexual

Se puede descubrir el abuso sexual en niños menores de siete años cuando su comportamiento no corresponde a su edad ni a las costumbres de la casa, sea porque muestran curiosidad en extremo o porque hacen preguntas o comentarios sobre sexo.

Las consecuencias físicas del abuso son también un camino para descubrirlo.

- Embarazo
- Enfermedades de transmisión sexual
- Irritaciones o malestar en los genitales
- Aseo constante de los genitales o se niega a hacerlo
- Dolor al orinar. Infecciones genitales frecuentes

- Miedo a quedarse solo o con alguien en especial
- Depresión
- Pérdida de apetito
- Disminución del rendimiento escolar
- Rabia u hostilidad
- Comportamiento sexual inadecuado
- Huida de la casa
- Regresión a un estadio de desarrollo anterior. Por ejemplo si ya pedía orinar, ahora se olvida de hacerlo
- Si ya comía solo, ahora pide que le den en la boca
- En adolescentes, algunas de las conductas registradas en el Manual de Camargo son:
- Miedo a estar solo
- Incapacidad de sostener la mirada
- Frecuentes peleas y disgustos con miembros de la familia
- Problemas de memoria
- Cambios frecuentes y drásticos de humor
- Preocupación por temas sexuales o actividades sexuales
- Gestos e intentos de suicidio
- Desconfianza
- Abuso de alcohol o drogas

c) Consecuencias del abuso sexual en la víctima

Por lo general, cuando hay consecuencias físicas, éstas son identificables y reciben atención. No pasa lo mismo con las consecuencias psicológicas. En la medida que no se ven, que no hay marcas visibles, no son atendidas.

Algunas de las consecuencias que se darán a lo largo de la vida tienen relación directa con el modo como vivirán su sexualidad, su vida amorosa y erótica. Otras se vincularán con problemas psicológicos como miedos, fobias, dificultades para enfrentar situaciones complicadas.

Por esto es necesario que todo niño o niña que ha sufrido de abuso sexual reciba el tratamiento adecuado y en el caso de adolescentes también, aun cuando éstos manifiesten entender lo ocurrido y reciban apoyo de sus familias.

d) En el agresor

Se ha examinado las consecuencias del abuso en los niños y niñas. Pero el asunto no termina ahí. Hay otras víctimas que por lo común no son visualizadas. "Nunca voy a olvidar lo que le hice a esa chica, ni sus gritos, ni su desesperación, tampoco sus lágrimas ni su silencio en el comparendo...pero sabes, tampoco voy a poder olvidar lo que me hice. Si hubiera pensado en lo que significaría en mi vida... Si alguien me lo hubiera hecho notar... Yo mismo me aruiné para siempre".

A partir de este testimonio se puede analizar algunos de los efectos que la violencia tiene en el mismo agresor: depresión, desesperación, culpa, vergüenza, baja autoestima; dificultades legales, privación de su libertad; pérdida de su hogar y continuación de relaciones de violencia a otros niveles si no sigue un tratamiento adecuado.

e) Prevención del abuso sexual infantil

Un primer paso es evitar que se presente. Hay que reconocer que existe y que se produce en todos los niveles y clases sociales. Es necesario hablar sobre el tema a nivel familiar, con los hijos e hijas, tíos, primos, etcétera; tratar el asunto también entre vecinos y en la comunidad. El tema del maltrato y abuso infantil debe ser tan importante como los de la nutrición, educación, salud, seguridad.

Para la prevención del maltrato podemos establecer las siguientes vías: educación en la familia y la escuela y compromiso de la comunidad.

4.2.5.4 Amor en la pareja

(Branden N. 1998) El amor de pareja está condenado al fracaso si no se intenta comprender que no depende de la apariencia ni se trata de una cuestión de suerte o azar o simple atracción sexual.

En una sociedad de consumo donde todo se compra y se vende y donde todo depende de la oferta y la demanda, los sentimientos también ocupan un lugar en una vidriera y adoptan las mismas características que los objetos.

El amor no se puede objetivar porque cuando el amor es un objeto más, es utilitario y se requiere sólo para satisfacer las necesidades, suplir carencias o tener compañía.

Todos quieren ser amados sin embargo no estamos dispuestos a hacer ningún esfuerzo para brindar amor. Para lograr un amor verdadero, no alcanzan ni la buena figura, ni la capacidad de empatía ni el magnetismo, porque no se trata de una serie de cualidades que se consideran deseables para ser atractivo sino que consiste más en una disposición, una capacidad, una habilidad que se construye con esfuerzo.

Amar y ser amado no es sencillo porque exige ser capaz de amar al prójimo, ser humilde y confiable, tener fe, ser valiente, constante y emocionalmente estable.

Todos hemos conocido alguna vez la experiencia de intimidad que se produce entre dos personas que casi no se conocen, atraídas por un súbito enamoramiento. Es como un milagro, una sensación de unidad que nos hace creer que por fin pudimos alcanzar lo que tanto habíamos anhelado.

Pero al poco tiempo, al llegar a conocerse mejor, ese milagro comienza a perder su magia y aparece la desilusión y el aburrimiento mutuo que disuelve hasta el último vestigio de la atracción que existía.

El hambre de amor sólo refleja la soledad interior y la necesidad de aferrarse a alguien para no perderse, debido a la falta de superación del ancestral sentimiento de separación, propio de la existencia humana.

Es evidente que cuando el hombre se independiza de los vínculos primarios se torna más intensa en él, la necesidad de huir del sentimiento de aislamiento y encontrar nuevas formas de superar esa soledad interior.

El amor verdadero exige preservar la propia individualidad, permitiendo superar el sentimiento de aislamiento y mantener la integridad del si mismo.

La pasión es una esclavitud y el amor sólo puede existir en libertad, jamás como resultado de una compulsión. El amor verdadero se caracteriza por la necesidad de dar sin esperar recibir, no con la intención de hacer un sacrificio ni para privarnos de algo que nos pertenece, sino como expresión de fuerza y riqueza.

Dar siempre es más placentero que recibir si no estuviéramos siempre especulando en términos de ganancias y pérdidas. En el amor de pareja uno se entrega a si mismo, no en el sentido de sacrificar la vida por el otro, sino como expresión de toda su riqueza interior, por eso es importante tener una vida plena y una realización personal.

El que no puede amar no ha superado la dependencia ni el deseo de obtener algo de los otros para si mismo y tampoco tiene fe ni coraje para confiar en sus propias capacidades para alcanzar sus logros. El amor verdadero es básicamente respeto por el otro, viéndolo tal cual es, con la conciencia de su propia individualidad, tratando de favorecer su crecimiento y desarrollo para que logre ser quien es.

El respeto sólo es posible si se basa en la libertad, nunca en la dominación. Conocer al otro nos permite ver más allá de los comportamientos que son difíciles de comprender y saber las razones más profundas, porque el acto de amar es una experiencia de unión que trasciende las palabras y el pensamiento.

4.2.5.5 El papel de la mujer en la sociedad

(Cava M. y Musitú G, 2000) El tiempo en que se vive, como nunca antes en la historia, ofrece a la mujer que siente la necesidad y el deseo de penetrar el campo profesional, amplias posibilidades para hacerse presente en la sociedad, con todo su “genio femenino”, es decir, con todas las cualidades y riquezas de su feminidad. Ella puede, ahora, ejercer un influjo creativo, renovador, humanizador, en todos los ámbitos de la vida social: empresa, política, ciencia, medicina, educación, cultura, medios de comunicación, etc.

El mundo de hoy, por lo tanto, se abre ante la mujer, como un campo, para que ella plante la semilla de su feminidad y ésta pueda dar fruto. La mujer puede salir, prolongar su «don de sí» más allá de su ámbito familiar, como una forma de multiplicar su capacidad de donación y, con ello, su realización como mujer.

Pero este salir para hacerse presente en la sociedad, no es sólo un medio para que ella se realice. Es, de igual manera, un beneficio para la misma sociedad. El mundo de las empresas humanas, de las decisiones humanas, de la cultura y la comunicación, necesita enriquecerse de todo aquello que la mujer puede aportar. Necesita precisamente de lo femenino. Y necesita lo femenino no para suplir lo masculino sino para complementarlo, para potenciar y enriquecer el todo de la sociedad humana.

Por eso es importante, antes de describir este horizonte de proyección, que la mujer se descubra necesaria para el mundo en tanto que mujer. Aún cuando ella no perciba que es necesaria, cuando falta la mujer en un hogar, se nota, y los hijos son los primeros que la echan de menos

haciendo ver cuánto la necesitan. De la misma manera nuestra sociedad, aunque no lo diga, echa de menos lo femenino.

El primer papel de la mujer en la sociedad consistirá, por tanto, en que sea ella misma.

Con toda su identidad, con toda su feminidad. Es verdad que muchos sistemas y estructuras deben cambiar. Es verdad que todavía no se reconoce del todo que la mujer es necesaria en determinados ámbitos de la sociedad.

Habrán mujeres que desearán entregarse de lleno a su familia sin realizar ningún trabajo profesional fuera del hogar. Si la mujer siente que así está llamada a realizar su don de sí, debe hacerlo con seguridad y satisfacción. En esa misión de madre y educadora ella florecerá en toda su feminidad y se realizará como mujer. Obligar a la mujer a trabajar fuera del hogar sin permitirle opción sería concebir la realización de su identidad en términos de productividad y no de donación personal.

En este caso, sin embargo, es ciertamente recomendable que, en la medida que sus obligaciones familiares se lo permitan, ofrezca su aportación a la sociedad colaborando en obras de solidaridad, promoviendo el bien común y fomentando los valores humanos auténticos entre la gente que la rodee.

Como no nos es posible tocar cada una de las posibles profesiones o actividades en las que la mujer se puede proyectar, trataremos de agruparlas en los siguientes ámbitos. El mundo de la educación sería otro campo de proyección social por ser la educación parte de la vocación de la mujer, como una expresión y prolongación de su maternidad. Tratamos en último lugar el tema del equilibrio entre la vida familiar y trabajo por ser uno de los retos principales que tiene la mujer de hoy de cara a su misión en la sociedad.

4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

I. Datos generales

Lugar: Municipio de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango

Fecha: 24 de septiembre de 2011

Hora: 09:00 a 15:00

Responsables: Alumnos de 5to. Grado de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social

Dato estimado de población a atender: 1,000 personas

II. Introducción

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

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

III. Descripción de la comunidad

El municipio de Santa Cruz Balanyá, pertenece al departamento de Chimaltenango, tiene una extensión de 40 Kilómetros cuadrados. Una altura de 1,571 metros sobre el nivel del mar y su clima es templado. Tiene aproximadamente 7,000 habitantes.

- División política

Limita al norte con Tecpán Guatemala; al este con Zaragoza y Comalapa; al sur con Patzicía; al oeste con Patzún (todos del departamento de Chimaltenango).

- División política

El municipio cuenta con 1 pueblo, 1 aldea y 2 caseríos. La cabecera con categoría de pueblo, Santa Cruz Balanyá, tiene el caserío: Pajocojic

La aldea es: Chimazat, con el caserío Chiyox

- Accidentes orográficos

Cerros: El Cementerio, Paramulyá, Paraxaj, Pasará, Paxabac y Xacayá.

- Accidentes hidrográficos

Ríos: Balanyá y Pixcayá

Riachuelo: Paxilón

Quebrada: Chimazat

IV. Justificación

En el quinto año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social los estudiantes de la Universidad Panamericana deben realizar un proyecto de salud mental. Este proyecto se organiza y realiza en grupo, en donde cada estudiante aporta sus habilidades y conocimientos para ayuda de una comunidad.

El presente grupo de estudiantes realizó dicho proyecto en el municipio de Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango, después de evaluar varias posibles comunidades a trabajar.

Se eligió esta comunidad después de hacer una investigación formal sobre el área geográfica, nivel socio-económico de los habitantes, problemas que mas afectan a la comunidad, etc. Esta investigación incluyó información bibliográfica y un diagnostico de las necesidades mas apremiantes de los habitantes de la comunidad, dicho diagnostico se realizó por medio de entrevistas a autoridades y lideres comunitarios.

Al tener la lista detallada de los problemas, se inició el proceso de elección de las áreas que se trabajarían a través de una jornada de salud integral, eligiendo como prioridad el área psicológica donde se llegó al consenso de organizar cuatro grupos de intervención psicológica, tratando los temas de problemas que mas afectan a los habitantes de el Municipio de Santa Cruz Balanyá. Se organizaron los talleres psicológicos de la siguiente manera.

- Taller de mujeres con el tema de “Violencia Intrafamiliar” porque las mujeres de ese lugar según el diagnostico que se realizó, están sometidas en sus hogares a este tipo de violencia por parte de los esposos, al mismo tiempo se trabajó “Autoestima” a través de un área de belleza y otra de manualidades para que las mujeres pudieran elegir cual tomar.
- Talleres de niños con el tema “prevención de abuso sexual infantil” porque según lideres de la comunidad es un problema que sufren con frecuencia los niños de Balanyá, además

se incluyeron en los talleres de niños actividades de pinta caritas, quiebra de piñatas, trabajos manuales y recreación con payasos.

- Además los estudiantes de psicología como buenos conocedores de la importancia de una recreación saludable en los niños tuvieron la iniciativa de construir un “Parque Infantil” comunitario donde todos los niños del municipio de Santa Cruz Balanyá puedan asistir a jugar ya socializar con otros niños. Dicho parque fue construido por los estudiantes con el apoyo de las autoridades municipales y otras donaciones de personas de buen corazón que les agradó la idea de dar felicidad a estos niños a través de dicho parque que fue inaugurado el mismo día en que se realizó “La Feria De La Salud”.
- Taller de adolescentes con los temas “autoestima y alcoholismo” porque según refieren los líderes de esa comunidad el alcoholismo es un problema muy serio que esta afectando principalmente a adolescentes mujeres, además se trabajó autoestima a través de actividades de belleza.
- Taller de hombres con el tema “Los 10 mandamientos para educar hijos y educando con amor y lógica”, se trabajó con ellos a nivel grupal y después con terapia individual, esto debido al machismo que se da en esta comunidad y que refieren los líderes comunitarios.

Además de estos grupos de intervención psicológica, también se proporcionó atención médica general y atención odontológica para adultos (mujeres y hombres), adolescentes y niños, así mismo se brindó atención ginecológica con servicios de Papanicolaou, otros servicios: belleza, manualidades y medicina gratuita para todas las personas que asistieron, rifas y entretenimiento para todos los asistentes.

V. Objetivos

Objetivo general

- Proporcionar de forma gratuita salud integral a la población del municipio de Santa Cruz Balanyá a través de los estudiantes de 5to. Año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana y otras instituciones médicas.

Objetivos específicos

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

VI. Metodología

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

A) Grupos de intervención psicológica

Con la finalidad de proporcionar una intervención psicológica más efectiva y orientada a las necesidades individuales detectadas, se determinó dividir a la población atendida en grupos específicos, que son:

- A.1) Niños
- A.2) Mujeres
- A.3) Adolescentes
- A.4) Hombres

B.) Comisiones de trabajo

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

- B.1) Publicidad
- B.2) Logística
- B.3) Proyecto escrito y monitoreo de la actividad
- B.4) Donaciones

C.) Servicios que se prestaron en la jornada de salud integral

- Psicología clínica
- Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (Papanicolaou)
- Medicina general
- Odontología
- Medicamentos gratuitos
- Rifas
- Belleza
- Manualidades
- Ropa gratuita
- Payasos
- Piñatas
- Inauguración de “Parque Infantil”

D.) Agendas de trabajo

D.1) Agenda de taller para niños

Prevención del Abuso Sexual Infantil

Hora: 09:00

Lugar: Centro Educativo Nuevo Amanecer, Santa Cruz Balanyá

Fecha: 24 de septiembre de 2011

Tema: Prevención de abuso sexual en la infancia (Aprendiendo a cuidar mi cuerpo).

- Bienvenida y presentación
- Dinámica de Rompe hielo / Canta juegos
- Desarrollo del tema
- Preguntas sobre el tema, por medio de juegos
- Conclusión
- Premios
- Cierre

Autoestima

Hora: 9:00 a 13:00 horas

Lugar: Centro Educativo “Nuevo Amanecer”, Santa Cruz Balanyá

Fecha: 24/09/11

Tema: Autoestima

- Bienvenida
- Presentación
- Evaluación inicial

- Cantos y juegos
- Desarrollo de taller autoestima
- Retroalimentación
- Preguntas directas
- Premios
- Despedida

D.2) Agenda de talleres para mujeres

Violencia Intrafamiliar

Lugar: Santa Cruz Balanyá

Duración: 1 hora

Dirigida a: mujeres de la comunidad de Balanyá

Actividades

- Bienvenida
- Dinámica rompe hielo
- Lectura de las normas del taller
- Introducción al tema
- Reflexión
- Mitos sobre la violencia intrafamiliar
- Entrega de recuerdos
- Cierre

Taller de manualidades

Actividades

- Bienvenida
- Grupos de trabajo
- Instrucciones generales para llevar a cabo la manualidad
- Desarrollo del trabajo manual
- Acabado final del trabajo manual (tortillera)
- Agradecimiento a todas las participantes

Agenda de trabajo área de belleza

Actividades

- Bienvenida
- Dinámica de rompe hielo
- Desarrollo de actividades:
- Desarrollo de tema
- Masaje de manos
- Corte de cabello (opcional para las participantes)

D.3) Agenda de talleres para adolescentes

El Autoestima-El alcoholismo

Tiempo: 55 minutos

Actividades

- Bienvenida
- Introducción y presentación del tema
- Dinámica
- Desarrollo del tema
- Reflexión en base al tema
- Espacio para preguntas
- Conclusiones y agradecimiento

D.4) Agenda de taller para hombres

Diez mandamientos para educar hijos

Hora: 09:00

Bienvenida y presentación

- Dinámica de Rompe hielo
- Desarrollo del tema
- Dinámica
- Conclusión
- Cierre

Educando con amor y lógica

Hora: 11:00

Bienvenida y presentación

- Dinámica de Rompe hielo
- Desarrollo del tema
- Dinámica

- Conclusión
- Cierre

VII. Actividades generales del proyecto

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

- Inauguración del parque infantil de juegos
- Presentación pública de proyecto de salud mental a autoridades de la universidad y entrega de proyecto escrito terminado.

VIII. Cronograma de actividades

Actividades	Fechas
Información de la Licda. Encargada de la Practica Profesional Dirigida al grupo de estudiantes de la realización de un proyecto de salud mental	6 de Agosto
Organización de los estudiantes para la coordinación del proyecto	6 de Agosto
Elegir comunidad para realizar el proyecto	6 de Agosto
Elegir actividades a realizar en el proyecto (jornada psicológica, médica y odontológica y creación de parque infantil)	6 y 10 de Agosto
Organización de grupos de trabajo	10 de Agosto
Organización de grupos de intervención psicológica	10 de Agosto
Contactar autoridades en el municipio de Santa Cruz Balanyá	10 de Agosto
Obtener firmas de autorización del proyecto del alcalde municipal	12 de Agosto
Elegir edificio para realizar la actividad	23 de Agosto
Solicitar donaciones de personal de otras instituciones para servicio médico y odontológico	Todo el mes de Agosto
Solicitud de donaciones de recursos materiales a utilizarse en las actividades	Todo el mes de Agosto
Solicitud de terreno al alcalde del municipio para la	26 de Agosto

creación de un parque infantil	
Realización de actividades de publicidad	Del 10 de Agosto al 23 de Septiembre
Reuniones de coordinadoras del proyecto	Desde el inicio hasta el final de la actividad 1 o 2 veces por semana
Reuniones de coordinadoras del proyecto con coordinadores de grupos	10 de Septiembre
Organizar a alumnos de tercero y cuarto grado para auxiliar durante la jornada	10 de Septiembre
Construcción de parque infantil de juegos	18 de Septiembre
Supervisión de colocación de juegos y colocación de plaqueta	21 de Septiembre
Traslado de materiales y equipo y preparación de áreas de trabajo en la comunidad	23 de Septiembre
Realización de la jornada	24 de Septiembre
Inauguración del parque infantil de juegos	24 de Septiembre
Presentación pública de proyecto de salud mental a autoridades de la universidad y entrega de proyecto escrito terminado	Mes de Noviembre

IX. Presentación de resultados

A) Logros/alcances

- Intervención sobre problemas de la comunidad.
- Atender casos individuales con problemas específicos.
- Proporcionar ayuda médica y odontológica a personas de escasos recursos.
- Proporcionar medicamentos de forma gratuita a todas las personas que asistieron a la jornada.

- Construcción del Parque Infantil de Santa Cruz Balanyá.
- Trabajar en grupo en armonía.

B) Limitaciones/obstáculos

- Problemas con el equipo audiovisual
- Poco espacio reducido para trabajar
- Tiempo reducido para la impartición de charlas y talleres por el gran número de personas asistentes.

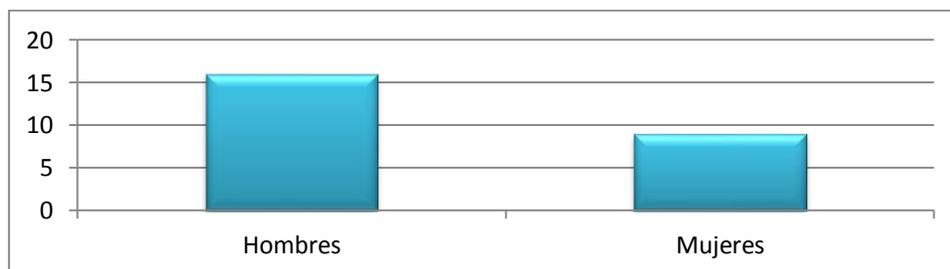
C) Población atendida

Se atendieron aproximadamente un poco mas de mil personas en todas las áreas, entre hombres, mujeres, adolescentes y niños, de nivel económico bajo.

4.4 Gráficas y análisis de resultados

4.4.1 Programa de atención de casos

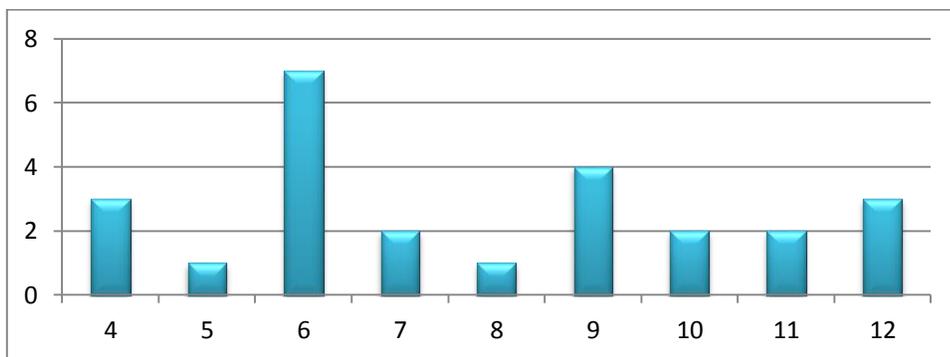
Gráfica No. 1 Sexo de los pacientes atendidos



Fuente propia

La grafica anterior da a conocer el sexo de los pacientes atendidos en la Asociación Amigos Solidarios, haciendo un total de 15 hombres y 10 mujeres. Por lo que se puede observar que los niños presentan más problemas que las niñas.

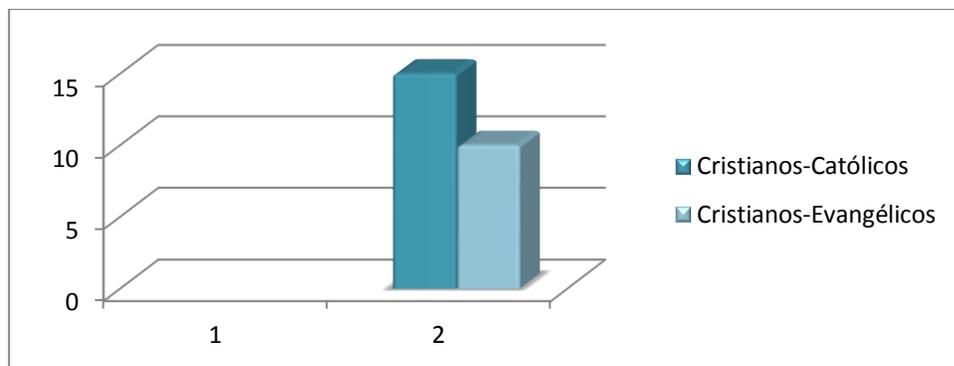
Gráfica No. 2 Edades de las personas atendidas



Fuente propia

En la presente gráfica se observan las edades de los niños que recibieron ayuda psicológica, como también la cantidad de niños atendidos. Se puede constatar que de 4 años fueron atendidos 3 pacientes, de 4 años 1, de 6 años 7, de 7 años 2, de 8 años 1, de 9 años 4, de 10 años 2, de 11 años 2 y de 12 años 3.

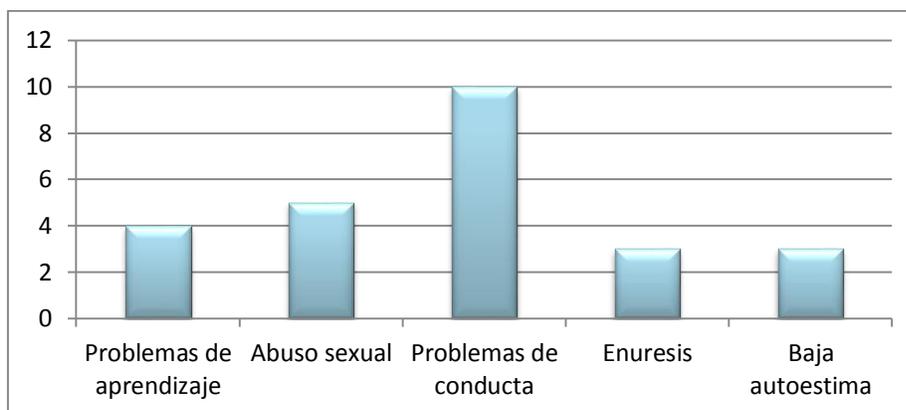
Gráfica No. 3 Religión de las personas atendidas



Fuente propia

En la gráfica anterior que determina la religión que cada paciente profesa se puede observar que la mayoría de ellos es de religión católica haciendo un total de 15 y cristianos evangélicos un total de 10.

Gráfica No. 4 Principales psicopatologías atendidas

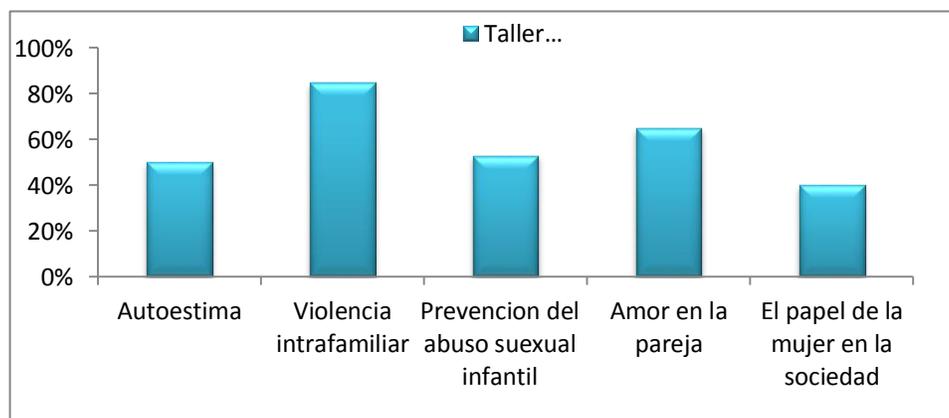


Fuente propia

En la grafica presentada se dan a conocer los problemas que fueron tratados predominando en su mayoría el de problemas de conducta con un total de 10 casos, 5 casos de abuso sexual, problemas de aprendizaje 4, enuresis un total de 3 y baja autoestima con 3 casos.

4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica No. 5 Temas de charlas impartidas



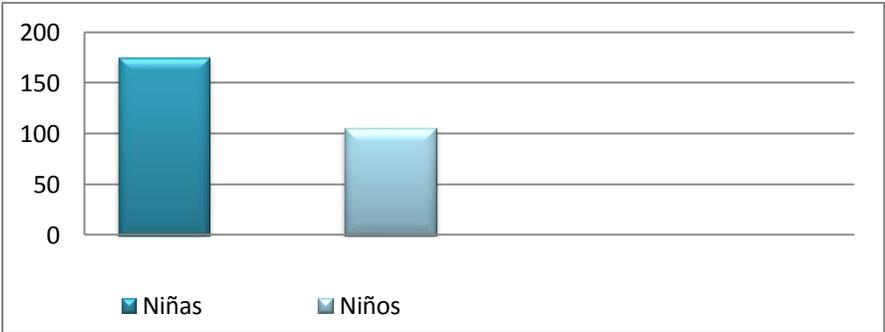
Fuente: propia

En la gráfica anterior se hace constatar el nombre de las charlas impartidas y el número de las personas que estuvieron presentes en dichas charlas, estado en el taller de autoestima, el 50% de las personas, el 85% en el taller de violencia intrafamiliar, 53% en el taller de prevención del abuso sexual infantil, un

65% en el taller de amor en la pareja y un 40% en el taller de el papel de la mujer en la sociedad. Se puede observar que el mayor número de personas estuvo presente en el taller de violencia intrafamiliar

4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

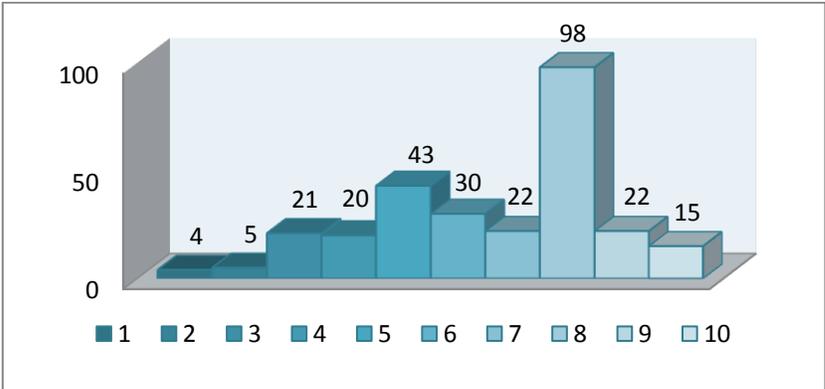
Gráfica No. 6 Total de niños y niñas atendidas en la feria de la salud.



Fuente: propia

La presente gráfica hace constatar que de 280 niños, ciento setenta y cinco fueron niñas y ciento cinco fueron niños, quienes pasaron por las fases estipuladas por el grupo encargado.

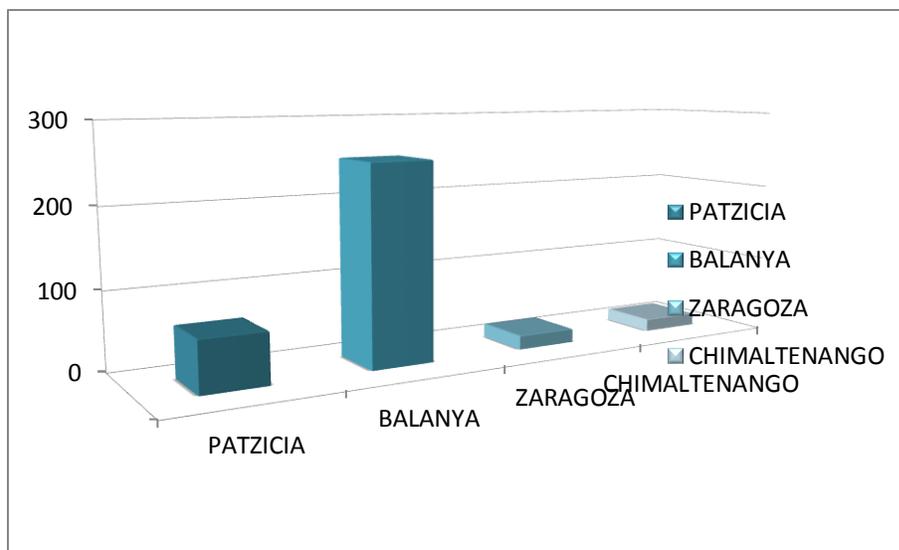
Gráfica No. 7 Cantidad de niños por edades



Fuente propia

Las edades estipuladas que arrojan las gráficas nos dan a conocer que la población más atendida en edades fueron de ocho y cinco años y la menor población que nos acompañó fueron niños de uno, dos, tres y cuatro años de edad.

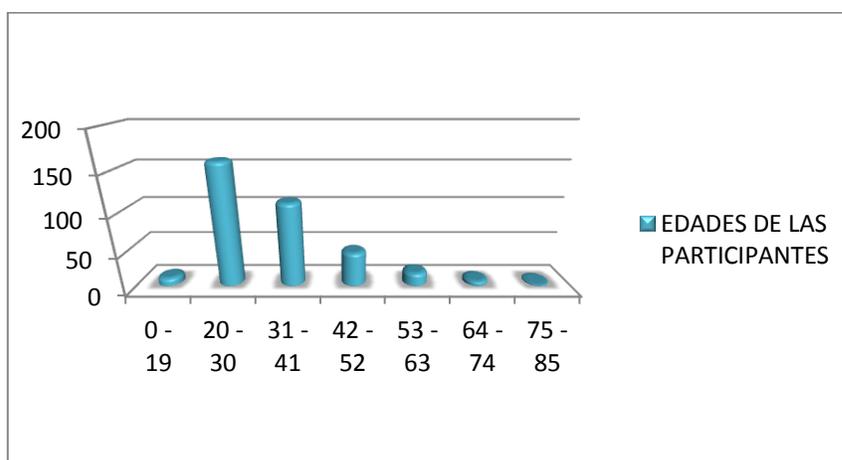
Gráfica No. 8 Cantidad de mujeres de los diversos municipios que participaron en la feria de la salud



Fuente propia

En la actividad realizada “Feria de la salud” se pudo notar la mayor asistencia de mujeres de la comunidad contando con 251 mujeres, y también mujeres vecinas como de Patzicia 65 que fue uno de los municipios que tuvo afluencia de personas, también Zaragoza con 18 mujeres y Chimaltenango con 16 mujeres.

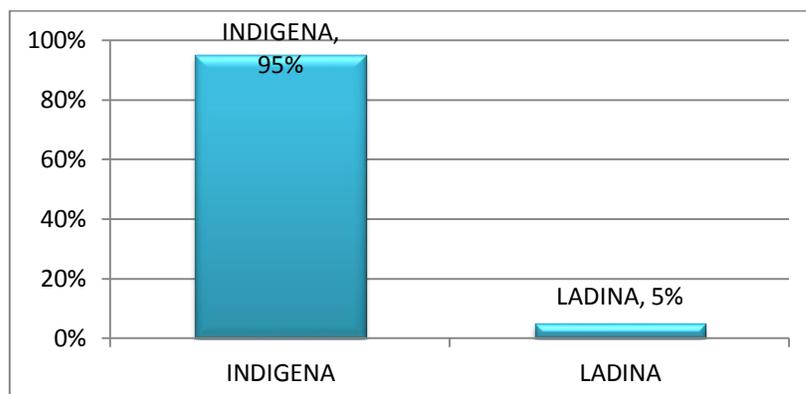
Gráfica No. 9 Edades de las mujeres atendidas



Fuente propia

Se conto con la presencia de mujeres de diferentes edades, desde los 19 años hasta los 85 años de edad. La mayoría de las mujeres que llegaron fueron las comprendidas entre las edades de 20 a 30 años.

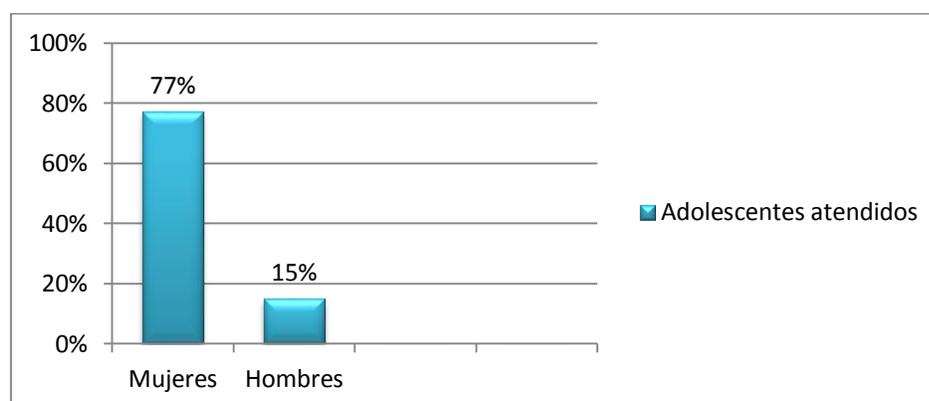
Gráfica No.10 Comunidades étnicas de mujeres atendidas



Fuente propia

En la presente gráfica se puede observar que la población atendida en el área de mujeres y talleres fue de un 95% de mujeres indígenas y un 5% de mujeres no indígenas.

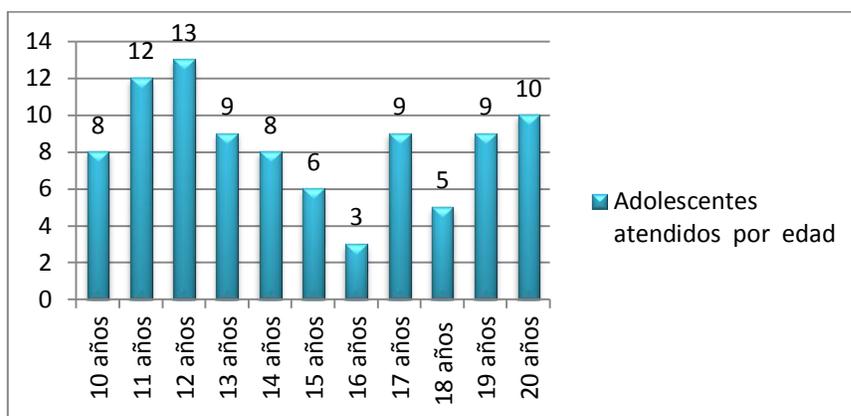
Gráfica No. 11 Cantidad de adolescentes atendidos por sexo



Fuente propia

La siguiente gráfica muestra el porcentaje de participación de adolescentes en los talleres brindados teniendo como resultado una mayor participación del género femenino con el 84 % y el género masculino con un 16 % . La poca participación de hombre en los talleres se debió a que en su mayoría la población que acudió en la feria de salud eran mujeres.

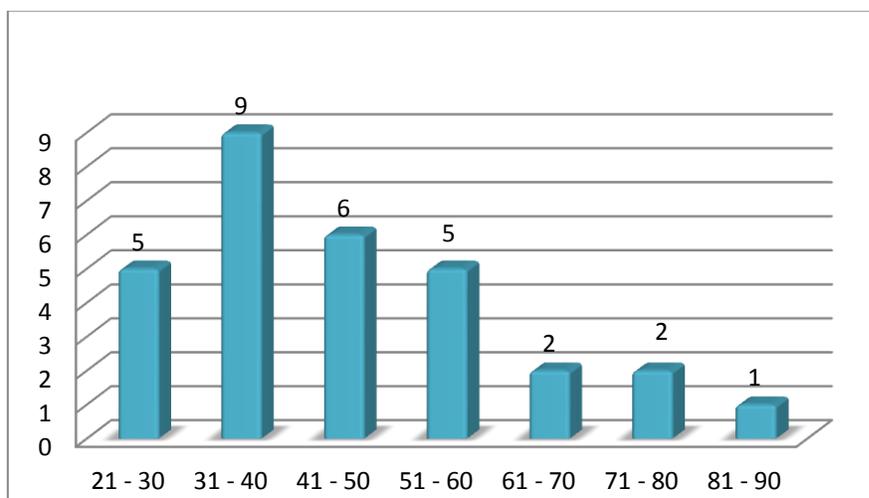
Gráfica No. 12 Cantidad de adolescentes atendidos por edades



Fuente propia

La edad promedio atendida entre la población adolescente es de 10 a 20 años pero la edad que presento mayor asistencia es la edad de 12 años con una participación de 13 adolescentes .

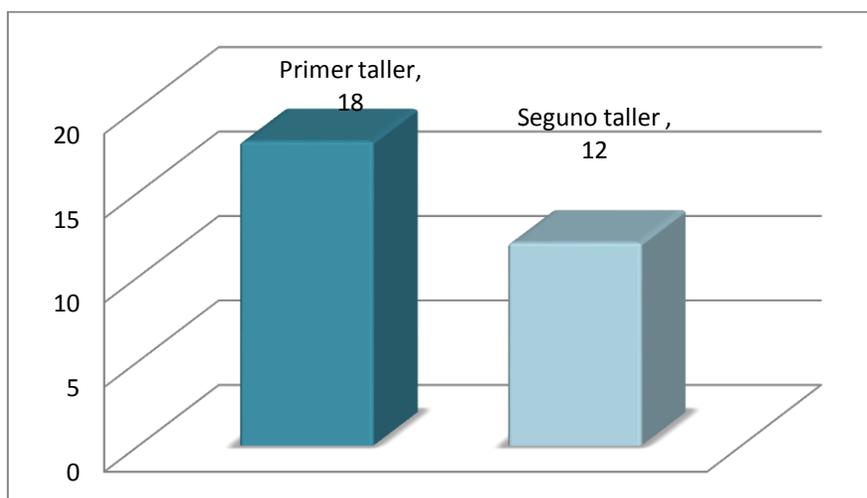
Gráfica No. 13 Edades de los hombres atendidos



Fuente propia

Según la grafica anterior la mayoría de personas del sexo masculino que acudieron a los talleres impartidos fueron de las edades de: 31- 40 años de edad siendo estos (9 personas), luego en forma descendente de las edades de 41-50 (6 personas), 21-30 (5 personas), 51-60 (5 personas) y por último los de 61-80 años, 81-90 (5 personas).

Gráfica No.13 Talleres impartidos (2 talleres) asistencia a cada uno



Fuente propia

En los talleres impartidos acudieron al primer taller una cantidad de 18 personas del sexo masculino siendo estos la mayoría impartido a las 9:00 - 11:00 A.M.

El segundo taller impartido a las 11: 00-1:00 A. M. acudieron un total de 12 personas del sexo masculino.

Conclusiones

- a) La Asociación Amigos Solidarios es una Asociación que promueve y protege la salud integral de los pobladores del municipio de San Martín Jilotepeque, proporcionando a su vez parte de sus necesidades básicas, contando con el apoyo de varias personas asociadas quienes colaboran dando ayuda económica para sufragar los gastos de algunos niños que tienen alguna discapacidad física o mental.
- b) Uno de los temas predominantes detectados en el desarrollo de la práctica fue: “Problemas de conducta en los niños” los cuales son causados por diversos factores y a su vez generan diversas incomodidades para los miembros de la familia y su entorno. La mala conducta fue el problema que se trabajó aplicando técnicas efectivas para su modificación. Cabe mencionar que la instrucción, la disciplina, el ejemplo y el amor, son temas que deben estar presentes en la formación de los mismos. Los padres o encargados juegan un rol de trascendencia para evitar y corregir estas conductas.
- c) Se analizaron problemas de aprendizaje que fueron diagnosticados en el proceso de la práctica y se pudo determinar que dichos problemas en ocasiones tienen relación con la maneras que tiene el cerebro de funcionar, y la forma en la cual este procesa la información. Los problemas de aprendizaje varían de una persona a otra, y actualmente están siendo más comunes, manifestándose por lo general en los primeros años de edad escolar.
- d) El terapeuta quien es el profesional a cargo de brindar ayuda, debe poseer habilidades pedagógicas y cognitivas guiadas siempre por una fina sensibilidad clínica, es decir, no olvidando que "lo pedagógico" está al servicio de lo clínico, a la hora de explicar las estrategias a utilizar, las fases de la terapia, la forma en que han de llevarse a cabo las tareas.

Recomendaciones

- 1) El contexto en el que se vive da a conocer los diversos problemas por los que las personas atraviesan en el diario vivir, por eso es recomendable que las instituciones que prestan servicios psicológicos organicen capacitaciones o talleres que sean para el beneficio de las personas y así proporcionarles una salud mental adecuada.

- 2) Con la realización del proyecto de salud mental se observó una gran participación de las personas que necesitan de diversos servicios (odontológicos, médicos, psicológicos etc.), pero muchas veces por falta de recursos económicos no los solicitan, por ello es necesario desarrollar continuamente este tipo de proyectos para proporcionarles a las poblaciones diversas la ayuda necesaria. La Universidad Panamericana está gestionando esta ayuda a través de los alumnos pero esta iniciativa debe prolongarse a otras instituciones.

- 3) Es indispensable que las personas que presten estos tipos de servicios sean personas capacitadas y sobre todo con profesionalismo para que guíen de una manera adecuada la vida de las personas que confían en su trabajo, a la vez se recomienda que la ayuda psicológica vaya de la mano de la atención médica ya que muchas afecciones físicas están relacionadas a problemas emocionales.

Referencias

1. Amutio Careaga, A. (1999): teoría y práctica de la relajación. Un nuevo sistema de entrenamiento, Barcelona.
2. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed) Washington, DC.
3. Belloch, A y Sandison b. (1,997) *Manual de Psicopatología*, volumen I, España Mcgraw-Hill.
4. Bolaños E. María del Carmen. “*Educación afectivo sexual en la educación infantil*”, España.
5. Dattilio, F & Padesky C. (1995), *terapia Cognitiva con parejas*, traducido por Marañon, España
6. Ruiz J. (1999) *La terapia multimodal como alternativa*.
7. Sartre, J (1946), *el Existencialismo es un Humanismo*, traducido por Mora, Costa Rica.
8. Ellis A & Grieger, R, (1981) *manual de Terapia Racional Emotiva*, traducido por Marañon, España.
9. Ellis, A. (1980), *razón y Emociones en Psicoterapia*, traducido por Ibañez, España.
10. Beck, A.T., Rush, A.J. Shae, B.F. emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
11. Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw hill
12. Anderson, C y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prestice-Hall.
13. Lazarus, R. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.
14. Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desórdenes de personalidad*. New York: guilford.

ANEXOS

Anexo 1

Horas de práctica

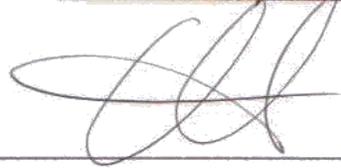
Horas de práctica

Alumna practicante: Mildred Albertina Catú Camey

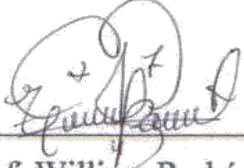
Centro de práctica: Asociación Amigos Solidarios Sanmartinecos

Fechas	Total de horas	Firma del encargado
21 al 25 de marzo	16	
04 al 10 de abril	16	
11 al 17 de abril	16	
25 de abril al 1 de mayo	16	
16 al 22 de mayo	16	
23 al 29 de mayo	16	
30 de mayo al 5 de junio	16	
06 al 12 de junio	16	
13 al 19 de junio	16	
27 de junio al 03 de julio	16	
04 al 10 de julio	16	
11 al 17 de julio	16	
18 al 24 de julio	16	
25 al 31 de julio	16	
01 al 07 de agosto	16	
08 al 14 de agosto	16	
15 al 21 de agosto	16	
22 al 28 de agosto	16	
29 al 31 de agosto	6	
Total de horas	310	

f.


Licda. Yolanda Cuevas Ochoa
Psicóloga Clínica

Vo.Bo.


Prof. William Rodríguez Alfaro

Coordinador General





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

Por este medio hago constar que la alumna: **Mildred Albertina Catú Camey**, cumplió las siguientes horas de Práctica Profesional Dirigida:

Actividad	Hora
Horas de práctica	80 horas
Horas del proyecto de salud mental	120 horas

Licda. Sonia Pappa

Asesora de Práctica Profesional Dirigida

Anexo 2

Evaluación de práctica



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

Evaluación de práctica

Nombre de la Institución: Asociación Amigos Solidarios Sanmartinecos

Teléfono: -----

Dirección: Barrio San Gaspar, San Martín Jilotepeque, Chimaltenango

Director (a) Encargado (a): Prof. William Rodríguez Alfaro

Nombre de la (el) alumna (o) practicante: Mildred Albertina Catú Camey

Grado: Quinto Fecha: 31 de Agosto del 2011

	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.	Presentación				X
7.	Aplicación de técnicas				X
8.	Relaciones interpersonales				X
9.	Apoyo a la Institución con servicio psicológico				X
10.	Capacitación a la población				X
11.	Atención a casos especiales				X
12.	Cumplimiento con normas de la institución				X

Firma de la persona encargada



Anexo 3

Constancia de charlas impartidas

ASOCIACION AMIGOS SOLIDARIOS SANMARTINECOS
SAN MARTIN JILOTEPEQUE, CHIMALTENANGO

Constancia No. 24-2011

A QUIEN INTERESE:

Por este medio se hace constar que la alumna practicante: Mildred Albertina Catú Camey estudiante de la carrera de psicología de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, quien se identifica con el carnet de estudiante no. 0702074 y cédula de vecindad de orden C-3 y registro 61,903, realizó su práctica profesional Dirigida de la carrera de Psicología y Consejería Social en esta Institución.-----

Y PARA LOS USOS LEGALES QUE A LA INTERESADA CONVenga, SE LE EXTIENDE LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, CON MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN, DEBIDAMENTE FIRMADA Y SELLADA EN EL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE.-----

f. 
Coordinador general Asociación Amigos Solidarios
Profesor William Rodriguez Alfaro

Vo.Bo. 
Psicóloga Clínica
Yolanda Cuevas Ochoa



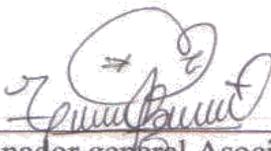
ASOCIACION AMIGOS SOLIDARIOS SANMARTINECOS
SAN MARTIN JILOTEPEQUE, CHIMALTENANGO

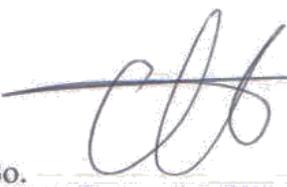
Constancia No. 23-2011

A QUIEN INTERESE:

Por este medio se hace constar que la alumna practicante: Mildred Albertina Catú Camey estudiante de la carrera de psicología de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, quien se identifica con el carnet de estudiante no. 0702074 y cédula de vecindad de orden C-3 y registro 61,903, realizó actividades como talleres y charlas a los asociados de la Institución, los cuales fueron: **autoestima, maltrato intrafamiliar, prevención de abuso infantil, amor en la pareja, el papel de la mujer en la sociedad.**-----
-----.

Y PARA LOS USOS LEGALES QUE A LA INTERESADA CONVenga, SE LE EXTIENDE LA PRESENTE EN UNA HOJA DE PAPEL BOND TAMAÑO CARTA, CON MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN, DEBIDAMENTE FIRMADA Y SELLADA EN EL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE.-----
-----.

f. 
Coordinador general Asociación Amigos Solidarios
Profesor William Rodriguez Alfaro

Vo.Bo. 
Psicóloga Clínica
Yolanda Cuevas Ochoa



Anexo 4
Fotografías

Fotos feria de la salud

















