



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA.

*LA IMPORTANCIA DEL PSICOLOGO EN EL TRATAMIENTO
DE LAS PROBLEMTICAS PSICOSOMÁTICAS.*

**REPORTE DE TRABAJO.
QUE PRESENTA
SANDRA ÁNGELA CUEVAS RAMIREZ
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA.**

LIC. MA DE LOS ANGELES CAMPOS HUICHAN
MTRA. PATRICIA SUÁREZ CASTILLO
LIC. CAROLINA ROSETE SANCHEZ



FES - IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO . DE MEXICO.

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Porque me dio la dicha de haber nacido y logrado esto, siempre con la compañía de él y la iluminación hacia el camino correcto.

GRACIAS.

A MI HIJO DIEGO:

Porque fuiste mi fuerza durante este tiempo y me diste la gran lección de luchar por la vida.

GRACIAS.

A MI HIJA RENATA:

Porque tú eres el segundo pilar en mi vida y aunque no te conozco, te siento dentro de mí, luchando por tu vida e impulsándome a seguir adelante. GRACIAS.

A MI ESPOSO:

Porque siempre estuviste ahí, ayudándome, impulsándome y amándome; que con tu ejemplo y compañía me dieron el impulso para que lograra esto y que juntos lo hicimos. GRACIAS.

A MI MADRE:

A ti te agradezco de manera especial el que me hayas dado la vida y de que estés conmigo en todo momento, por tu ejemplo y tu guía ante la vida, mostrándome que se puede superar cualquier obstáculo, e impulsándome para hacerlo; por tu amor y paciencia que lograron que diera este paso tan importante para mí. GRACIAS.

A MI PADRE:

Que tu compañía y amor me mostraron el camino correcto, que con tu ejemplo me enseñaste a cumplir y a seguir adelante, no importando lo que se atravesase en nuestros caminos y por la decisión que me enseñaste a tener en todo momento. GRACIAS

A MI HERMANO
CARLOS:

Porque me enseñaste a superar los obstáculos y me amaste como yo a ti.
GRACIAS

A MI HERMANO JULIO:

Porque me enseñaste la constancia y por tu gran ayuda en este paso.
GRACIAS.

A MI HERMANO
FABIAN:

Porque me enseñaste a ser fuerte. GRACIAS

A ANGELES:

Porque no fuiste solo mi asesora, ni mi profesora sino mi amiga y compañera en muchas situaciones; por aconsejarme, apoyarme y darme tu ejemplo. GRACIAS.

A MIGUEL:

Porque me enseñaste que las cosas no son fáciles, pero tampoco imposibles. GRACIAS.

A JUDITH, LAURA,
MARISSA, MARY Y
TERESA:

Porque estuvieron en mis momentos de triunfo y fracaso y porque me llevo la esencia de cada una de ustedes. GRACIAS.

A HILDA:

Porque me impulsaste a iniciar algo tan importante y me diste las herramientas para lograrlo. GRACIAS.

AL DR. MARIO:

Porque me enseñaste a realizar las cosas como se debe, a ser constante y por tu ejemplo logre aprender lo que es ser profesionalista. Y porque con tu apoyo pude lograrlo. GRACIAS.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| CAPITULO 1. LA PSICOLOGÍA CLINICA EN LA HISTORIA..... | 10 |
| 1 Antecedentes filosóficos de la psicología clínica..... | 11 |
| 1.1 Actividades del psicólogo clínico y de la salud..... | 15 |
| 1.1.1 Evaluación..... | 15 |
| 1.1.2 Tratamiento..... | 15 |
| 1.1.3 Consultoría..... | 17 |
| 1.1.4 Administración..... | 18 |
| 1.1.5 Investigación..... | 18 |
| 1.1.6 Enseñanza..... | 19 |
| CAPITULO 2. LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO CLINICO..... | 23 |
| 2. Detección del problema..... | 24 |
| 2.1 La entrevista..... | 24 |
| 2.2 Pruebas psicológicas..... | 26 |
| 2.2.1 Características de las pruebas..... | 27 |
| 2.2.2 De Inteligencia..... | 28 |
| 2.2.3 Habilidades..... | 29 |
| 2.2.4 Personalidad..... | 29 |
| 2.3 Diversas formas de intervención..... | 29 |
| 2.3.1 Terapia psicoanalítica..... | 31 |
| 2.3.2 Terapia conductual..... | 35 |
| 2.3.3 Psicoterapia: perspectivas fenomenológica y humanista-existencial..... | 39 |
| a) El mundo fenomenológico..... | 39 |
| b) Humanismo..... | 42 |
| c) Terapia existencial..... | 43 |
| d) Terapia gestalt..... | 44 |
| 2.4 La terapia gestáltica y la reestructuración de la personalidad..... | 47 |

CAPITULO 3. LOS PROBLEMAS PSICOSOMATICOS.....49

3. La enfermedad.....49

3.1. La enfermedad corporal o enfermedades psicosomáticas.....50

3.2. Porqué surgen las enfermedades psicosomáticas.....51

3.3. Variedades de los desórdenes psicosomáticos.....53

a) Los desordenes psicosomáticos y el tracto gastrointestinal.....54

b) Sistema respiratorio.....55

 ⊗ asma bronquial

c) Desórdenes cardiovasculares de base psicosomático.....56

 ⊗ la hipertensión

 ⊗ la migraña

d) La disfunción sexual como desorden psicosomático.....57

 ⊗ Disfunción sexual en el varón.....58

 ⊗ Disfunción sexual en la mujer.....58

e) Otros desórdenes.....59

 ⊗ la artritis reumática

 ⊗ la piel

 ⊗ hipertiroidismo

 ⊗ diabetes sacarina

CAPITULO 4. LA INSERCION DEL PSICOLO CLINICO A LOS LABORATORIOS CLINICOS AZTECA.....61

4. Antecedentes de la fundación de los “Laboratorios Clínicos Azteca”.....61

4.1. Inserción del psicólogo a los servicios de los “Laboratorios Clínicos Azteca”.....63

4.2. Actividades del psicólogo clínico dentro de los “Laboratorios Clínicos Azteca”.....64

CAPITULO 5. DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS UTILIZADAS.....67

| | | |
|--|--|------------|
| 5.1 | El mapa de mi vida..... | 69 |
| 5.2 | Defectos y virtudes..... | 72 |
| 5.3 | <i>Errar es humano</i> | 76 |
| 5.4 | Mirar hacia adentro..... | 81 |
| 5.5 | <i>Creencias</i> | 87 |
| 5.6 | Cambiando tu forma de ver la vida..... | 90 |
| 5.7 | Proponerse nuevos objetivos..... | 93 |
| 5.8 | Guía de autorregistro de las situaciones conflictivas..... | 95 |
| 5.9 | Detener y extinguir conductas inadecuadas..... | 97 |
| 5.10 | Lo que dice tu cuerpo..... | 99 |
| 5.11 | Una cosa es segura | 102 |
| 5.12 | Solo agregue agua..... | 105 |
| 5.13 | Un momento de relajación..... | 108 |
| 5.14 | Varios ejercicios para la casa..... | 111 |
| CAPITULO 6. ESTUDIO DE CASOS..... | | 114 |
| Caso 1. | Susana..... | 114 |
| Caso 2. | Ángela..... | 126 |
| Caso 3. | Mary | 136 |
| Caso 4. | Adriana | 147 |
| CONCLUSIONES..... | | 160 |
| REFERENCIAS..... | | 175 |

RESUMEN.

El presente reporte de trabajo profesional, es el resultado de tres años de haber laborado con pacientes con problemáticas psicosomáticas, dentro de los “Laboratorios Clínicos Azteca”.

Para resaltar la importancia de la labor del psicólogo clínico se desarrollo una breve descripción teórica acerca de la psicología clínica sus inicios y desarrollo a través de la historia. Dándole importancia a las labores ejercidas por el psicólogo clínico y desarrollando una forma de intervención para los pacientes que presentan problemáticas psicosomáticas

Se citan 4 casos de pacientes con dichas patologías y en la parte final se desarrollan las conclusiones con algunas propuestas para poder mejorar el servicio de los psicólogos y sobre todo desde su preparación académica dentro de la FESI. A la vez de realizar un trabajo multidisciplinario con todos los profesionales de la salud ya que para la solución de dichas problemáticas psicosomáticas es necesario trabajar hombro a hombro con profesionales que están dedicados a mejorar las condiciones de salud en las personas. Con el propósito de ayudar a los pacientes de manera integral.

Contemplando que este es un tema que no ha sido muy explotado por los psicólogos, se elabora este reporte de trabajo, esperando que algunos se interesen en este tipo de pacientes porque existe una gran demanda de ellos y sobre todo que este trabajo sirva como base para poder ayudar a los psicólogos (egresados) a tratar este tipo de problemáticas y sobre todo prepararse para ello de manera adecuada.

INTRODUCCION.

La psicología se ha encargado de estudiar el comportamiento del ser humano de manera general.

Sin embargo ha tenido que especializarse, de manera tal que abarque cada una de las patologías de los pacientes, y es durante la preparación escolar que los psicólogos aprenden diferentes posturas y deciden dedicarse a una determinada área de la psicología; ya sea a nivel empresarial, educacional, social o clínica, y esta última es una de las más extensas ya que prácticamente es una especialidad.

Por ejemplo, en algunas organizaciones eligen a un psicólogo clínico como administrador debido a su sensibilidad, a su habilidad para tratar problemas de relaciones personales, a su experiencia para hacer buenas evaluaciones y a su capacidad de organización. Con estas características se puede considerar que el psicólogo clínico puede tomar toda la responsabilidad de esta labor. Y no tan solo en las empresas, sino en las clínicas de salud, en las escuelas, los deportivos y más lugares donde, la labor del psicólogo clínico es esencial para el desarrollo adecuado del lugar.

Para Harrsch (1985), las funciones y centros de atención de los psicólogos clínicos las ubica de la siguiente manera:

| <i>FUNCIONES</i> | <i>NIVEL ACADÉMICO</i> | <i>CENTROS DE ATENCIÓN</i> |
|--|---|---|
| 1. <i>EVALUACIÓN</i> 2. <i>DIAGNOSTICO</i> 3. <i>PREVENCIÓN</i> 4. <i>ORIENTACIÓN</i> 5. <i>REHABILITACIÓN</i> 6. <i>PSICOTERAPIA</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>INDIVIDUAL</i> • <i>PAREJA</i> • <i>FAMILIAR</i> • <i>GRUPO</i> | <i>LICENCIATURA</i> <i>POSGRADO</i> Y <i>ESPECIALIDAD</i> <i>EXPERIENCIA</i> <i>SUPERVISADA</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>HOSPITALES</i> • <i>CLINICAS</i> • <i>GUARDERIAS</i> • <i>CENTROS DE SALUD MENTAL</i> • <i>CONSULTORIOS</i> • <i>DEPARTAMENTOS GUBERNAMENTALES.</i> • <i>ESCUELAS</i> • <i>ETC.</i> |

Fig. ¹ Las funciones y centros de atención del psicólogo.

Así pues, tenemos que la psicología clínica se puede identificar como una subdivisión o especialidad de la psicología que conlleva a muchas actividades como la aplicación de los principios y técnicas para la solución de los problemas del individuo en diversos contextos.

¿Cuáles son las problemáticas que el psicólogo clínico resuelve?

Pues, son muy variadas, van desde problemas de aprendizaje, de pareja, de autoestima, depresión, déficits de atención, de ansiedad, etc.

Pero una de las problemáticas que no han sido muy explotadas son las relacionadas con la salud física y mental, ya que son 2 rubros que han sido tratados de manera individual, por un lado la medicina trata de resolver dichas

Fig. ¹ Nos muestra las funciones y centros de atención del psicólogo clínico, tomado de Harrsch C. (1985). *El psicólogo ¿Qué hace?*, México, Alambra Cap. 1 y 2.

patologías bajo el viejo ritual farmacéutico, nunca dudando de que los pacientes puedan mejorar con ello y en algunas ocasiones esto no resulta así ya que pasan días, meses y/o años bajo el mismo o diferente tratamiento sin conseguir mejoras definitivas, así pues, la medicina no había volteado a ver el área mental, donde desde hace muchos años se habían trabajado estas problemáticas a nivel psicosomático que como varios autores anotan, las problemáticas mentales, son llevadas al cuerpo y repercuten en él de manera muy variada, por ejemplo los clásicos dolores de cabeza, sin ningún motivo clínico o físico, unido a diversas sintomatologías como náuseas, palpitaciones, mareos, sentimientos de ahogo, etc.

Es importante mencionar que las personas presentan este tipo de problemáticas ya han tenido varias versiones sin que ninguna de ellas le satisfaga, incluso, también podemos agregar que ya se han realizado los estudios clínicos pertinentes para corroborar si sus malestares tienen origen en alguna enfermedad crónica. Pero al no corroborar esto y no tener ningún indicio del origen de dichos malestares, los pacientes tienden a preocuparse aún más ya que aquí es donde surge un desequilibrio cognitivo al permitir que pensamientos irracionales y negativos lleguen a ellos, por ejemplo “estoy loca”, “me voy a morir porque no hay cura para lo que tengo”, “si los médicos no encuentran que tengo, porque me siento tan mal”, “me estaré inventando estas dolencias”, “muchas personas se han muerto sin razón o motivo alguno, seré una de ellas” y más pensamientos que ocasionan muchas de las veces que su sintomatología se agrave y no encuentren una solución, así que la mayor parte de los médicos, simplemente intentan con medidas farmacéuticas ayudar al paciente, pero muy pocos de ellos consideran la posibilidad de apoyarse en un psicólogo para mejorar esta condición, así que la mejora del paciente se retrasa por mucho tiempo.

El psicólogo por su parte hace lo mismo ya que tiende a enfocarse específicamente en las problemáticas emocionales, sin tomar en cuenta que las enfermedades como la diabetes, la hipertensión, las disfunciones sexuales (a

nivel fisiológico) y más anomalías biológicas afectan la fisiología completa del paciente y aunque se manejen sus pensamientos, sus creencias, sus ideas irracionales y más, no existirá mejora importante ya que algunos dolores de cabeza, temblores, mareos y más no pueden ser controlados porque tienen un origen médico y que solo con medicamentos se va poder equilibrar esta situación.

Y como lo observamos existe actualmente muy poca relación entre lo físico y lo psicológico, realmente los profesionistas han ocupado los conocimientos adquiridos en sus correspondientes especialidades y no han sido capaces de abrir los caminos para poder trabajar de manera multidisciplinaria para así ayudar al paciente de manera conjunta para su mejora.

Problemáticas, como las psicosomáticas han existido siempre, pero muy pocos autores han investigado el origen y tratamiento de ellas, de hecho en la actualidad investigadores como Cameron (1997), Knapp y Whitney (1984), han realizado trabajos con pacientes hipertensos, asmáticos, migraña, disfunciones sexuales, etc. Con diversas técnicas, las cuales mejoran la condición corporal, no dejando atrás la mental.

Para los fines de esta investigación se realizó una selección de técnicas basadas en el manejo de la relajación corporal y el buen funcionamiento mental, ya que la preocupación de este trabajo fue el resaltar la importancia del trabajo multidisciplinario de los médicos con los psicólogos y otros profesionistas de la salud como el nutriólogo, el neurólogo, el cardiólogo, y más especialistas que pueden intervenir en la mejora del paciente, de tal manera que podríamos trabajar como el siguiente esquema lo muestra:

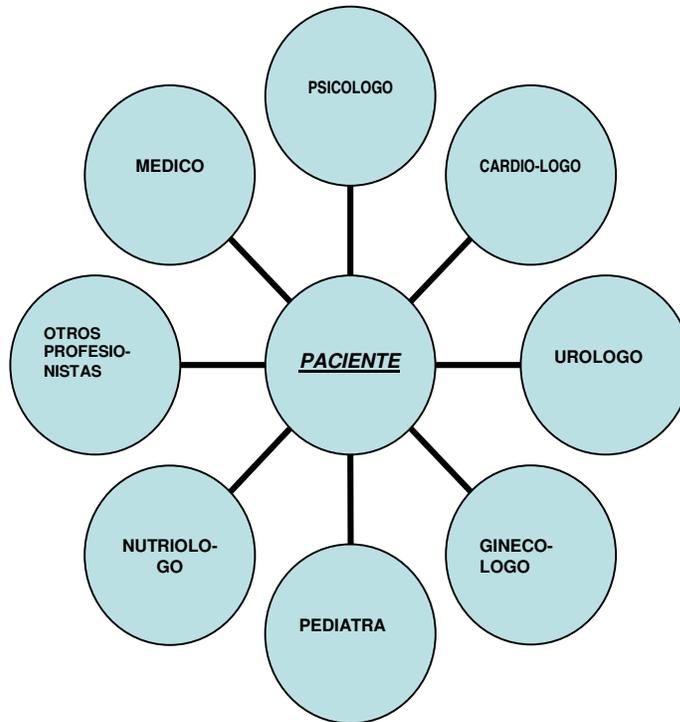


Fig. ² La importancia del trabajo multidisciplinario.

El objetivo de trabajar de manera interdisciplinaria con cualquier especialista es el de obtener una mejora para el paciente.

En mi experiencia propia he tenido la oportunidad de observar que la comunicación entre los médicos y los psicólogos es casi nula, muchos de ellos, porque no confían en la psicología y muchos otros porque ni siquiera saben a que se dedica la misma, y es increíble que hoy en día los mismos profesionistas de la salud adopten la creencia de que los psicólogos atendemos a personas “locas”, mismo que evita que los pacientes tan solo tomen en cuenta ir al psicólogo, esta poca cultura que se ha formado no tan solo en las personas con un bajo nivel académico, si también a nivel profesional, evita que se pueda trabajar en conjunto con las especialidades citadas con anterioridad, pero lo que si es cierto es que cada una busca una solución.

Fig. ² Nos muestra la importancia que tiene el trabajo multidisciplinario entre los especialistas de la salud

De hecho el lugar donde fue elaborado este reporte tiene mucha relación con los médicos, ya que es un laboratorio clínico donde se llevan a cabo todo tipo de estudios a nivel clínico que ayudan al paciente a corroborar si sus malestares tiene origen biológico o médico, para que así, el médico pueda arrojar un diagnóstico acerca de la problemática del paciente.

En los laboratorios clínicos "Azteca", no existía el servicio de psicología, solo se contrataban de manera externa psicólogos para realizar estudios psicométricos para los llamados "antidoping", fue así como deciden contratar a alguien de manera permanente para realizarlos y así empieza a ser conocido el servicio de psicología. Los médicos que acudían a este laboratorio empezaron a preguntar por el servicio, así que se inicio con la labor de promoción al mismo y las personas empezaron a llegar por diversas problemáticas, tales como: problemas de aprendizaje, de conducta, de pareja y más, existiendo una gran cantidad de pacientes con problemáticas físicas "no explicables", como dolores de cabeza, taquicardias, temblores en manos, pies, ojos y más; que a la vista de los médicos no tenían razón de existir, así que empezaron a enviar a los pacientes " para ver que sucedía". Como fue en el caso de los 4 pacientes citados en este trabajo y al observar en algunas sesiones que los pacientes mejoraban, los médicos empezaban a confiar en este servicio de tal manera que empezaban a llegar pacientes con todo tipo de patologías. Mismas que eran tratadas con técnicas que les pudieran ayudar a salir adelante. De hecho al final de este trabajo se citan los resultados obtenidos y de igual manera se cita una paciente que a pesar de haberse sometido a un tratamiento de este tipo, se retira del servicio con muy poco avance.

Con este tipo de pacientes, se llevó a cabo un trabajo en conjunto con los especialistas de la salud, ya que para cada uno de los pacientes existía un apoyo extra que tendría que recibir, por ejemplo de parte de un nutriólogo, ya que los

altos o bajos niveles de azúcar en una de las pacientes ocasionaban constantes dolores de cabeza y mal humor constante y era muy importante estar al tanto de cada uno de los síntomas físicos que los pacientes tenían que controlar a nivel médico. Por ello, se mantuvo comunicación constante a nivel telefónico y personal con ellos, para poder ayudar al paciente.

Es importante resaltar la disposición que los médicos tuvieron en este trabajo, ya que muy pocos de ellos aceptan la opinión de un psicólogo para poder modificar su trabajo, puesto que los pacientes citados aquí dejaban de consumir los medicamentos señalados por el médico, sustituyéndolos muchas veces por los ejercicios de relajación. Esto era consultado con el médico y él decidía dar por terminado el consumo de antidepresivos, somníferos, tranquilizantes y más, de hecho algunos pacientes decidían dejarlo sin consultarlo con el médico porque consideraban que se sentían mucho mejor.

En el desarrollo de este trabajo se da una explicación de lo que se elaboró con este tipo de pacientes, las técnicas utilizadas y algunas metodologías que fueron muy funcionales para poder observar mejoras determinantes en los pacientes.

De igual manera resaltando la importancia que tiene el psicólogo para el tratamiento de las problemáticas a nivel psicósomáticas y sobre todo haciendo hincapié en algunas recomendaciones para los próximos psicólogos ya que como se menciona más adelante tenemos que apoyarnos de muchas herramientas que son necesarias aprender y manejar al pie de la letra antes de dar tratamiento a un paciente ya que como este trabajo menciona esta en nuestras manos la “vida” de una persona y que si no estamos preparados para enfrentar cualquier tipo de situación que se suscite, entonces, podremos empeorar la situación del paciente.

Así que a lo largo de estos capítulos se habla de la psicología clínica, en el primer capítulo; las funciones generales del psicólogo, en el segundo capítulo; las

problemáticas psicosomáticas en el tercer capítulo; el lugar donde fueron tratados estos pacientes, en el cuarto capítulo, la descripción de técnicas utilizadas en este tipo de problemáticas, en el quinto capítulo y la descripción de 4 casos, en el sexto capítulo, tratando de que esta investigación sea la base para que no tan solo los psicólogos futuros tomen conciencia de esto, sino que todo profesionista de la salud lo haga ya que nuestras labores deben estar encaminadas al bienestar de los pacientes.

CAPITULO 1.

LA PSICOLOGÍA CLINICA EN LA HISTORIA.

La Psicología es el estudio científico de la **conducta** y la experiencia, de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea. La psicología moderna se ha dedicado a recoger hechos sobre la conducta y la experiencia, al mismo tiempo que organizarlos sistemáticamente, elaborando teorías para su comprensión. Estas teorías ayudan a conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en alguna ocasión incluso a predecir sus acciones futuras, pudiendo intervenir sobre ellas.

Históricamente, la psicología se ha dividido en varias áreas de estudio. No obstante, estas áreas están interrelacionadas y frecuentemente se solapan unas a otras. La psicología fisiológica, por ejemplo, estudia el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, mientras que la psicología experimental aplica técnicas de laboratorio para estudiar, por ejemplo, la percepción o la memoria.

Las áreas de la psicología pueden también describirse en términos de áreas de aplicación. Los psicólogos sociales, por ejemplo, están interesados en las influencias del entorno social sobre el individuo y el modo en que éstos actúan en grupo. Los psicólogos industriales estudian el entorno laboral de los trabajadores y los psicólogos de la educación estudian el comportamiento de los individuos y grupos sociales en los ambientes educativos. La psicología clínica, por último, intenta ayudar a quienes tienen problemas en su vida diaria o sufren algún trastorno mental; en esta ocasión se analizará como a través del tiempo la psicología clínica pudo preocuparse por una problemática que va más allá de lo mental, ya que se ocupa al mismo tiempo de lo relacionado con el cuerpo.

Así que como observaremos, desde años ancestrales muchas personas han prestado atención las patologías relacionadas con el cuerpo y la mente y han tratado de detectar la manera más eficaz para tratar esto, así es como la psicología clínica ha podido ganar terreno en esta área, por ello es importante buscar sus orígenes en la filosofía antigua.

1.- Antecedentes filosóficos de la psicología clínica.

Al hablar de *psicología* pareciera ser que hablamos de una ciencia nueva pero realmente su historia se remonta a muchos años atrás

Podríamos hablar de los astrólogos, oráculos, ancianos, brujos o sacerdotes que eran consultados para orientar la toma de decisiones, hacer predicciones o para lograr cambios en la conducta. En la opinión de Lindsay (1971), debemos considerar a el horóscopo y las cartas astrales como las primeras herramientas que se utilizaron de manera sistemática para la descripción, explicación y predicción de la conducta de los seres humanos. (cit. En Avila, 1997)

Por otro lado Du Bois (1970), menciona la aportación de la civilización China en dichos orígenes de la psicología ya que existía desde el año 2200 a.C. un sistema para seleccionar a las personas que habían de ocupar los puestos de gobierno, tomando en cuenta diversas características que solo algunos las poseían (citado en Avila, 1997).

Así mismo, buscando dichos cimientos históricos, debemos tomar en cuenta a los Griegos ya que la concepción Hipocrática sobre el diagnóstico tiene gran trascendencia para la consolidación posterior de las prácticas diagnósticas en la medicina y en muchas ciencias más. Ya que si la examinamos desde una perspectiva actual, tenemos que la teoría de Hipócrates era encontrar:

1. Si el sujeto realmente estaba enfermo o no

2. Si el trastorno era mortal o bien susceptible al tratamiento.

Misma teoría que hoy por hoy es la base de estudio de muchos profesionistas dedicados a la salud, tales como los médicos, psiquiatras, neurólogos, pediatras y psicólogos entre muchos más.

Paralelamente Hipócrates utilizaba el criterio fundamental de la experiencia “sensorial” que tiene que ver con “la sensación del cuerpo” ya que consideraba menos segura a la “palabra” que a la “sensación” y siguiendo esta filosofía, persigue tres finalidades con su trabajo que son: el describir, el explicar y el predecir las problemáticas en los sujetos, mismo procedimiento que en nuestros días esta vigente en disciplinas como la psicología.

Aquí es cuando toma auge el estudio del individuo por el simple hecho de ser diferente al otro, tal y como lo sostenía Platón, no tan solo a nivel psicológico, sino a nivel fisiológico y biológico, de esto nos hablaba Aristóteles(nacido el 384 a. C.) el cual propone de manera sistemática el análisis del carácter y los hábitos psicológicos de las personas, en base a sus características corporales. Y Pitágoras lo respalda, iniciando la valoración “Fisiognómica” (estudio del carácter a través del aspecto físico y sobre todo a través de la fisonomía del individuo) con propósitos de evaluación de la personalidad.

Existieron diversos antecedentes ancestrales que influyeron para el análisis de lo psíquico y lo corporal de hecho, más adelante Bacon (1605) sigue esta misma línea y propone una división en el estudio de la persona: la expresión del cuerpo y la expresión de los sueños, que a su juicio representan las dos vías fundamentales de la evaluación del psiquismo.

Otro autor como Boerhaave (1668-1738), anatomopatólogo, formula un acercamiento empírico comprensivo a través de la observación, del cual podrían inferirse las características morfológicas y fisiológicas del temperamento así como el “modo de enfermar” de los individuos.

Ya en el siglo XIX, Weber y Fechner pretenden establecer las relaciones funcionales entre el cuerpo y la mente utilizando entre otros la medida de los umbrales diferenciales a distintos niveles de estimulación y dando cabida a la autoevaluación subjetiva. Philippe Pinel (1745-1826), un médico francés destaca el valor diagnóstico de las historias clínicas además de que horrorizado por la insensata brutalidad que era costumbre en los hospitales mentales del siglo XIX, logró que se le nombrará director del manicomio de Bicetre y después, del Salpatriere. A través de su bondad y humanidad obtuvo grandes logros.

Casi al mismo tiempo, un inglés, William Tuke, se dedicó al establecimiento que se podría llamar un hospital moderno para el tratamiento humanitario de enfermos y perturbados. Esquirol (1772-1840) sintetiza una historia familiar y Guislain (1797-1860) propone un tipo de entrevista (estructurada) con preguntas específicas para el estudio del razonamiento y la memoria. Por su parte Rieger (1855-1939) es precursor de la exploración neuropsicológica, para detectar posibles lesiones cerebrales.

En Estados Unidos, Eli Todd, trabajó con éxito durante mucho tiempo para desarrollar un retiro para enfermos mentales. Como sus colegas europeos Todd enfatizó el papel de cuidado civilizado del respeto y de la moralidad. A través de sus esfuerzos, se volvió menos convencional considerar de los pacientes con enfermedad mental como incurables.

La búsqueda de los antecedentes psicológicos y un énfasis en el tratamiento habían empezado a remplazar la rudeza rutinaria de la custodia.

Otro estadounidense que tuvo un profundo efecto en el movimiento de la salud mental fue, Dorothea Dix, quien con determinación y obstinación, presionó, estimuló y lisonjeó hasta conseguir respuestas de los representantes del gobierno y en 1828 en Nueva Jersey respondieron construyendo un hospital para los enfermos mentales.

A través de los esfuerzos de este tipo de personas, entre muchas más, se establecieron las bases para un campo de la psicología clínica, pero sería erróneo evaluar estas contribuciones independientes de las fuerzas sociales de este tiempo, ya que todas tuvieron su importancia.

En el siglo XIX los filósofos y escritores proclamaban la dignidad e igualdad de todos los seres humanos. Los gobiernos estaban empezando a responder a la ciencia, que apenas empezaba a surgir, así empezó a prevalecer una atmósfera de conocimiento a través de la experimentación.

El sentimiento que las personas podían predecir, comprender y quizás aun controlar la condición humana comenzó a remplazar la vieja sabiduría. Este fenómeno ciencia, literatura, política, gobierno y reforma se convino para producir los primeros signos claros e inconfundibles de nuevas profesiones en lo que llegarían anocheceres como salud mental y sobre todo como las bases principales de la psicología clínica (Hothersall, 1997).

Por ello, en este momento ya podemos hablar de la aparición de la persona que debería ocuparse de la labor de ayudar al “otro” tomando en cuenta todo lo antes mencionado y sobretodo estando capacitado para aplicar toda la sabiduría ya conocida, a este personaje se le conoce hoy en día como “psicólogo clínico”, al cual puede describirse su actividad asemejándola a la del “sacerdote junto al lecho de muerte”, como a la “atención médica prestada a enfermos”; en nuestros tiempos el alcance de este concepto ha sido ampliado rápidamente ya que no solo incluye consideraciones médicas sino también sociales, no solo con el bienestar físico sino también el mental, no solo por cuestiones de curación, sino también de prevención, no solo de terapia, sino también investigación. Ello significa que la labor del psicólogo clínico esta relacionada hoy con muchos tipos de pruebas y se sospecha con muchas metodologías, por ello, a continuación se hablará de las múltiples labores del psicólogo en cuestión.

1.1.- Actividades del psicólogo clínico y de la salud.

El campo de acción del psicólogo clínico es muy grande y abarca desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neurosis, fobias, timidez, etc.), hasta patologías, como la esquizofrenia, que desestructuran casi por completo la personalidad del sujeto y cuyo tratamiento presenta muchas dificultades.

Es importante mencionar que más de un tercio de los psicólogos están ubicados en esta rama.

Por ello, algunos autores, tales como Bernstein y Nietzel (1996), les ha llamado a atención la forma en como los psicólogos llevan a cabo sus actividades y mencionan que los psicólogos clínicos se dedican a 6 actividades primordiales que dan sentido a su práctica cotidiana: evaluación, tratamiento, consultoría, administración, investigación y enseñanza.

1.1.1. La **evaluación** consiste en recabar de sus pacientes información que cubre muchos aspectos: su conducta, sus problemas, su capacidad, su actividad intelectual; la manera con que son utilizados estos datos es muy variada, se pueden utilizar para hacer un diagnóstico de problemas de conducta, ayudar a un paciente en su elección vocacional, seleccionar a los candidatos mas idóneos para un trabajo, describir las características de una personalidad, seleccionar el tipo de tratamiento psicológico adecuado, entre otras cosas. A pesar de su diversidad, los métodos que se pueden usar generalmente son tres: pruebas, entrevistas y observaciones directas.

1.1.2. El **tratamiento** consiste en ayudar a sus pacientes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian. Cabe resaltar aquí la importancia de la intervención en crisis o también llamada terapia en

crisis. Según con lo establecido por Slaikeu (1996), la intervención en crisis implica un periodo de psicoterapia breve, dirigida a ayudar a los individuos a solucionar sucesos traumáticos o perturbadores, de manera que puedan salir preparados, más que limitados, para enfrentar el futuro, dicha prevención puede tomar tres formas:

Primaria: se encamina a reducir la incidencia de los trastornos: la prevención primaria utiliza la educación pública para generar cambios, así como la administración en relación con los tenses ambientales, asimismo enseña habilidades para resolver problemas.

Secundaria: busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos. La prevención secundaria utiliza la intervención en crisis, los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis.

Terciaria: se encamina a reparar el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. La prevención terciaria utiliza la psicoterapia a largo plazo, el reentrenamiento y la rehabilitación.

Lo anterior se establece mediante la realización de un contacto psicológico, el análisis de la dimensiones del problema, el sondeo de posibles soluciones, la participación en la ejecución de casos concretos y una fase de seguimiento para verificar el progreso del o de los pacientes.

Asimismo la intervención puede llamarse psicoterapia, modificación de conducta, asesoramiento psicológico, acompañamiento o de otras maneras dependiendo de la orientación del psicólogo. Tradicionalmente el tratamiento era individual, en la actualidad el tratamiento es hacia grupos de pacientes, al igual que dos o más psicólogos trabajan en conjunto. El tratamiento puede brindarse en consultas o puede ser parte de los servicios que ofrece una institución, su duración es variable y puede consistir desde una sesión hasta varios años. Las sesiones puede consistir en monólogos del paciente o del terapeuta, en la dolorosa construcción de nuevas

actitudes, en momentos de intenso drama emocional y la relación puede ser desde totalmente espontánea y natural hasta sumamente estructurada.

- 1.1.3. La **consultoría** es otro aspecto que atañe a la labor del psicólogo, en esta actividad el psicólogo tiene la posibilidad de combinar la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza, el campo para el psicólogo clínico se presenta interesante y lucrativo, este servicio se puede brindar de manera individual o perteneciendo a empresas o consultorios psicológicos.

Los aspectos básicos de la consultoría son: la orientación cuyo objetivo, está dirigido a tratar directamente o aconsejando, con relación a la problemática mostrada; otro tipo sería la discusión periódica con los ejecutivos o agentes de las distintas instituciones; otra manera de orientar la consultoría, es mediante programas dirigidos a aspectos de la organización o de la estructura que están provocando los problemas. Otra dimensión importante de la consulta es la determinación de responsabilidades, en algunos casos el consultor tiene toda la responsabilidad en la solución de algún problema (Bernstein y Nietzel, 1996).

El psicólogo clínico debe tener claro que es un extraño en la organización y que esta situación tiene consecuencias, pues los ejecutivos y el personal de la institución pueden sentirse atacados y obstaculizar la acción del consultor, si consideran su presencia como una amenaza a la seguridad de sus empleos, además de las pugnas y rivalidades personales pueden matizar o distorsionar la información en que el psicólogo se debe basar para hacer su diagnóstico.

1.1.4. La **administración** incluye la supervisión del funcionamiento diario de una institución, tener a un psicólogo clínico como Administrador es tener a un consultor de tiempo completo, que no solamente da consejos, sino que los realiza y toma la responsabilidad de su ejecución.

Algunos puestos administrativos ocupados por psicólogos clínicos pueden ser: director de departamento de psicología en una universidad, director de un centro de asesoramiento para estudiantes, director de una firma de consultorio o de un centro de pruebas psicológicas, las personas que están en estos puestos tienen como cometido coordinar las actividades del personal, planear y organizar los recursos, distribuir los presupuestos, desarrollar y llevar a cabo las políticas de la institución, redactar los informes, presidir las reuniones, escribir las propuestas para la asignación de fondos, hacer planes para la utilización y el desarrollo de las instituciones, recibir a los visitantes importantes, representar a la institución en reuniones y ante el gran público, servir de mediador en conflictos con otras instituciones, contratar secretarías, decidir las promociones y los aumentos de salarios y delegar responsabilidades a otras personas o comités.

Los psicólogos clínicos pueden llegar a ser buenos administradores, pero esto se debe más bien a aptitudes personales o a las experiencias que se han ido acumulando a lo largo de la vida, que a lo que aprendieron en la facultad (Bernstein y Nietzel, 1996).

1.1.5. La **investigación** también es uno de los aspectos que distinguen a esta rama, cuando se le compara con otras profesiones cuyo objetivo es ayudar a los demás.

En esta área cada vez se hacen más investigaciones experimentales que utilizan técnicas e instrumentos más especializados y estadísticos que cada vez son más complejos para el análisis de datos.

Los objetivos de investigación clínica son muy variados. Aunque se puede mencionar que las áreas en donde se realiza con mayor frecuencia, son:

Psicofarmacología.

Problemas del desarrollo.

Geriatría.

Diseño y validación de pruebas.

Diagnóstico y ajustes de la personalidad.

Procedimientos terapéuticos.

Lesiones cerebrales y retraso mental.

Desórdenes psicóticos, neuróticos y psicósomáticos de la conducta.

Problemas familiares y conyugales.

1.1.6. La **enseñanza** es otra área que es muy concurrida por los psicólogos clínicos casi de tiempo completo, ya que promueven el desarrollo intelectual, social y emocional de niños adolescentes y adultos; con frecuencia evalúan y recomiendan, programas, tratamientos o asignaciones especiales, de ser necesario.

Con referencia a lo anterior, el siguiente cuadro muestra los porcentajes de las actividades llevadas a cabo por los psicólogos clínicos a través de los años:

| FUNCION | KELLY (1961) | GOLDSCHMID (1969) | LUCA (1975) | GARFIELD Y KURTZ (1986) |
|----------------|-----------------|----------------------|-------------|----------------------------|
| EVALUACIÓN | 50 % | | | 87 % |
| TRATAMIENTO | 54 % | 34 % | 49 % | 75 % |
| INVESTIGACIÓN | 25 % | 12 % | 8 % | 55 % |
| ENSEÑANZA | 25 % | 15 % | 14 % | 67 % |
| CONSULTORIA | | 3 % | 13 % | 54 % |
| ADMINISTRACIÓN | 5 % | 6 % | 1 % | 63 % |
| OTROS | | NO INCLUIDOS | | 55 % |

Fig. 3 Nos muestra las funciones del psicólogo a través de la historia, según Bernstein y Nietzel , (1996)

Por su parte para Harrsch (1985), nos muestra las funciones y centros de atención de los psicólogos clínicos, por nivel académico y las ubica de la siguiente manera:

| FUNCIONES | NIVEL ACADEMICO | CENTROS DE ATENCIÓN |
|--|--|---|
| 1. EVALUACIÓN 2. DIAGNOSTICO 3. PREVENCIÓN 4. ORIENTACIÓN 5. REHABILITACIÓN 6. PSICOTERAPIA <ul style="list-style-type: none"> • INDIVIDUAL • PAREJA • FAMILIAR • GRUPO | LICENCIATURA POSGRADO Y ESPECIALIDAD EXPERIENCIA SUPERVISADA | <ul style="list-style-type: none"> • HOSPITALES • CLINICAS • GUARDERIAS • CENTROS DE SALUD MENTAL • CONSULTORIOS • DEPARTAMENTOS GUBERNAMENTALES. • ESCUELAS • ETC. |

Fig. 4 Nos muestra las funciones y centros de atención del psicólogo.

Fig. 3 Nos muestra las funciones del psicólogo a través de la historia, tomado de Bernstein B. y Nietzel S. (1996) *Introducción a la psicología clínica*. México Mc Graw Hill, Cap. 1 y 2.

Fig. 4 Nos muestra las funciones y centros de atención del psicólogo. Tomado de Harrsch C. (1985). *El Psicólogo ¿ Qué hace?*. México, Alambra, Cap. 1 y 2.

Observando los cuadros anteriores tenemos que el campo de acción de los psicólogos clínicos hoy en día es muy amplio, de hecho tenemos a otro tipo de profesionistas ocupando los puestos de dichos psicólogos, como es el caso de los trabajadores sociales, pedagogos, administradores de empresas, profesores y más profesionistas que se han dado a la tarea de aprender algunas de las técnicas y metodologías para poder llevar a cabo algún trabajo relacionado con la ayuda a los “otros” y así se han convertido en los “opositores” de los propios psicólogos clínicos, y aún así, en la actualidad también se han dado alianzas con respecto a estas profesiones.

Un ejemplo de lo anterior es la alianza de la psicología clínica y de la salud integral, por su parte, dos campos de especialización separados previamente existentes: la psicología clínica y la psicología de la salud, dedicadas específicamente, una a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y la otra a los fenómenos y problemas psicológicos en su relación con los problemas médicos o de la salud en general. Todo ello está de acuerdo con la visión holística e integradora actualmente mantenida tanto sobre la salud como sobre la enfermedad como un todo integrado biológico, psicológico y social (Latorre y Beneit, 1992).

En este mismo sentido, conviene llamar la atención sobre el hecho de que la psicología clínica y de la salud no solamente se aplica o toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con más dedicación, a los procesos y estados de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos humanos, tratando de asegurar los mismos o de restaurarlos en caso de que estos se hubieran perdido, de acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y de educación para la salud desarrolladas igualmente por la psicología clínica y de la salud, al mismo tiempo que el psicólogo tiene una gran importancia para el desarrollo y tratamiento de las problemáticas de este tipo .

A continuación se dará una descripción de las formas en cómo el psicólogo clínico trabaja, sobretodo tomando en cuenta las formas de intervención bajo las diferentes escuela psicológicas, pero todas bajo un mismo fin, el bienestar del paciente.

CAPITULO 2.

LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO CLINICO.

Desde la promulgación de la Ley de salud de 1948 ha ido creciendo la demanda de psicólogos clínicos para trabajar con niños y con adultos en los hospitales de enfermos mentales, clínicas psiquiátricas externas, instituciones destinadas a los subnormales mentales, pabellones de neuróticos, centros de rehabilitación y cada vez más en los hospitales generales.

Los psicólogos que trabajan en el servicio de salud sea con niños o con adultos se ocupan de problemas psicológicos que suscita el diagnóstico y del planeamiento de la rehabilitación educacional, social y ocupacional de los pacientes.

Y el criterio con el cual trabajan los psicólogos clínicos es para saber si el paciente es o no anormal mentalmente. Cuando no existe solución de continuidad entre las áreas del comportamiento normal y las del área patológica: ansiedad o agresividad son por ejemplo dentro de cierto margen perfectamente normales y fisiológicas, pero se convierten en conductas anormales cuando sobre pasan determinados límites (Vaillant,G, 1970, pp 497).

Por lo anterior tenemos que analizar la forma en como los psicólogos clínicos pueden entender la problemática del paciente y la forma en como puede intervenir en dicha problemática, por ello, a continuación se presentarán las diversas formas de detección y tratamiento de la problemática, remarcando algunas de las “escuelas psicológicas” que pueden ayudar a la mejora del paciente y siempre tomando en cuenta que no es necesario que el psicólogo clínico se incline hacia alguna de ellas, sino al contrario que hay que visualizar la pluralidad entre todas

ellas ya que a lo largo de este capítulo podremos ver la diversidad de técnicas que se pueden utilizar para la mejora de la problemática, sin tener que encasillarnos en alguna de ellas, sino que tomando en cuenta lo más conveniente para el paciente

2. DETECCION DEL PROBLEMA.

Estos métodos incluyen pruebas estandarizadas, como inventarios de personalidad , de intereses; la evaluación psicofisiológica, escalas o inventarios de ansiedad, la observación realizada por otras personas, incluida la del terapeuta, la auto-observación, mediante la cual el paciente observa y registra algunos aspectos del problema y una de las más importantes LA ENTREVISTA directa o indirecta, donde el paciente y el terapeuta identifican el problema mediante el intercambio verbal y no verbal de mensajes, ya que su propósito es iniciar la recopilación de información sobre los problemas del paciente.

2.1. LA ENTREVISTA.

La entrevista directa es uno de los métodos que siempre está a disposición de cualquier terapeuta y para ello no requiere de ningún costo o tiempo adicional. (Bellack, 1983).

Según la literatura cognitivo-conductual, la entrevista es el instrumento de evaluación más frecuente (Haynes & Jensen, 1979; Nelson, 1983).

Nelson (1983) señala que la entrevista es una de las estrategias usadas con mayor frecuencia que ningún otro procedimiento, probablemente porque es práctico para el entorno aplicado y por su eficiencia potencial; a pesar de esto, algunas personas opinan que constituye un enfoque de evaluación muy difícil de poner en práctica ya que se necesita “la experiencia” si precisamos información objetiva y valida de los pacientes para establecer un plan de tratamiento adecuado.

Una parte de la entrevista conlleva extraer información sobre los antecedentes del paciente, especialmente cuando están relacionados con los problemas presentes. La información histórica o del pasado, se utiliza como uno de los apartados del proceso general de la entrevista que puede ser válido para que el terapeuta inserte todas las piezas.

Así el historial puede servirnos como base para identificar condiciones, antecedentes históricas o cognitivas que aún ejercen influencia sobre la conducta problema y que de otro modo serían ignoradas (Bellack, 1983).

Durante la entrevista inicial pueden solicitarse diversos tipos de información, pero las áreas más importantes son:

1. Identificación del paciente
2. Aspectos generales
3. Historial relacionado con el problema presente
4. Historial psiquiátrico y/o terapéutico
5. Historial académico y profesional
6. Historial medico y sanitario
7. Historial evolutivo/ social (incluyendo los antecedentes religiosos y culturales, las afiliaciones, los valores, los problemas del pasado, los acontecimientos cronológicos/evolutivos, las actividades sociales/ de ocio y la situación social actual)
8. Historial familiar, marital y sexual
9. Evaluación de los patrones comunicativos
10. Resultados del estado mental; resumen diagnóstico.

Normalmente el entrevistador empieza con los temas menos conflictivos y deja los más sensibles para el final, cuando se haya establecido un grado mayor de rapport y el paciente se sienta más cómodo para revelar información personal.

La cantidad de tiempo y del número de sesiones necesarias para obtener la información variará según los problemas y los pacientes; pero algo claro es que durante las entrevistas iniciales con los pacientes, se deben generar expectativas que inspiren confianza.

Algunas veces la presencia de un problema genera una cadena con otros problemas resultantes, cuando se elimina o se resuelve uno, el resto mejora o asciende a una posición anterior para ser examinado y modificado (Bellack, 1983).

Así pues, se observa la eficiencia de esta técnica, y aunado a ella, otra forma en que la información se vuelve más amplia es en el momento en el que se utilizan otro tipo de instrumentos que ayudan a ver de manera más compleja la problemática, estas son las pruebas psicológicas.

2.2. PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

Una de las múltiples funciones de todo psicólogo clínico es hacer el llamado “psicodiagnóstico”. Aún en la actualidad se cree que esta función es la única útil que lleva a cabo el psicólogo; en cuanto a la clínica.

Morales (1993) menciona que los propios psicólogos ignoran la extensión de su área profesional; además desconocen que cuentan con una metodología y una instrumentación, de la cual carecen tanto la psiquiatría, rama de la medicina y el propio psicoanálisis, este es el método clínico (el cual consiste en que las implicaciones e hipótesis pueden ser investigadas rigurosamente en una amplia variedad de situaciones, para así dar una explicación completa, eficiente y verificable del desarrollo mantenimiento y modificación de los aspectos problemáticos y no problemáticos de la conducta humana) para el tratamiento de

algunas alteraciones conductuales, que hacen a la psicología una ciencia totalmente independiente de las demás.

De tal suerte, el psicólogo clínico emplea test para advertir y comprobar los problemas que tiene una persona que acude a tratamiento psicológico, es más práctico que esperar solamente a que, a través del paso del tiempo, mediante la observación un tanto pasiva de la conducta, se pueda determinar qué es lo que ocurre, con el peligro, además de que los juicios estén influidos por la particular manera de ver o manejar determinado tipo de problema por parte de quien evalúa (Morales 1993).

Generalmente las pruebas (o test) consisten en pedir que responda a estímulos normalizados, presentados “en vivo”, por escrito u oralmente, en fotografías o en películas, en grabaciones o en video tape (Bernstein D. y Nietzel, 1988).

Dichas pruebas psicológicas son herramientas que proporcionan información complementaria a la obtenida en la entrevista inicial (Arias, 1987, citado en Lara, 1992).

2.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS PRUEBAS.

- a) POR SU TIPO DE RESPUESTAS.** (psicométricas o proyectivas)

- b) POR SU FORMA DE ADMINISTRACIÓN.** (individual, colectivas y auto-administradas)

- c) POR SU TIPO DE RESPUESTA.** (lápiz-papel, ejecución y orales) (Orozco, 1983, citado en Lara, 1992).

En otra instancia cabe mencionar que no importa que tipo de aplicación tengan las pruebas, sino que lo importante de ellas, es la utilidad que tiene su uso, ya que se encargan de evaluar y recabar la información de los pacientes, que tiene que ver con diversas problemáticas que pueden estar relacionadas con diversos aspectos como:

- sus problemas de conducta,
- ayudar a los pacientes a su elección vocacional,
- seleccionar a los candidatos más idóneos para un trabajo,
- describir las características de su personalidad,
- seleccionar el tipo de tratamiento psicológico más adecuado,
- suministrar datos en un proceso legal con respecto al compromiso de los individuos con diversas instituciones,
- hacer un informe más completo de los problemas de conducta de un paciente,
- seleccionar candidatos para un proyecto de investigación,
- evaluar los resultados que se obtuvieron con un tratamiento
- y para mil cosas más

Gracias a esta forma de evaluación se puede determinar el tipo de intervención a seguir, por ello a continuación se mencionan algunas de las pruebas utilizadas en la actualidad.

2.2.2. INTELIGENCIA.

Se refiere a la medición de la capacidad intelectual a través de sus distintas formas de funcionamiento, como memoria, vocabulario, razonamiento, etc.

Entre las pruebas más conocidas se encuentran el WIPSSI, WAIS, WISC-RM, Raven, Goodenough, Factor G de Cattell, Beta II-R y muchas más.

2.2.3. HABILIDADES.

Se refiere a la capacidad que tiene una persona para desarrollar una tarea con éxito, como resultado del desarrollo de una aptitud.

Entre las conocidas están: Thurstone de habilidades Mentales Primarias, KUDER Vocacional, Inventario del Rasgos Temperamentales y más.

2.2.4.PERSONALIDAD.

Básicamente es la medición de aspectos internos del paciente y su relación con el medio ambiente comprendiendo por personalidad el reflejo de la manera en que la persona se ajusta a las demandas interpersonales y situaciones de su medio.

Por ejemplo tenemos: MMPI-2, Frases Incompletas, Machover, Pata Negra, Familia, Test de Apercepción Temática, Casa- árbol-Persona, entre muchas más.

Actualmente existe una gran diversidad de pruebas que podríamos utilizar, pero conforme el tiempo pasa es muy común que algunas de ellas dejen de tener el valor con respecto a su utilidad por ello continuamente unas suplen a otras y mientras unas aparecen otras se descontinúan, por ello es imposible mencionar las más actuales o comunes sin embargo estos solo son algunos ejemplos de las más representativas en la actualidad.

No de igual manera sucede con las formas de intervención en una terapia, ya que existe una gran diversidad de técnicas muy antiguas que en la actualidad son utilizadas por los terapeutas, ya sea a nivel puro o con las debidas modificaciones.

2.3. DIVERSAS FORMAS DE INTERVENCION.

TERAPIA. Algunos la llaman el mayor vehículo jamás inventado para curar los males psíquicos de la sociedad e intenta lograr un crecimiento personal. Otros consideran que es sólo un deporte, una valoración más moderada y la

catalogarían como una herramienta que es, en el mejor de los casos, imperfecta – limitada por la complejidad de la tarea.

Así, la terapia y sus principales variables, aspectos y características nos da una descripción general acerca de la “intervención” y menciona en un sentido muy general que dicha intervención es un método para inducir cambios en la conducta, pensamientos o sentimientos de una persona. En algunos casos, la terapia se emprende para resolver un problema específico o para mejorar la capacidad del individuo para manejar conductas, sentimientos o pensamientos existentes que son debilitantes.

En otros casos, el centro de atención puede estar más en la prevención de problemas que en remediar un estado existente.

A través de los años se han ofrecido muchas definiciones para el proceso de intervención por ejemplo Woldberg (1967) nos habla acerca de que la terapia es una forma de tratamiento para los problemas de naturaleza emocional en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con objeto de retirar, modificar o retardar síntomas existentes, de mediar patrones perturbados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo personal (cit. En Phares 1996 p. 288).

Otro autor menciona que “la terapia es una intervención planificada, con carga emocional y de confianza, entre una persona entrenada y socialmente aprobada para curar y alguien que sufre. Durante esta intervención, quien cura busca aliviar la angustia e incapacidad de quien sufra mediante comunicaciones simbólicas y actividades corporales. Aquel que cura puede hacer participar o no a los familiares y a otras personas relacionadas y con el paciente. Con frecuencia la terapia también incluye ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida, que se puede utilizar como oportunidad para el crecimiento personal” (Frank, 1982, p.10., cit, Phares 1996, p. 289).

Estamos de acuerdo en que estas definiciones son bastante generales. Los profesionales de enfoques específicos como el psicoanálisis, el conductismo,, el

humanismo, la terapia de la Gestalt y otras, mostrarán correctamente que estas definiciones difícilmente transmiten la esencia de cada una de ellas.

- **2.3.1. LA TERAPIA PSICOANALITICA.**

El enfoque psicodinámico de la terapia utiliza motivos y conflictos inconscientes en la búsqueda de las raíces de la conducta. Depende también en gran medida del análisis de la experiencia pasada. El epítome de la perspectiva reside en la terapia psicoanalítica de Sigmund Freud.

Casi todas las formas de terapia que dependen de transacciones verbales entre terapeuta y paciente tienen una enorme deuda con el psicoanálisis- tanto en teoría como en la práctica. Ya sea la terapia existencial, terapia cognoscitivo-conductual, terapia familiar o la simple psicoterapia tan conocida, las influencias psicoanalíticas son claramente evidentes aun cuando no siempre se les reconozca de manera formal (Phares, 1996).

PSICOANALISIS: LOS INICIOS.

En 1885 se le otorgó una beca a Freud para estudiar en París con el famoso Jean Charcot. El era conocido por su trabajo con histéricas. La histeria se consideraba como un trastorno “femenino” que con mayor frecuencia se caracterizaba por parálisis, ceguera y sordera. Estos síntomas sugerían una base neurológica, sin embargo no se podía encontrar causa orgánica para ellos. Charcot había descubierto que algunas pacientes histéricas podían, bajo hipnosis, vencer sus síntomas y en ocasiones recordar las experiencias traumáticas que los habían causado.

Freud se mostró sumamente impresionado por el trabajo de Charcot y comenzó a utilizarla dentro de su práctica como neurólogo.

Freud trató a muchos de sus pacientes con hipnosis. Sin embargo, no todos eran buenos candidatos para los procedimientos hipnóticos. A otros se les podía hipnotizar con facilidad, pero mostraban la desconcertante tendencia a no recordar lo que había surgido durante el trance, lo cual por supuesto destruía la mayor parte de las ventajas de la hipnosis. Un ejemplo fue Elizabeth, en 1892. Freud le pidió que, mientras estaba completamente consciente se concentrara en su mal y recordara cuándo había comenzado. Le pidió que se recostara en un diván y ejerció presión con su mano sobre la frente de la paciente. Este fue el inicio de lo que se llegaría a conocer como método de asociación libre el camino regio al inconsciente, el cual consistía en que el paciente habría de decir todo aquello que acudiera a su mente por irrelevante que pareciera.

De igual manera, Freud introdujo conceptos a lo largo del tiempo, tales como: **transferencia** (la respuesta emocional del paciente frente al terapeuta), **contra-transferencia** (la respuesta emocional del terapeuta frente al paciente), **Catarsis** (liberación terapéutica de las emociones que causaban tensión o ansiedad), **resistencia** (renuncia general a discutir), **represión** (impulso inconsciente). El **inconsciente** (el área de la mente que es inaccesible al pensamiento consciente), **insight** (comprensión total de los determinantes inconscientes de los propios sentimientos, pensamientos o conductas irracionales que producen tanta infelicidad) y más. Así pues, Freud menciona que una vez que se confrontan y comprenden por completo estas razones inconscientes, desaparecerá la necesidad de defensas y síntomas neuróticos.

Otra técnica para poder poner en manifiesto nuestro inconsciente, era el estudio e **interpretación de los sueños**, ya que se piensa que los sueños se ven como cumplimientos simbólicos del deseo, que con frecuencia proporcionan claves importantes acerca de los deseos y sentimientos de la infancia. Durante el sueño se relajan las defensas habituales y surge al primer plano el material del ello que al volverse amenazante, la persona despierta con rapidez, por eso es

importante analizar tanto el **contenido manifiesto** (es lo que ocurre de hecho en el sueño) y su **contenido latente** (se refiere al significado simbólico).

Desde el punto de vista Freudiano todo esta determinado; no existen accidentes. El ***lapsus linguae*** y la cita olvidada, no son simples errores orales o de vista. Más bien representan la expresión consciente de un deseo inconsciente.

Cuando el paciente comete estos errores en terapia se le proporcionan datos adicionales mediante los cuales puede evaluar los problemas. El significado del error no es fácilmente aparente y por tanto se le puede pedir al paciente que haga asociaciones libres acerca del error. Estas asociaciones, junto con la interpretación del terapeuta, pueden ayudar a proporcionarle a la persona un insight adicional.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la interpretación de todos estos elementos, es el método a través del cual se manifiesta el significado inconsciente de pensamientos y conductas, también es un proceso mediante el cual puede inducirse al paciente a considerar sus pensamientos, conducta, sentimientos o deseos de una manera diferente.

Colby (1951) dice que: “la intención terapéutica de la afirmación (interpretativa) consiste en confrontar al paciente con algo dentro de sí mismo contra lo cual se ha protegido o de lo cual está parcial o totalmente inconsciente. Así, se hace consciente lo inconsciente” (cit. Phares, 1996, pp. 294).

Una de las terapias que son derivadas del psicoanálisis es la **TERAPIA ADLERIANA**, la cual es originada por Alfred Adler (1870-1937) el cual pertenecía al círculo de colegas de Freud en 1902.

Adler comenzó con una teoría sobre la compensación que se derivaba de la inferioridad orgánica y avanzó hacia los conceptos de inferioridad psicológica y lucha compensatoria por el poder.

La terapia observa la falta de interés social y estilo de vida erróneo del paciente. En el tratamiento Adler intentaba liberar a los pacientes de la guía de la ficción o estilo de vida equivocado y construir un sentimiento de interés social un deseo de ayudar a los otros y de contribuir a la sociedad.

Para ayudar a construir la confianza en sí mismo y “valor” del paciente, a menudo Adler utilizaba el establecimiento de la confianza y estímulos directos, por ejemplo, para formar el interés social en el paciente, se alentaban y reforzaban la cooperación y la independencia y se desalentaban las conductas contrarias a estas últimas.

Adler consideraba que los neuróticos tenían un estilo de vida equivocado y su enfoque a la terapia poseía un cierto aspecto de enseñanza. Se proponía educar de nuevo al paciente hacia el interés social y a otro estilo de vida a través de una variedad de técnicas específicas (Martorell, 1996).

Es importante mencionar que varias de estas técnicas son bastantes similares a una variedad de técnicas analíticas, conductuales, cognoscitivas o fenomenológicas tan en boga hoy en día, pero que de igual manera fueron efectivas en su momento. (Phares, 1996, p. 324)

El compromiso del psicoanálisis y de sus herederos es la reconstrucción de la personalidad a través del insight, dicha terapia está basada en el análisis del pasado, pero en ocasiones puede parecer que el paciente puede utilizar la necesidad de comprender y búsqueda del pasado como una razón para no afrontar los problemas actuales. El análisis interminable del conflicto y motivos y sus orígenes en la infancia pueden reemplazar con toda facilidad la necesidad de

encontrar soluciones y alternativas conductuales a los problemas vitales. Así pues, con frecuencia el psicoanálisis parece ser una suposición de que la conducta adaptativa y de ajuste ocurrirá automáticamente una vez que se logre el insight y que el cambio conductual seguirá con seguridad al insight. Sin embargo, la evidencia para esta suposición es sumamente escasa. Muchos han discutido que de hecho, el verdadero curso de eventos sigue el patrón contrario, que se logra un insight a través del cambio conductual (Alexander y Frec., 1946, cit en Phares, 1996).

Por último es importante mencionar los aspectos económicos de esta psicoterapia, ya que por su misma naturaleza (reconstrucción de la personalidad), el psicoanálisis es un procedimiento largo y costoso. Su curso durante 3 a 5 años y la preparación larga y costosa de aquellos que lo practican aseguran que será una empresa cara. En consecuencia, se ha vuelto una terapia para los ricos.

Tan sólo por estas razones, muchos consideran el psicoanálisis como un fracaso. Tiene una incapacidad inherente para ser una meta en los problemas de salud mental del país.

Las técnicas psicoanalíticas parecen haber ayudado a muchos pacientes y, como teoría de la terapia, el psicoanálisis constituye la base de muchas formas de psicoterapia.

2.3.2. TERAPIA CONDUCTUAL.

Las terapias conductuales se han vuelto una de las principales fuerzas en psicología clínica. Ha aparecido un flujo constante de libros que proporcionan análisis amplios acerca de la teoría, técnica y aplicaciones de una extensa variedad de métodos conductuales de terapia. De hecho, ha alcanzado la etapa de madurez donde no solo puede hacer alarde de sus éxitos, sino también reconocer sus fracasos.

La historia nos habla acerca del trabajo de Watson y Rayner (1920), quienes condujeron el estudio de laboratorio acerca de Albert y la rata blanca, por otro lado, Mary Cover Jones (1924) demostró la manera en que pueden eliminarse estos miedos aprendidos (Phares, 1996, p. 361).

Así pues, estas experiencias anteriores son las primeras informaciones teóricas del movimiento de la terapia conductual, que fueron el condicionamiento pavloviano y la teoría del aprendizaje, y muchos autores más como Joseph Wolpe, Arnold Lazarus, Hans Eysenck, Salter que introdujeron nuevas técnicas que se derivan del esquema de una ciencia experimental sistemática

Algunos de ellos como Wolpe, Lazarus y Eysenck desarrollaban sus procedimientos de condicionamiento, la tradición operante comenzaba a tener un impacto. Skinner y sus colaboradores mostraban que se podía modificar la conducta de pacientes psicóticos hospitalizados a través de procedimientos operantes. Mediante el establecimiento de ambientes controlados que aseguraran que a ciertas conductas del paciente le seguirían consecuencias específicas, se produjeron cambios conductuales significativos (Phares, 1996, p. 363).

La **desensibilización sistemática** es una de las técnicas utilizadas por el conductismo la cual se aplica por lo general cuando un paciente tiene la capacidad para responder adecuadamente a una situación en particular (o clase de situaciones) y sin embargo reacciona con ansiedad, temor o evitación. En términos básicos, la desensibilización sistemática es una técnica para reducir la ansiedad. La desarrollaron Salter (1949) y Wolpe (1958) y se basa en el principio de apariencia simple de que uno no puede estar relajado y ansioso de manera simultánea. La idea consiste en enseñar a los pacientes a relajarse y entonces, mientras se encuentran en un estado de relajación, introducir gradualmente series de estímulos productores de ansiedad que van incrementando. En un momento

dado, el paciente se desensibiliza a los estímulos productores de temor en virtud de haberlos experimentado mientras está en un estado de relajación.

Así pues, se emplean con frecuencia los métodos de relajación progresiva de Jacobson (1938). Primero se le enseña al paciente a tensar y relajar grupos particulares de músculos y después a que distinga entre sensaciones de relajación y tensión, posteriormente se hace un análisis acerca de los problemas específicos, el terapeuta trabaja en conjunto para construir jerarquía de eventos que ocasionen ansiedad en el paciente, para así trabajar una a una, tratando de disminuir la misma (Phares,1996, p. 369).

La **terapia implosiva** habla de que las personas reaccionan ante ciertas situaciones con temores crónicos debido a que no han aprendido que esas situaciones son en realidad inofensivas. De alguna manera, se debe hacer que estos individuos se encuentren con situaciones temidas y permanezcan en ellas a fin de descubrir que sus temores no tienen fundamento. De este modo se extingue la reacción de ansiedad por falta de reforzamiento.

Incluidas bajo este amplio encabezado se encuentran una variedad de técnicas cuya meta consiste en aumentar el repertorio de conductas de enfrentamiento del paciente. Es claro que el ensayo conductual no es un concepto nuevo, se ha presentado de una manera u otra desde hace muchos años, por ejemplo Moreno (1947) desarrolló el **psicodrama**, un tipo de role-playing o situaciones de ensayo, donde se eligen situaciones objetivo y el paciente representa los papeles apropiados y el terapeuta le proporciona instrucción y retroalimentación, para que finalmente el paciente en un tiempo logre representarlo en la vida cotidiana (Phares ,1996, p. 370)

Bandura (1969-1971) ha defendido el uso del **modelamiento** o del aprendizaje por observación (en particular con niños) como un medio para alterar patrones de conducta. La imitación, modelamiento o la observación son técnicas

mucho más eficientes de aprendizaje que la mera dependencia del castigo para las respuestas incorrectas y recompensa para las correctas. Se puede aprender con mayor eficiencia una nueva habilidad o un nuevo conjunto de conductas mediante observar a otras personas. Ver a otros ejecutar una conducta también puede ayudar a eliminar o reducir temores y ansiedades asociados. Por último a través de observación puede aprenderse a emplear conductas que ya son parte del repertorio conductual. (Martorell, 1996)

La terapia aversiva (aplicar un estímulo aversivo para inhibir una respuesta emocional indeseable, con lo cual se disminuye su fuerza de hábito), el manejo de contingencias (control de la conducta mediante la manipulación de sus consecuencias), la economía de fichas (se utilizan para promover conductas deseables a través del control de reforzamientos), son algunas técnicas que hoy en día se utilizan en estas terapias (Phares, 1996, p. 371).

En la **terapia cognoscitivo-conductual** el trabajo de Albert Ellis (1962), Goldfried y Davison (1976) era aceptar el concepto de que gran parte de la conducta desadaptativa se determina por las maneras en que las personas interpretan su mundo o por las suposiciones que hacen acerca de éste. Si esto es cierto, en consecuencia el terapeuta conductual debe enseñarles a los pacientes a etiquetar las situaciones de modo más realista para que puedan, al final obtener mayores satisfacciones. A fin de facilitar que un paciente reestructure los eventos, en ocasiones el terapeuta puede emplear argumentos o discusión en un intento por hacer que una persona vea la irracionalidad de sus creencias. Además de proporcionarles a los pacientes un análisis racional de sus problemas, el terapeuta puede intentar enseñarles a “modificar sus oraciones internas”. Es decir, que se les puede enseñar a que, cuando comiencen a sentirse incómodos en situaciones reales, deben hacer una pausa y preguntarse a sí mismos que están diciendo acerca de dichas situaciones.

En otros casos el terapeuta puede hacer que los sujetos imaginen dentro de terapia situaciones y problemas particulares. Todo esto se puede combinar con ensayo conductual, tareas en vivo, modelamiento y demás con el fin de cambiar la conducta alterando el modo en que el paciente piensa acerca de las cosas. (Phares 1996, p. 371)

2.3.3. PSICOTERAPIA: PERSPECTIVAS FENOMENOLÓGICA Y HUMANISTA- EXISTENCIAL.

Durante años, las perspectivas anteriores dominaron la psicoterapia. Pero a principios del decenio de 1940 comenzó a aparecer una alternativa seria a la psicoterapia psicoanalítica. Tiempo después la orientación psicológica no directiva se convertiría en la terapia centrada en cliente que tomó forma bajo la guía de Carl Rogers.

La **terapia centrada en el cliente** iniciada por Carl Rogers el cual luchaba con los problemas clínicos de niños con perturbaciones. Al igual que muchos terapeutas actuales, Rogers había estado expuesto constantemente al pensamiento psicoanalítico. Después de terminar su doctorado en la Universidad de Columbia, comenzó a trabajar en una clínica de orientación infantil. Mientras se encontraba allí, entró en contacto con **la terapia de voluntad** de Otto Rank y la **terapia de relación** de Jessie Taft; Rank sentía que se debía permitir a los pacientes la libertad de ejercer su propia voluntad y surgió la creencia de que ninguna persona tiene el derecho de controlar la vida de otra, encontró expresión subsecuente en sus conceptos terapéuticos de permisividad, aceptación y negativa a dar consejos.

a) EL MUNDO FENOMENOLOGICO

La teoría de la personalidad de Rogers se desarrolló con conceptos filosóficos acerca de la naturaleza de las personas. Más que eso, la terapia

centrada en el cliente se fundamenta en la teoría fenomenológica, esta misma afirma que la conducta está determinada en su totalidad por el campo fenomenológico de la persona, que es todo aquello que experimenta el individuo en un momento dado en el tiempo. Por tanto, para comprender la conducta de una persona se debe saber algo acerca del campo fenomenológico de la misma.

Un concepto muy importante dentro de la teoría es “el sí mismo”, en donde se afirma que el impulso humano básico consiste en conservar y aumentar la fortaleza del sí mismo; por tanto, en cierto sentido la autoestima se vuelve el origen de la conducta. Y los problemas de adaptación surgen cuando se amenaza al “sí mismo”. Por lo que aquello constituye una amenaza para una persona no necesariamente lo es para la otra, alguien experimentara amenaza cuando perciba que su sí mismo está en peligro.

Por consecuencia se habla de que una persona verdaderamente adaptada es aquella que puede integrar todas las experiencias dentro de un campo fenomenológico y no sólo las experiencias que son consistentes inmediatamente con el autoconcepto (Martorell, 1996).

PROPOSICIONES TEÓRICAS

Al principio Rogers (1951) formuló una serie de proposiciones que establecieron el tono para la perspectiva centrada en el cliente acerca de la personalidad.

- I. Afirmó que los individuos existen dentro de un mundo de experiencia en el cual ellos son el centro
- II. La persona es la única que puede saber acerca de esa experiencia.
- III. Por tanto, la persona es la mejor fuente de información acerca de sí mismo.

Rogers introduce conceptos como:

La autorrealización (Se dirige hacia el mantenimiento y aumento del sí mismo que tiene experiencia), **el sí mismo** (la conciencia del propio ser y funcionamiento), **la estructura del sí mismo** (que se forma a partir de interacciones con el ambiente y en particular con base en las evaluaciones de otros acerca de la persona) (Phares, 1996, p. 336).

Rogers menciona que la psicoterapia es la “liberación de una capacidad ya existente en un individuo potencialmente competente, no la manipulación experta de una personalidad más o menos pasiva” (p. 221). Este es el llamado **potencial de crecimiento** del cual depende tanto el terapeuta centrado en el cliente. Todas las personas poseen este potencial. La cuestión es liberarlo. Se supone que la terapia centrada en el cliente efectúa esta liberación, con lo cual se permite que las propias tendencias hacia la autorrealización emerjan.

En general, en la terapia centrada en el cliente se le resta énfasis al diagnóstico o evaluación. La mayoría de los rogerianos consideran que la evaluación no sólo es innecesaria sino que en realidad es perjudicial. De acuerdo con ellos, la evaluación coloca al psicólogo en un papel superior, de autoridad, que puede impedir el desarrollo de autonomía y autorrealización. El abandono de la evaluación parece implicar que la terapia centrada en el cliente es tan poderosa y efectiva como el método que funciona en todos los clientes, con independencia de sus problemas o circunstancias particulares en que se encuentren. Es necesario decir que aún no se ha demostrado adecuadamente la utilidad de esa suposición.

Como comentario final, Rogers demostró que no es necesario cavar en el pasado a fin de conducir psicoterapia. Se colocó el énfasis en las relaciones entre cliente y terapeuta y la aplicación de “técnicas” se volvió algo secundario. Incluso la palabra cliente sugiere un aspecto que tiene importancia. Se reemplazó el papel del paciente pasivo en el contexto de la demanda de autoridad del médico con el cliente que busca activamente experimentar la capacidad para elegir, igualdad y libertad.

b) HUMANISMO.

A pesar de que la psicología humanista es un desarrollo bastante reciente, sus orígenes se extienden hasta la filosofía y la historia de la psicología. Cuando se habla de humanismo se está pensando en psicólogos entre los cuales están Allport, Golstein, James, Murria y Rogers. El humanismo ha contribuido con algunos valores a la psicología, pero hay una cosa cierta, esos valores no están enraizados en el determinismo del psicoanálisis o del conductismo. En otras palabras, las personas no son el producto del pasado, del inconsciente o del ambiente. Más bien, ejercen su libre albedrío en la búsqueda de su potencial interno y autorrealización. No son la mezcla fragmentada de cogniciones, sentimientos y aspiraciones. Son seres humanos completos, unificados y únicos.

Comprender es apreciar dichas cualidades y también reconocer que la herramienta más poderosa del clínico es el entendimiento de que solo puede lograrse la comprensión mediante una conciencia acerca de la experiencia de la persona. Los llamados *constructos* científicos basados en normas, experimentos o datos deben ceder el paso a la intuición y la empatía. El énfasis no se coloca en la enfermedad, desviaciones o etiquetas diagnósticas sino en los impulsos positivos, la autorrealización, la libertad y la naturalidad. Bugental (1965), Buhler (1971), Buhler y Allen (1971), Jourrard (1971) y Maslow (1962) se han interesado en diversos aspectos de estos valores. De una u otra manera, el humanismo se expresa como una resistencia al determinismo positivista de la ciencia y como una creencia activa en la humanidad esencial de las personas (Phares, 1996, p. 342).

c) TERAPIA EXISTENCIAL

La psicología existencial rechaza el punto de vista mecanicista de los freudianos y en lugar de ello considera que las personas participan en una búsqueda de significado. En un momento en el que tantos individuos se encuentran preocupados con los problemas masivos de una sociedad tecnológica

y buscan reparar sus modos enajenados de vida, el existencialismo ha obtenido gran popularidad. Parece prometer la restauración del significado de la vida, un mayor despertar espiritual y el crecimiento individual traerá libertad de los obstáculos convencionales creados por una sociedad conformista (Bugental, 1978, citado en Phares 1996).

La meta final de la terapia existencial consiste en ayudar al individuo a alcanzar un punto en el que pueda crecer con responsabilidad, conciencia y toma de decisiones. El ejercicio de las capacidades cognoscitivas permitirá el logro de estados superiores de amor, intimidad y conducta social constructiva. A través de la terapia se debe aprender a aceptar la responsabilidad sobre las propias decisiones y a tolerar la ansiedad que se acumula a medida que avanza hacia el cambio. Esto implica confianza en uno mismo y una capacidad para aceptar aquellas cosas de la vida que son inevitables o que no pueden cambiarse.

Una de las formas más conocidas de terapia existencial es la **logoterapia**. Esta técnica alienta al cliente a encontrar significado en lo que parece un mundo insensible, poco interesado y carente de significado. Víctor Frank desarrolló la técnica y sus primeras ideas tuvieron influencia freudiana. Pero avanzó hacia un sistema existencial a medida que intentaba encontrar modos de lidiar con sus experiencias en los campos de concentración nazis.

d) TERAPIA GESTALT

En la terapia de la gestalt se sitúa el énfasis en la experiencia presente y en la conciencia inmediata sobre la emoción y acción. “Estar en contacto” con los propios sentimientos reemplaza la búsqueda de los orígenes de la conducta. Los problemas existenciales que se expresan a través de un fracaso para encontrar significado en la vida, surgen dentro de una sociedad tecnológica que separa a las personas de sí mismas. La irrealidad de las computadoras y tarjetas plásticas de crédito ha ocultado el verdadero significado de la vida, el cual se puede encontrar

sólo en la experiencia inmediata de las emociones. La terapia gestalt promete restaurar el equilibrio adecuado.

Castañedo (1993) menciona que científicamente, la psicoterapia de la gestalt nace en 1912 desarrollada por Max Wertheimer y sus discípulos Wolfgang Köhler y Kurt Koffka, posteriormente Frederick (Fritz), Perls fue la figura que identificó el desarrollo de la terapia, es el que habla acerca de que en realidad la Gestalt es una mezcla heterogénea de técnicas e ideas.

Pero un aspecto central a la terapia gestalt es el concepto de la persona como un todo organizado, como un conjunto desvinculado de emociones, cogniciones y conductas. Se llega a la conciencia a través de la expresión de lo que siente ahora con una base momento a momento. Así que para Perls, la realidad es ahora, la conducta es ahora y la experiencia es ahora. Buscar respuestas en el pasado es lidiar con aquello que ya no existe, así que Perls (1994) dice “para mí, no existe otra cosa que el ahora. Ahora= experiencia= conciencia= realidad. El pasado ya no existe y el futuro aún no llega. Sólo existe el ahora”(p. 14) .

El papel del terapeuta consiste en llamar la atención del paciente hacia los sentimientos, pensamientos y experiencias presentes. Sin embargo, el terapeuta interpreta, dado que se supone que la conciencia del ahora tiene sus propios poderes curativos, esa conciencia le permitirá a los pacientes integrar los aspectos antes repudiados de su personalidad.

En esta terapia es de gran importancia hacer que el paciente acepte la responsabilidad de sus propias acciones y sentimientos, ya que debe considerar que le pertenecen y por consecuencia no pueden negarlos, escapar de ellos o culpar a alguien o algo de su aparición.

Por tanto, si se tuviera que extraer de esta terapia las cuatro palabras más descriptivas de la misma, estas podrían ser: conciencia, experiencia, ahora y responsabilidad.

Según Levitsky y Perls, (1994), se requieren las siguientes reglas para la terapia gestalt:

1. Que la comunicación sea en el tiempo presente
2. Que la comunicación sea entre iguales (uno habla con, no hacia)
3. Uno utiliza el lenguaje del “yo” en lugar de “eso” (para alentar la aceptación de la responsabilidad)
4. El paciente se enfoca de manera continua en la experiencia inmediata
5. No debe de hacer chismes (en otras palabras, hablar acerca de alguien, en lugar de hablar él)
6. Se desalientan las preguntas (dado que con frecuencia las preguntas son modos silenciosos de afirmar opiniones más que de buscar información)

(citado en Phares, 1996)

De igual manera Naranjo (1970) describe los “preceptos morales “(o reglas que deben regir la vida de los pacientes) de la terapia gestalt, estos son:

1. Vive ahora (en otras palabras, ocúpate del presente y no del pasado o del futuro)
2. Vive aquí (en otras palabras ocúpate de lo que está presente y no de lo que está ausente)
3. Deja de imaginar (en otras palabras, experimenta sólo lo real)
4. Deja de pensar de manera innecesaria (en otras palabras, orientate hacia escuchar, ver. oler. gustar y tocar)

5. Experimenta las cosas directamente no expliques, juzgues o manipules
6. Ten conciencia tanto de lo agradable como de lo desagradable
7. Rechaza todos del “deberías” o “habrías” que no son tuyos
8. Asume completa responsabilidad por tus actos, pensamientos y sentimientos
9. Ríndete a ser lo que en realidad eres (Phares, 1996)

Así que el ser humano debe satisfacer sus necesidades de una manera cíclica, el ciclo parte desde el sentimiento o de una necesidad hasta la satisfacción de la misma y reposa, pasando por una serie de sucesos. Al proceso de necesidad satisfacción se le conoce como gestalt acabada (cuando se completa) la gestalt inacabada (cuando el proceso se interrumpe) suele manifestarse en la conducta de la persona, intentando con ello llegar al cierre y concluir la necesidad (Salama, 1991, p. 30).

Ahora bien, el ser humano se evidencia por medio de dos tipos de conducta, la conducta simbólica perteneciente al campo mental (pensar imaginar, soñar, fantasear) y la conducta interpersonal perteneciente a la relación que se establece con los demás (Castañedo, 1993. p.243).

Es en este tipo de conductas donde se manifiesta, la problemática personal y desde donde se intenta llegar al cierre de las gestantes, puesto que fenomenológicamente se parte de estas conductas que manifiestan tanto la necesidad apremiante del organismo como la satisfacción de la misma.

2.4 LA TERAPIA GESTALTICA Y LA REESTRUCTURACION DE LA PERSONALIDAD

El ser humano es vida, es energía fluyente, es energía visceral y es emociones. No por nada se clasifica a la gestalt como una terapia

“psicocorporal” o “psicoterapia con meditación corporal y emocional” (Ginger, 1993, p. 185).

Los terapeutas (como Laura Perls) no dudaban en contactar físicamente a sus pacientes (abrazarlos, encenderles un cigarrillo, tomarlo de la mano), si con ello conseguían ayudarlos en su toma de conciencia o solo dedicarse a observar su cuerpo (postura, respiración, mirada, voz, gestos) interviniendo no directamente sobre el cuerpo del paciente.

El caso es que el cuerpo y las emociones son algo importante tanto para el ser como para la terapia, el cuerpo humano es una frontera entre el sí mismo y los demás, mientras que las emociones son energía, fluyente o en reposo que pugna por manifestarse y expresarse, pero ocurre que “el deber” evita la manifestación de los sentimientos, pretende ocultarlos, enmascararlos o huirles; la energía así acumulada tiende a mantenerse de esta manera hasta que explota o a proyectarse, sin satisfacer la necesidad que la generó, la persona al evitar sus sentimientos evita el darse cuenta, el arriesgarse, el ser responsable de sus propios sentimientos y evita satisfacer sus necesidades o concluir con una gestalt inacabada.

El mantenimiento de la gestalt inacabada, la insatisfacción de las necesidades y la angustia de no ser uno mismo y de intentar ser otro, es lo que se le llama el padecimiento del ser humano (también se le ha llamado neurosis), y a su vez un estado constante de neurosis lo lleva a un estado de inestabilidad dentro de si mismo, por ello es tan importante detectar la necesidad de, para así trabajar para satisfacerla, transformando la necesidad en placer o alivio, para que entonces la persona pueda decir “ ahora que estoy con lo que me satisface me estoy sintiendo mucho mejor”

Todos los terapeutas gestaltistas, reconocen la importancia del lenguaje del cuerpo y la manifestación de los sentimientos positivos y negativos en el libre desarrollo personal, conclúyase este capítulo, mencionando una vez más que el ser vivo es energía en flujo, estructuras en interrelación dinámica y movimiento

y que una manifestación de la conducta simbólica e interpersonal son los sentimientos.

Para finalizar con todo lo anterior, es importante mencionar que como la terapia Gestalt es una de las que se preocupan por la unión del cuerpo y las emociones, es interesante resaltar la importancia que tiene este tipo de técnicas para la solución de las problemáticas psicosomáticas, por ello, se toma esta terapia como base para el tratamiento de los pacientes psicosomáticos, haciendo caso a los principios fundamentales de la misma, ya que lo que trata de hacer (a diferencia de las demás terapias), es que el mismo paciente se de cuenta y se responsabilice de cada uno de sus actos de manera tal que la mejora de su salud este ligada a lo que él mismo hace, dice, piensa y siente.

En el siguiente capítulo se hablará de las problemáticas más comunes en los pacientes psicosomáticos ya que es muy común que este tipo de pacientes dejen la responsabilidad de sus enfermedades a los médicos y que no muchas de las veces estos mismos pueden controlar dichas patologías presentadas por este tipo de pacientes.

CAPITULO 3.

LOS PROBLEMAS PSICOSOMATICOS.

3. LA ENFERMEDAD

Pasteur creía que los microbios eran la causa de la enfermedad, pero Claude Bernard le contestó que si el cuerpo no era “terreno abonado” para la invasión de bacterias los microbios no tenían poder alguno. En otras palabras, el factor significativo en la génesis de la enfermedad no eran los gérmenes, sino la disminución de la resistencia. Así pues, si los gérmenes son los que producen la enfermedad, en realidad eso no tiene nada que ver con nosotros, con nuestro modo de vida o con nuestra forma de ser. La enfermedad “se produce” sin más como un accidente del que no somos responsables. A partir de la muerte de Pasteur, la ciencia médica continúa la investigación con las bacterias y los virus para desarrollar las sustancias químicas capaces de matarnos y por supuesto recuperarnos de enfermedades graves con ayuda de antibióticos, tenemos toda la razón de estar agradecidos al descubrimiento de los fármacos (Proto, 2002).

Sin embargo, hay signos de que nuestra confianza en la “píldora mágica” para curar todas nuestras enfermedades está empezando a debilitarse. En la última década hemos llegado a tener más conciencia de la relación que hay entre las pastillas y el estrés al que nos sometemos con nuestro estado de salud. Y los médicos cada vez son más incapaces de ayudar a los pacientes cuando existen síntomas identificables, por ello es importante conocer más de cerca la enfermedad ya que es muy común que el hombre que va al médico, es quién tiene conciencia de la enfermedad y por eso es afectado por ella.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) se une a esta declaración ya que dice que es el enfermo quien tiene conciencia de alguna forma del malestar físico, psíquico y social, es necesario que el médico lo dictamine como juez, en cuyo momento adquiere un status que se mantiene, en tanto el ejercicio del rol es

suficiente. Así pues, en la mayoría de las ocasiones quién se siente enfermo es juzgado como tal por el médico y aceptado por la sociedad, pero en algunos casos no es así y permiten la posibilidad de que haya hombres que se sienten enfermos aunque el médico y la sociedad, no lo hayan establecido, lo que constituye uno de los factores que influyen en las posibles tensiones del enfermo con su entorno (Ridruejo, 1996).

Intuitivamente captamos la relación que existe entre la vitalidad y la buena salud. Hablamos de la falta de “energía”, de que nos sentimos “agotados” o de que estamos trabajando “demasiado”, esto es casi siempre el primer signo de que nos estamos “viniendo abajo” y es el síntoma de muchas enfermedades. Por ello, este malestar, es siempre precedido por el “mal-estar”, por una desarmonía en nuestras energías y hay algo dentro de nosotros que nos dice cuando las cosas no van del todo bien, pero, casi siempre estamos demasiados ocupados, o aturdidos por lo que pasa fuera de nosotros, para darnos cuenta de qué nos ocurre dentro.

De tal modo que seguimos acumulando estrés hasta que los síntomas se manifiestan.

No siempre está claro el motivo por el cual el cuerpo manifiesta unos síntomas determinados en un sitio determinado, a veces es claro el lugar del dolor, pero en otras no (Proto, 2002).

3.1 LA ENFERMEDAD CORPORAL O ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

Cuando una persona se ve sujeta al estrés, tenemos una respuesta automática del cuerpo de “pelea o huye”, activada por la adrenalina y otras hormonas del estrés, las cuales estimulan una variedad de cambios fisiológicos, como un incremento en la velocidad de los latidos del corazón y la presión sanguínea, una respiración más rápida, tensión muscular, dilatación de las pupilas, boca seca, incremento del azúcar en la sangre, los sistemas genito-urinaros cambian de ritmo

y el patrón del sistema gastrointestinal sufre cambios musculares y glandulares e incluso la piel presenta cambios que no están sujetos al control voluntario.

En términos biológicos simples, es un estado de excitación incrementada, que es necesario en el organismo para defenderse a sí mismo cuando se enfrenta a algún peligro.

Siempre que nos sentimos ansiosos, tensos, cansados, asustados, exaltados o deprimidos, nos encontramos padeciendo el llamado estrés. Y pocos aspectos de la vida se encuentran libres de los acontecimientos y presiones que generan tales sentimientos; así que el estrés se ha vuelto una parte aceptable e inevitable de la existencia diaria (sin autor, 2000).

Cuando tal tipo de sucesos se vuelven crónicos u ocurren repetidas veces, los cambios viscerales sobrepasan los límites normales, se vuelven patológicos y producen los llamados desordenes psicosomáticos.

3.2 POR QUE SURGEN LAS ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

Como lo hemos visto, las personas manejan su tensión y ansiedad, que de otra manera les resultaría intolerable, mediante un compromiso a cuyo producto llamamos “síntoma neurótico”. La persona que sufre un desorden psicosomático no forma dicho compromiso, ni distorsiona seriamente la realidad externa. En cambio, trata de descargar sus tensiones y aliviar su ansiedad mediante procesos autónomos y viscerales directos.

El paciente psicosomático a pesar de su regresión fisiológica, sigue teniendo un sistema de ego sumamente organizado, en pocas palabras, el hombre que

sufre una úlcera péptica o de hipertensión esencial debido a una descarga emocional inadecuada y regresiva, puede estarse ganando la vida, al mismo tiempo, en un trabajo difícil, cuidando de su familia y ya como adulto, contribuyendo a la comunidad de modo maduro.

Grinker (citado en Cameron, 1997, p. 682) ha señalado similitudes entre desordenes psicosomáticos y descarga emocional infantil. Cuando un niño pequeño reacciona al estrés, lo hace de modo total, empleando para descargar la tensión todo aquello de lo que dispone.

Grinker y otros, incluyendo Schur (citado en Cameron, 1997, p. 682) afirman que cuando el paciente psicosomático cae en la regresión, pierde las reacciones que adquiere para responder a la particular forma de estrés participante. En este sentido sufre una diferenciación. Manejan una tensión y una ansiedad excesiva de modos primitivos que perturban y dañan las estructuras viscerales.

Así, las personas eligen el órgano o sistema dañado, en otras palabras en la elección del síntoma psicosomático parecemos estar enfrentándonos a múltiples factores y no a una simple relación de causa y efecto. Incluso entre los expertos más escépticos existe la idea de que hay una relación compleja que está oculta entre la constitución de personalidades, experiencias infantiles y alguna participación orgánica especial por una parte y el lugar del desorden psicosomático por la otra. Hasta el momento nadie ha dado una solución totalmente satisfactoria al problema (Ridruejo, 1996).

LOS DESORDENES PSICOSOMÁTICOS.

Los desórdenes psicosomáticos pueden amenazar la vida de un paciente, ya que siempre significan cierta distorsión o pérdida de función o, cuando menos, incomodidad.

Debemos recordar que el proceso del desarrollo de un desorden es inconsciente, pues el paciente no sabe lo que le está ocurriendo, por ello son mal adaptados y pueden realizar las siguientes funciones.

- I. Un desorden psicosomático pone en lugar de una situación intolerable, una enfermedad física real o aparente. En lugar de volverse neurótica o psicótica, la persona se vuelve enferma físicamente.
- II. Los desórdenes psicosomáticos a menudo incluyen ansiedad primaria, ya que es más fácil soportar.
- III. Un desorden psicosomático puede proteger a un paciente de caer en una psicosis franca.
- IV. Los desórdenes psicosomáticos le dan al paciente los privilegios otorgados a una persona enferma.
- V. La intensificación de una enfermedad física a causa de un desorden psicosomático. El paciente puede utilizar su enfermedad física como medio para obtener el interés, el cuidado y el afecto, que ha estado necesitado siempre, pero no ha podido obtener mientras estuvo sano
- VI. (Cameron, 1997).

3.3 VARIEDADES DE LOS DESÓRDENES PSICOSOMÁTICOS.

Los desórdenes psicosomáticos pueden incluir la piel y cualquiera de las vísceras, pueden llegar a complicar el transcurso de una enfermedad física y alterar su resultado. A continuación se mencionaran 8 de los sistemas que se ven más afectados.

a) LOS DESORDENES PSICOSOMATICOS Y EL TRACTO GASTROINTESTINAL.

Gran parte de las fuentes del placer, alivio, consuelo, frustración y ansiedad evidente en un niño se centran alrededor de la boca y de la alimentación, al comienzo, todos los bebés encuentran intolerable la demora del proceso de alimentación, así es como muestra una ansiedad desesperada que se desvanece cuando a su boca llega el pezón y puede mamar. Con el paso del tiempo, el bebé puede confiar que alguien le traiga comida cuando la necesita, así se desarrolla la confianza “básica” y relaciona las funciones fisiológicas con el amor y el cuidado.

Por ello, en los adultos se distinguen algunas características equivalentes, por ejemplo, el que alguien nos invite a comer nos hace sentir amados. Así es que nunca perdemos los placeres del gusto; el comer y beber son agradables sensaciones de un estómago satisfecho, así que cuando se presenta algún desequilibrio a nivel emocional existe una relación entre las el funcionamiento del estomago y las sensaciones ya que la mayor parte de la tensión se lleva al estomago, así que una de las problemáticas psicosomáticas más comunes es ***la úlcera péptica***.

Dichas úlceras se presentan con frecuencia en el estómago y en el duodeno y pueden presentarse a cualquier edad, incluso en los recién nacidos ya que de los jugos digestivos y ácidos producidos por la digestión atacan al tejido gástrico o duodenal, así que cualquier cosa que haga aumentar la acidez o la motilidad gástrica puede precipitar indirectamente y perpetuar una úlcera péptica.

Se ha observado que las mujeres sufren menos de úlceras pépticas que los hombres.

Como grupo, los adultos que sufren de este desorden son personas que trabajan duro, que abusan de sí mismos hasta agotarse, come y beben mucho y tiene siempre a la mano píldoras de algún tipo, para los momentos de apuros.

Estas personas no se permiten estar conscientes de sus enfermedades.

Otro desorden es la **obesidad**, la cual puede tener muchas causas entre las que se incluiría las necesidades de dependencia fuertes, e irracionales. El sobrepeso crónico es resultado, casi siempre de un exceso con el comer y raras veces están involucrados desórdenes endócrinos y metabólicos.

En teoría, debería ser fácil controlar la obesidad, pues simplemente se controlaría el volumen de comida del paciente. Pero en la práctica resulta sumamente difícil en quienes la comida y el comer tienen significados inconscientes e imperiosos.

Estas personas se comportan como si fueran adictos a la comida y parecen incapaces de controlar su excesiva necesidad de alimento.

Bruch, (citado en Cameron, 1997, pp.667) en sus estudios con niños obesos, descubrió que a menudo las madres eran incapaces de darles un verdadero amor maternal, pues ellas mismas tenían necesidades, insatisfechas de ser dependientes y amadas. **La colitis ulcerosa** es otro desorden gastrointestinal serio, que es derivada de las tensiones y las ansiedades emocionales, este tipo de pacientes tienden a mostrarse pasivos, obedientes, blandos y dulces, pero tras dicha fachada se oculta el enojo y hostilidad, no se muestran francamente agresivos, pero si quejumbrosos, exigentes y sensibles a menudo.

b) SISTEMA RESPIRATORIO.

El sistema respiratorio participa en las experiencias emocionales cotidianas.

Tenemos los suspiros de tristeza, la melancolía, el arrepentimiento, el sonido entrecortado de la sorpresa, el grito de miedo y el gemido de pena. A menudo el tono, el ritmo y la velocidad del habla de una persona nos indica que se encuentra emocionalmente perturbada.

La retención de la respiración en las personas enojadas, es la forma más primitiva de emotividad expresada mediante el sistema respiratorio. Un ejemplo de esto son los niños que expresan su rabia y su frustración llorando y gritando hasta ponerse literalmente morados. Incluso dejan de respirar por completo y sufren movimientos compulsivos al perturbarse el equilibrio del oxígeno-bióxido de carbono de la sangre. En el caso de los adultos tensos que están ansiosos o enojados respiran de tal modo que el aire de ingreso no llega a los pulmones, así es que sufren de mareos, debilidad, e incluso “desmayos”.

El asma bronquial es el más importante de los desórdenes psicossomáticos de la respiración, consiste en una opresión de los bronquios que produce estornudos, sensaciones de ahogo y esfuerzos por respirar. Algunos asmáticos se encuentran críticamente enfermos y otros son inválidos crónicos. A estos se les presentan ataques, que llegan a ser muy severos.

Se ha interpretado a los ataques asmáticos como un grito de ayuda suprimido, porque se piensa que tienen sentimientos de culpas conscientes e inconscientes.

c) DESÓRDENES CARDIOVASCULARES DE BASE PSICOSOMÁTICO.

Al igual que otros desórdenes psicossomáticos, los cardiovasculares están relacionados con los sucesos de la vida cotidiana. El sistema cardiovascular suele estar en flujo constante, incluso cuando el cuerpo descansa. Responde con cambios en el flujo y en la presión de la sangre cuando hay fatiga física, tensión, vigilancia y relajamiento.

El corazón late con mayor fuerza y se puede elevar su presión sanguínea, cuando se siente gozo, enojo o miedo incluso cuando está de prisa o se exige mucho. Una persona puede enrojecer debido al calor, a la vergüenza o al enojo o puede palidecer porque se encuentra cansada, ansiosa o temerosa.

La hipertensión existe en el 75 u 80 por ciento de las personas que sufren presión alta crónica, no se puede encontrar ninguna etiología orgánica consistente. Algunos pacientes informan que suelen tener explosiones de enojo, pero que de pronto cambian a un autocontrol estricto. Esto significa que reaccionaron a la frustración con enojo, lo cual es una reacción normal, pero a la vez suprimieron expresarlo y con ello reprimieron probablemente el sentimiento.

La migraña, también es una enfermedad de etiología desconocida que muchos atribuyen a fuentes psicosomáticas, en su forma más característica consiste en dolores de cabeza periódicos y unilaterales, acompañados a menudo por náuseas y vómitos y a veces de diarreas o estreñimiento.

El ataque puede ser precedido, por horas o incluso días, por ataques de enrojecimiento o palidez facial, con frecuencia hay señales de obstrucción en las arterias de la cabeza, de la cara y de los alrededores de los ojos justo antes de iniciarse un ataque, estas son algunas advertencias (Rapoport y Sheftell, 1994).

d) LA DISFUNCION SEXUAL COMO DESORDEN PSICOSOMÁTICO.

Esto ocurre porque el coito heterosexual normal significa la participación recíproca de dos personas organizadas de modo muy diferente, un hombre y una mujer, cuya anatomía, fisiología bioquímica, actividad, experiencias y expectativas son radicalmente diferentes. Por ejemplo:

DISFUNCION SEXUAL EN EL VARON.

La impotencia, la eyaculación prematura y la retardada cuentan entre las formas más comunes de disfunción sexual en el varón. Este mal funcionamiento muy rara vez es señal de una patología fisiológica, casi siempre es resultado de factores psicodinámicos.

Las dificultades surgen porque todo aquello que estimula la ansiedad, la culpa o el miedo puede interferir con las funciones sexuales masculinas, de igual manera pueden interferir los conflictos acerca de la ignorancia con respecto a la sexualidad, la ambivalencia emocional, las creencias, las preferencias y todo lo que respecta estar con su pareja.

DISFUNCION SEXUAL EN LA MUJER.

Las funciones sexuales de la mujer, más pasivas y receptoras, plantean problemas diferentes, pero no menos difíciles.

Entre los más comunes tenemos la frigidez, las dificultades en la menstruación y las reacciones patológicas al embarazo, al parto y al cuidado del bebé y del pequeño.

Casi todos saben que el ciclo menstrual es sensible a las perturbaciones emocionales, en especial, a la ansiedad y a los desórdenes de humor y que los factores emocionales puedan tener un papel importante en la ovulación, la concepción, el embarazo y el parto.

De igual manera la frigidez o falta de respuesta sexual satisfactoria, es una perturbación común en las mujeres; esto suele ser parte de una neurosis, de una psicosis o de un desorden de personalidad.

Y el embarazo mismo provoca una amplia variedad de reacciones personales.

Algunas mujeres experimentan una satisfacción placentera y afirman no haberse sentido mejor en su vida.

Pero no está claro el porqué, pero sí se ha relacionado con la satisfacción que les da la capacidad de crear (Cameron, 1997).

d) OTROS DESÓRDENES

La artritis reumática.- Estamos ante otro desorden común, de etiología desconocida, en el que participa, según se cree, el estrés emocional. Se describe a las personas que desarrollan una artritis reumática como buscadoras de éxito, activas y enérgicas que no expresan libremente sus sentimientos.

Según Alexander, (citado den Cameron,1997, p. 674) se inhibe el enojo en el momento mismo de consumarse al acto agresivo hostil. La acción simultánea de músculos ponderosamente contraídos, algunos encaminados a cumplir el acto agresivo y otros a impedirlo, puede lesionar la articulación.

La piel, es una paradoja y casi un milagro. Separa al organismo del medio circundante, pero cuenta con un sin numero de órganos sensoriales que junto con los ojos, los oídos, la nariz y la boca, conectan al organismo con su medio ambiente. Tomada en su totalidad, es el más externo de los órganos.

La piel es un órgano importante en el control de la temperatura corporal, en la evaporación, en la excreción y en la secreción; por ello la piel manifiesta cambios muy notables cuando una persona sufre una exaltación considerable, la piel puede insensibilizarse al dolor y al contrario, por ello no es difícil comprender que la piel reacciona a todo tipo de perturbación emocional. Se ha descubierto que **la urticaria** y **la dermatosis** tienen relación con factores emocionales, la piel es lugar de tantos funcionamientos inadecuados y de tantas enfermedades que tomando en cuenta su compleja estructura y funciones, no hay duda de que participa de un modo importante en los desordenes psicosomáticos.

El hipertiroidismo, hace tiempo se ha aceptado que es el estrés psicológico puede precipitar el hipertiroidismo y que entre los síntomas más sobresalientes de estos fenómenos están la ansiedad, la irritabilidad, la actividad excesiva e inquieta y los cambios súbitos de humor. En este desorden se ve con mucha claridad la acción recíproca entre el funcionamiento visceral y la actividad psicológica. La **secreción tiroidea** excesiva incrementa la ansiedad y este incremento hace aumentar la secreción tiroidea, completándose así el círculo vicioso.

La diabetes sacarina, en las personas normales, el miedo y la ansiedad producen cambios en el nivel de azúcar en la sangre pero esos cambios son temporales. En las personas diabéticas expuestas a un estrés emocional, son característicos cambios perdurables o muy fluctuantes en el nivel de azúcar en la sangre, pero se sabe que cuando el paciente se siente atendido y recibe la atención requerida, su nivel de azúcar en la sangre vuelve a lo normal y se puede controlar mediante régimen dietético al que está acostumbrado (Cameron, 1997).

Como vemos existe una gran variedad de estos trastornos, por ello, es importante corroborarlos con un especialista y este a su vez lo hará apoyado de algunas pruebas las cuales se podrán realizar en lugares especializados, como los laboratorios de estudios clínicos, por ello, en el siguiente capítulo se mencionará cómo un profesional de la salud (como lo es el psicólogo) puede intervenir con éstos pacientes y sobretodo en un lugar tan poco común como dichos laboratorios

CAPITULO 4.

EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LOS “LABORATORIOS CLINICOS AZTECA”.

4. ANTECEDENTES DE LA FUNDACION DE LOS LABORATORIOS CLINICOS AZTECA.

Esta empresa tiene su origen en el año de 1989, como resultado de la unión de una familia para poder iniciar un negocio propio, así que de esta alianza surge la primer unidad ubicada en el Estado de México (en los Reyes la Paz), que actualmente funge como la unidad central de toda la empresa.

En esta unidad se realizaban solo los estudios llamados de “laboratorio” los cuales se referían específicamente a toma de muestras de sangre y procesamiento de orina y excremento; algunos ejemplos de estos estudios son los siguientes: cultivos (faríngeos, vaginales, uretrales, de liquido prostático, etc.), glucosas, pruebas de embarazo, químicas sanguíneas, detección de VIH, perfiles (médico, de drogas, de anemias, de alérgicos, tiroideos, tumorales, etc.) estudios prenupciales y más estudios que solo eran procesados en un laboratorio y que no se requería de maquinaria para su proceso.

Más adelante surge una segunda unidad (Ermita) la cual se dedica al mismo fin, pero le adicionan el departamento de imagenología, es decir, estudios ultrasonográficos (transvaginales, obstétricos, de mama, de próstata, de arterias, renales, tiroideos, entre muchos más) los cuales eran llevados a cabo exclusivamente en esta unidad ya que solo se contaba con un aparato que realizaba estos estudios.

Con este mismo perfil surgen las siguientes 3 unidades (Universidad, Ixtapaluca y Tláhuac) y al paso del tiempo se logra introducir el departamento de

radiología, donde se realizan estudios de Rayos X (de abdomen, de antebrazo, dorsales, lumbares, de cráneo, de hombro, de muñeca, de rodillas, etc.) y tomografías axiales (de columna, de abdomen, de cráneo, de cuello, de tórax, del hueco pélvico, etc.)

Desde este momento todas las unidades se mantienen unidas, ya que en una de ellas se realizaban los estudios de rayos X, en otra de imagenología y en las demás solo se dedicaban a la toma de muestras, pero se trasladaban a los pacientes a otras unidades (si se requería) para poder realizarle sus estudios, como era el caso de la unidad de los Reyes, Ermita e Ixtapaluca, un poco más adelante se invierte en algunos aparatos portátiles para poder ser trasladados de una unidad a otra, sin tener que llevar al paciente a otro lugar.

Así pues, al paso del tiempo y contando con un poco de más recursos económicos, cada una de las unidades se fue equipando y mejorando su calidad de servicio. Y como consecuencia fueron surgiendo una a una de las hoy 12 unidades (Los Reyes la Paz, Ermita, Iztapalapa, Tlálpan, Acueducto de Guadalupe, Universidad, Nezahualcóyotl, Ixtapaluca, Chalco, Tezonco, Culhuacán y Tláhuac) las cuales actualmente cuentan con todo tipo de estudios y actualizándose constantemente en las técnicas y tecnología de punta, adquiriendo los equipos y sistemas de última generación, dando como resultado una organización sólida en la que los pacientes y médicos puedan confiar.

A lo largo de los años, Laboratorios Clínicos Azteca ha realizado muchos esfuerzos por mantener la calidad de sus estudios y buscando estar a la altura de los mejores laboratorios clínicos, por ello, su forma de darse a conocer ha estado conducida por su departamento de “Representantes Clínicos” los cuales se han dado a la tarea de promocionar todo tipo de servicios proporcionados por la empresa, mismos que han llevado dichos servicios a lugares que han sido de gran utilidad, como son los hospitales, tanto gubernamentales como privados, escuelas, guarderías, consultorios privados, compañías, universidades, corporaciones,

asociaciones políticas, iglesias y más lugares que han solicitado el servicio de algún estudio clínico.

Es aquí donde aparece en escena el psicólogo clínico, ya que desde hace ya varios años los Laboratorios Clínicos Azteca, realiza estudios de “Antidoping” a diversas instituciones, sobre todo a compañías de seguridad privada y ahora a reclusorios, para ello, se solicitaba el trabajo de un psicólogo (mismo que era contratado de manera esporádica) para encargarse de una de las partes del llamado antidoping ya que por un lado se realiza el estudio sobre el abuso de drogas (a nivel bioquímico) y por el otro un estudio psicológico para detectar (en el caso de las compañías de seguridad privada) si los candidatos al puesto eran aptos para portar armas o no.

Por ello, eran contratados múltiples psicólogos, los cuales en ocasiones tenían otras ocupaciones antes de realizar los antidoping, así es que se decidió tener a un psicólogo de manera fija para realizar dichos estudios y así fue como llegue a este lugar, siendo contratada para realizar estudios psicométricos que ayudaran a seleccionar a los candidatos más idóneos para el puesto, sobretodo de empresas de seguridad privada.

4.1 INSERCIÓN DEL PSICOLOGO A LOS SERVICIOS DE LABORATORIOS CLINICOS AZTECA.

Desde el año del 2001, el servicio de psicología se estableció en una de las sucursales de los Laboratorios Azteca (Nezahualcoyotl), solo con el objetivo de realizar las evaluaciones psicométricas, para las empresas de seguridad privada, ya que la demanda de los mismos crecía día a día.

A lo largo del tiempo los médicos (que son los que envían a la mayor parte de los pacientes a sus estudios clínicos) al enterarse de que existía un psicólogo en esta sucursal, se interesaron por el servicio y fueron enviando a diversos

pacientes, al igual que las escuelas aledañas; así fue como se abre el servicio psicológico al público en general existiendo solo una psicóloga encargada del mismo.

A partir de este momento, el servicio psicológico se vuelve uno más dentro del laboratorio, y al observarse la notoriedad de este servicio, las demás sucursales deciden establecer una asistencia similar, con el objetivo de brindar un mejor servicio a los pacientes.

A lo largo del tiempo llegaron casos que tenían que ver con problemáticas diversas, como problemas de aprendizaje, ansiedades, depresiones, problemáticas psicosomáticas, enuresis, problemas de pareja, alcoholismo, drogadicción, etc. mismas que fueron analizadas por mí para poder determinar si podían ser tratadas en este consultorio o en su defecto debería de ser canalizadas a otro lugar.

4.2 ACTIVIDADES DEL PSICOLOGO CLINICO DENTRO DEL LABORATORIO CLINICO AZTECA.

A lo largo de 3 años de servicio psicológico en la unidad de Nezahualcoyotl, se han encontrado una gran diversidad de problemáticas, las cuales, comúnmente han sido captadas tanto por profesores, médicos, trabajadoras sociales y más profesionistas que tenían contacto directo con los pacientes y recomendaban al paciente asistir a este servicio.

Aunado a esto la forma en como las personas han conocido este servicio ha sido a través de carteles, trípticos informativos, talleres y todo esto sumado a recomendaciones constantes de los mismos pacientes.

Así pues, la difusión y proyección de este servicio se ha dado en diversos lugares, hecho por el cual este servicio recibe alrededor de 30 a 40 pacientes por

semana (en temporadas altas) con diversas problemáticas, mismas que son valoradas, por el terapeuta, el cual decide quedarse con el caso o enviarlo a un lugar especializado para el tratamiento de dicha problemática, como es en el caso de niños especiales; ya que en este lugar no se cuenta con el espacio ni con el material adecuado para su tratamiento.

Es importante mencionar que se ha captado que la cantidad de pacientes con problemáticas psicosomáticas ha aumentado considerablemente, llegando a cubrir alrededor del 70 % de toda la población (de este consultorio). Por ello se ha tomado el interés por analizar dichos casos ya que es muy común que estas personas, no encuentren ayuda en otro lugar.

Así pues, es importante analizar la forma en como se labora con ellos.

En principio, se ha de mencionar que en este lugar se llevan a cabo evaluaciones psicométricas, para la mayor parte de los pacientes, con el fin de poder determinar con un poco más de precisión que es lo que esta ocurriendo, y así poder elegir las técnicas correctas para su mejora. Pero que en el caso de problemáticas graves esto no puede ser posible (por lo menos al inicio) ya que lo que necesitan es una intervención inmediata, como sucede en los casos de depresión severa, ansiedad marcada, intento de suicidio y más problemáticas delicadas (incluyendo problemáticas psicosomáticas), en estos casos no podríamos detenernos a realizar un diagnóstico, así que se interviene al paciente con algunas técnicas de emergencia para poder mantenerlo tranquilo, estimulándolo para poder resolver sus conflictos con mayor energía y determinación, dichas técnicas tienen que ver con la relajación, cambio de la visión de sus problemáticas, controles de pensamientos, sentimientos y creencias, etc. aunado a esto en el caso de los pacientes con problemáticas psicosomáticas, se llevan a cabo controles de alimentación, de sueño y de peso con el fin de que el paciente se de cuenta de lo que esta ocurriendo en su vida cotidiana.

Una vez que se entrevista al paciente y se evalúa (si es posible), se realiza un plan de trabajo para elegir las técnicas más adecuadas para cada caso, dichas técnicas se citan a continuación, pero es importante mencionar que muchas de ellas han sido recabadas de diversos autores, pero algunas otras han sido traídas de talleres y cursos en los cuales se participó y que es importante mencionar que la terapeuta ha podido recabar información tanto de las pruebas que utiliza, como de la técnicas terapéuticas aplicadas en los pacientes, por ello, algunas de dichas técnicas han sido modificadas o construidas por la terapeuta, con el fin de poder ajustarlas a los casos de cada uno de los pacientes.

Para poder emprender, la elaboración de cada técnica, se necesitó de una preparación previa y a continuación se mencionan los cursos por los cuales se ha basado dicha tarea:

| | |
|-----------|--|
| DIPLOMADO | FORMACION TERAPEUTICA |
| CURSO | ALTERNATIVAS EN PSICOTERAPIA |
| DIPLOMADO | PSICODIAGNOSTICOS |
| CURSO | PRUEBAS PSICOLOGICAS PARA PSICODIAGNOSTICOS |
| CURSO | CLINICOS Y DE SELECCIÓN DE PERSONAL |
| CURSO | EVALUACION DEL DESARROLLO INFANTIL |
| CURSO | VIOLENCIA SEXUAL |
| CURSO | ABUSO SEXUAL INFANTIL |
| CURSO | ABORTO, TANATOLOGIA, MORALIDAD Y ESPIRITUALIDAD MEDICA |

Tomando en cuenta lo anterior, en el siguiente capitulo se citan las técnicas utilizadas con los pacientes de problemáticas psicosomáticas

CAPITULO 5.

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS UTILIZADAS.

En este capítulo se describirán algunos ejercicios utilizados en los pacientes con problemáticas psicossomáticas, es importante mencionar, que estos ejercicios pertenecen a una gran variedad de ellos y solo se retoman estos por el efecto que ha causado en los pacientes, de igual manera hay que mencionar que la aplicación de los mismos fue de manera individual.

La terapia de la Gestalt es vivencial, todo se lleva acabo por medio de la observación de la persona, la identificación de su necesidad y la utilización de un ejercicio que ayude al paciente a darse cuenta de su padecimiento al mismo tiempo, ayudarlo a intentar el cambio; claro que la elección del ejercicio debe tener ciertas características, para empezar es conveniente mostrar los ejercicios de forma no estructurada, esto para poder acceder al surgimiento de la imagen, es decir, si nadie sabe exactamente lo que va a pasar existe la posibilidad de que lo que pase sea más espontáneo.

Con respecto a la forma de los ejercicios en terapia Gestalt (Capón, 1978, pp. 66-67)

“Naranjo dice que los lineamientos de la terapia Gestáltica son:

1. Vivir en el ahora, ocupándose más bien del presente que del pasado o del futuro.
2. Vivir en el aquí, manejando más bien lo que está presente, que lo que está ausente.
3. Dejar de imaginar, o sea, expresar lo real.
4. Dejar de pensar innecesariamente, más bien probar y ver.
5. Expresar en vez de manipular, explicar, justificar o enjuiciar.
6. Ceder al dolor y a lo no placentero, así como al placer.

7. No restringir la experiencia.
8. Reconocer el “deberías”.
9. Aceptar completa responsabilidad por los propios actos, sentimientos y pensamientos.
10. Ser como uno es, sin importar lo que uno sea.
11. Por último hay que mencionar que la terapia tiene la función de facilitar el darse cuenta, esto es ayudar al paciente a descubrir su propia necesidad, no obligarlo y respetarlo tal como es, antes de cada ejercicio es conveniente pedirle su participación y aceptar su rechazo a realizar cualquier actividad.

Tomando en cuenta estos puntos, las siguientes actividades están enfocadas al conocimiento de sí mismos, dejando un poco atrás las anomalías psicosomáticas por las cuales los pacientes fueron remitidos, ya que se espera que resolviendo las problemáticas emocionales se repercuta de manera directa sobre el cuerpo de los pacientes y así resolver sus dolencias corporales a la vez de sus dolencias “emocionales”.

5.1 EL MAPA DE MI VIDA.

OBJETIVO.

Lograr un cambio favorable en tu vida o en tu forma de ser, aceptarte tal y cual eres, apreciar tus propias fuerzas y reconocer tus debilidades e imperfecciones; así como identificar los huecos existentes en tu personalidad para cubrirlos con el conocimiento de ti mismo.

EJERCICIO.

Toma cualquier cuaderno y escribe tus datos en la primer página, a continuación escribe como título “El mapa de mi vida” seguido de tu fecha de nacimiento y una línea que divida la hoja en dos partes.

Imagina que esa línea que divide tu cuaderno es una carretera por el tiempo: empieza el día en que naciste y pasa por todos los acontecimientos importantes de tu vida.

A LA DERECHA

Escribe todas las cosas positivas que recuerdes

A LA IZQUIERDA

Escribe todo lo negativo que recuerdes

Sé sincero, mientras haces este ejercicio, imagina que sólo eres un espectador, no tienes por qué sentirte mal mientras lo haces, recuerda constantemente que todo eso ya pasó y que estamos trabajando para mejorar tu vida, no para hacerte sentir triste.

Piensa en detalles que dejaron huella en tu personalidad, escribe todo lo que se te ocurra, no importa cuántas hojas utilices, sólo trata de escribir todo lo que recuerdes.

- Te das cuenta de que ha habido momentos muy difíciles y que los has superado, te has dado cuenta de que en tu vida ha habido muchas cosas buenas.
- Lo importante de este ejercicio es que te des cuenta de que haz estado rodeado de factores positivos, pero también hubo otros que pudieron afectarte de forma negativa.
- Muchas veces nos reprochamos partes negativas de nuestra forma de ser y las cosas que no nos gustan de nuestra personalidad, pero si te pones a pensar que eres el producto de las circunstancias verás que no eres el responsable.
- Lo que logrará que empieces a mejorar tu vida, es el hecho de que te aceptes tal y cual eres y perdones tus debilidades y defectos.
- A partir de ahí será fácil dejar de sentirte mal por ser tímido o muy enojón, o muy apático, o lo que sea, sólo cuando hayas aceptado los factores positivos y negativos de tu personalidad serás capaz de empezar a amarte y cambiar algo de ti•

REFLEXIONES

Recapacita en lo siguiente:

- Tu personalidad fue creada por la circunstancias que rodearon tu infancia y de las cuales no fuiste ni eres responsable.
- Aceptarte tal y cual eres es importante si quieres mejorar tu vida
- Todos tenemos momentos difíciles, la diferencia está en la forma en que los afrontamos

- Identifica los mensajes negativos que te fueron inculcados y trata de eliminarlos
- Perdónate tus faltas y se comprensivo contigo mismo
- Siempre haz tu mejor esfuerzo y no te reproches si algo falla.
- Quiérete.

5.2 DEFECTOS Y VIRTUDES

OBJETIVO.

Identificar que no eres responsable de tu forma de ser, los defectos y virtudes que tienes, pueden ser modificados cuando tu lo desees, recordando que siempre que tengas la capacidad de aprender, tienes la capacidad de mejorar.

RECAPACITA EN LO SIGUIENTE.

¿ Cómo se le hace para cambiar algo que aprendiste durante toda la vida y que te han repetido millones de veces?

¿ Es posible?

Tu mente inconsciente es como una grabadora a la que no se le escapa nada, si te repitieron mil veces “eres un tonto” en algún momento lo empezaste a creer.

Si sacas malas calificaciones, o cometes algún error, lo primero que haces es decirte “ eres un tonto”

Así, tu mente guarda y refuerza los pensamientos más comunes y lo hace indiscriminadamente, es decir, no le importa que sean falsos o verdaderos, reales o imaginarios, sólo los almacena todos.

Y recuerda, “lo que tu piensas es lo que eres, y creer es la mitad de ser”

La forma de cambiar esos pensamientos arraigados en tu mente es introduciendo nuevos pensamientos positivos, estos pensamientos se llaman

afirmaciones. Estas son frases que puedes repetir varias veces y por medio de las cuales crear cambios en tu mente y en tu vida.

EJERCICIO.

En tu cuaderno haz una lista de todas tus cualidades, todo lo que se te ocurra, anota todo lo que te gusta de ti mismo y todo lo que creas bueno de ti

Por ejemplo: eres sincero, tienes bonito cabello, eres bueno para jugar futbol, etc.

Escribe todo lo que se te ocurra, olvídate de la modestia y date gusto escribiendo cosas buenas de ti.

En otra hoja haz una lista de todos tus defectos y de todas las cosas que consideres inadecuadas, de esas frases que te reprochas y que te repites una y otra vez, cuando cometes errores y cuando quieres tomar una decisión.

Por ejemplo: “no puedo, quisiera hacerlo pero no me atrevo”, “ soy un tonto”, “ soy un idiota” y más.

Anota las frases en esta lista, esos son precisamente los pensamientos que queremos cambiar y esta es la mejor manera de detectarlos.

Al terminar las dos listas, revísalas a conciencia, añade lo que te haya faltado, tomate tu tiempo para recapacitar en lo que escribiste.

Al comparar estas dos listas te será más sencillo determinar qué es lo que quieres cambiar, por ejemplo los pensamientos que se repiten querrás cambiarlos por afirmaciones.

Lo más adecuado es que tus afirmaciones se hagan de forma positiva en presente y que las repitas con la mayor convicción posible.

Pégalas en donde las veas todos los días.

Con esto lograrás patrones de comportamiento y los pensamientos habituales en tu mente serán sustituidos por los que tú decidas.

REFLEXIONES.

- Me acepto tal y como soy ahora mismo.
- Merezco tener lo mejor de lo mejor
- Soy una magnífica persona
- Soy seguro de mi mismo, de hecho soy la persona más segura que conozco.
- Estoy mejorando día con día y me siento feliz.
- Soy extrovertido y disfruto de la compañía de los demás.
- Soy trabajador y disfruto enormemente lo que hago.
- Estoy conforme con mi vida en este momento y trabajo para ser mejor
- Me llevo a todo dar con mis seres queridos.
- Soy optimista y alegre
- Soy simpático, agradable y la gente disfruta de mi compañía.
- Saco las mejores calificaciones.
- Mi trabajo mejora día con día.
- Me encanta ser amable y considerado.
- El pasado está completo y sólo vivo el presente.
- Puedo disfrutar cada instante de mi vida.
- Siempre busco lo bueno de cada situación

- Estoy totalmente a gusto con mi forma de ser, sé que hay algunos cambios que hacer, pero nada me preocupa porque confío plenamente en mi realización.
- Todo lo que toco es un éxito.

Estas son las afirmaciones más comunes, pero lo mejor es que tú hagas tus propias afirmaciones con convicción. •

5.3 ERRAR ES HUMANO.

OBJETIVO

Determinar que gran parte de tus problemas actuales se derivan de las situaciones a las que fuimos expuestos cuando niños, de la educación, de la clase de relación que tuvimos con los mayores que nos educaron.

Esto podría ocasionar y, de hecho, es muy común que suceda, que nos llenemos de rencores hacia nuestros padres, tutores o maestros.

Todos estos resentimientos frenan nuestro desarrollo y, si lo piensas bien, no tienen razón de ser.

Por ello es importante detectar que todos cometemos errores.

RECAPACITA EN LO SIGUIENTE:

- La infancia de tus padres no fue tampoco perfecta, ellos también vivieron situaciones difíciles y experiencias que marcaron su forma de ser, actuar y pensar.
- Imagínate a tus papás (o a esa persona con las que estas resentido) cuando eran niños. ¿ Cómo los trataban sus papás?, ¿ Cómo fue su infancia, fue cómoda y llena de cosas positivas o fue más bien difícil?, ¿ Sus papás nunca los regañaron o lo hacían constantemente?
- Imagínate a la persona a la que tengas rencor y trata de descubrir qué pudo haber pasado para que se volviera tan gruñón, frío o estricto. Si eso le pasó cuando era un pequeño.... ¿ es su culpa realmente?

- Otra cosa importante de considerar es que todos los padres, salvo en raras excepciones, aman a sus hijos y los tratan de educar lo mejor posible. Quiero decir que hacen lo mejor que pueden con la educación que recibieron y con la personalidad que adquirieron en las circunstancias que rodearon su vida.
- Si el deporte favorito de tu abuelo era repartir coscorriones a diestra y siniestra. ¿ No es lógico que a tu papá se le escaparan unos cocos de vez en cuando?
- Si a tu abuelita le decían “ la dama de hierro”, ¿ Porque te extraña que tu mami no sea precisamente la más cariñosa del mundo ya que le enseñaron a no mostrar su cariño.
- En fin, es más fácil perdonar a alguien si piensas que es sólo otro ser humano tratando de salir adelante con las herramientas que tiene disponibles.
- Hay otra persona que es importante que perdones, es más, si realmente quieres superarte y mejorar tu vida ¡ Tienes que perdonarla! , esa persona ¡¡¡ Eres tú !!!
- Te debes de querer más que a nadie en este mundo y debes ser más considerado contigo mismo que con nadie más. Antes que nadie te tienes a ti mismo para ayudarte, quererte, guiarte, protegerte y cuidarte.
- Sentirte culpable o sentirte mal por alguna parte de tu forma de ser, no te ayuda en nada a mejorar, así es que, perdónate todo.
- Lo esencial es que te deshagas de esos rencores que, además afectan tu salud.

EJERCICIO.

Toma tu cuaderno y haz otra lista, esta vez de las personas por las que sientes algún rencor o resentimiento, anota tu nombre en primer lugar.

En otra hoja escribe el primer nombre de tu lista y a continuación anota todas las cosas que te hizo esa persona (o lo que te hiciste tu mismo) y por las que tienes rencor.

Ahora cierra los ojos, relájate unos momentos, respira profundamente, varias veces e imagina que estás con esa persona y que le dices por qué estás molesto y cómo te sientes. Ahora dile que entiendes que no toda la culpa ha sido suya ya que comprendes que tal vez las situaciones de su vida la orillaron a actuar así. Dile, en tu imaginación, que la perdonas, abrázalo o abrázala y dile que deseas que le vaya bien.

Trata de sentir que realmente la has perdonado e imagina que se aleja tranquilamente.

Ahora abre los ojos, vuelve a leer la lista de esas personas y escribe a lo largo de la hoja con letras grandes, encima de todo “ TE PERDONO Y TE LIBRO DE TODO RENCOR QUE SENTIA”. Al terminar, rompe la lista y tírala a la basura, esta vez para demostrarle a tu mente que ese rencor es cosa del pasado.

Haz lo mismo con todas las personas de tu lista. Al terminar, si lo hiciste bien, te sentirás más aliviado y con una gran paz interior.

No es necesario que digas nada a las personas en cuestión , sin embargo, cuando las veas, notarás un cambio en tus actitudes hacia ellas.

Todo este tema del PERDON no es para que seas muy bueno, ni para que seas un santo, si siquiera es por los demás, es por ti.

Simplemente es más fácil perdonar a una persona que seguir guardándole rencor, afectando tu salud y haciendo corajes cada vez que te acuerdas de las ofensas.

Es preciso aclarar que el entender a las personas no significa soportarlas o dejarlas que hagan contigo lo que se les antoje. Si alguien te afecta con su comportamiento, enfréntalo con comprensión. Tú mereces ser respetado por todos, pues, tú eres la persona más importante de tu vida.

EJERCICIO.

Procede igual que el ejercicio anterior, pero esta vez, haz otra lista de las personas a las que hayas hecho algo malo, las hayas ofendido de alguna manera o por quien sientas remordimiento.

Recuerda incluir a tus seres queridos y a los que ya no están contigo, a los que no ves muy a menudo y con los que convives diariamente.

Cuando termines, cierra los ojos e imagina que hablas con esa persona y que le explicas el por qué del error que cometiste, dile que lo sientes y que estás arrepentido.

Ahora imagina que él o ella entiende tus razones y te perdona.

Ahora abre los ojos y escribe a lo largo de la hoja: “ESTAS OFENSAS ESTAN PERDONADAS, ESTOY LIBRE DE CULPA” Ahora, ya sabes, rompe la hoja, esta vez para demostrarte que todo ha sido perdonado.

Haz lo mismo con cada una de las personas de tu lista.

Al terminar el ejercicio te sentirás muy relajado y aunque en realidad no hables con las personas de tu lista, te quitarás un gran peso de encima. Recuerda que tu inconsciente no distingue lo real de lo imaginado si va acompañado de emoción.

Tal vez después de esto te animes a pedir perdón realmente a las personas en cuestión, lo que seguro mejorará tu vida de inmediato.

Esta técnica te facilitará el perdonar y el perdonarte. Lo más importante es que te des cuenta que es tu propia decisión y que no hacerlo frena tu desarrollo, lo cual es un precio demasiado alto por no querer perdonar.

AFIRMACIONES

- Hoy me perdono todo y me quiero
- Al perdonar ofensas del pasado me siento lleno de energía
- Soy comprensivo y compasivo conmigo mismo
- El pasado se fue y no volverá
- Estoy libre de rencores, culpas y temores
- Es mi decisión perdonar y dejar ir
- Me siento tranquilo al pensar en mi pasado porque me amo
- Mis errores y faltas ya no me afectan y puedo disfrutar cada momento de mi vida
- Tengo pensamientos positivos hacia mis seres queridos y hacia los que me rodean
- Me quiero

5.4 MIRAR HACIA DENTRO.

OBJETIVO.

Conocer los momentos importantes en nuestra vida, que marcaron, nuestro desarrollo, para descubrir lo importantes que somos, al mismo tiempo, evitar caer una y otra vez en el mismo error y sobre todo para aprender a cuidar de nosotros mismos.

RECAPACITA EN LO SIGUIENTE

“CONOCETE A TI MISMO”

¿ Cómo que me conozca a mi mismo?, ¿ Acaso no he vivido conmigo mismo toda mi vida?

Para que te des cuenta de esto quisiera que contestaras estas preguntas y, como te conoces perfectamente no te tardarás nada en contestarlas:

- ¿Cuál es el recuerdo más feliz de tu infancia?
- ¿Cuál es el más triste?
- ¿Qué es lo que más te gusta hacer?
- ¿Quién es tu persona favorita?
- ¿Qué es exactamente lo que quieres en la vida?
- ¿Cual es tu cualidad más importante?
- ¿Cuál es tu defecto más grande?
- ¿Qué es lo que más te disgusta hacer?
- ¿Qué palabra usarías que te describiera totalmente?
- ¿Te gustaría ser otra persona?
- ¿Cuál es tu meta más alta?
- Si tu tuvieras el poder para hacer tu vida perfecta ¿Cómo sería ?
- ¿Cual es tu temor más grande?
- ¿ Si tuvieras el poder para ser como tu quisieras ¿Cómo serías)

¿ Qué pasó?, seguro sabías todas la respuestas de inmediato, después de todo, haz convivido contigo toda tu vida.

¿ Te tardaste mucho? ¿ Te quedaste atorado en alguna?, ¿ Contestaste todas o preferiste saltarte algunas?, ¿ Te importaría que todos supieran tus respuestas o preferirías guardarlas en secreto?

Este fue el ejercicio de introspección, que quiere decir básicamente “ mirar hacia adentro”. En nuestra cultura es muy común mirar hacia el exterior, fijarse más en lo que haces, que en lo que eres.

Cuando alguien nos pregunta ¿ Quién eres tú?, por lo regular contestamos: “ soy estudiante, contador o arquitecto” pero en realidad si fueras estudiante, contador o arquitecto, seguirías siendo tu mismo ¿ Correcto?.

Todos hemos conocido a alguien con problemas en sus relaciones: una mujer se queja amargamente de la mala suerte que tiene para encontrar pareja. Su primer novio la golpeaba, el segundo la golpeaba y por desgracia, su actual marido también la golpea. Otro dato curioso, su padre golpeaba a su mamá también.

¡ Qué mala suerte!, ¡ Qué destino tan negro!, ¡ Todos los hombres son iguales !

El anterior, es un ejemplo de elección neurótica de pareja, no se necesita ser FREUD para saber que ella es quien atrae a ese tipo especial de hombre a su vida. Si ella en vez de culpar a la suerte, al destino o decidir que todos los hombres son iguales: se tomara un tiempo y tuviera el valor para mirar hacia dentro, se daría cuenta que es ella misma, y nadie más es la responsable de sus elecciones.

Esto pasa en todos los aspectos de nuestra vida ¿ No te ha pasado que pones toda tu atención en lograr una meta, trabajas durísimo para lograrla y cuando por fin lo consigues te sientes vacío e inconforme?. Tal vez era algo que hacías para satisfacer a alguien más, y cuando ese alguien más, no mostró mucho entusiasmo en tu logro, te sentiste totalmente defraudado.

Estas son unas claves para saber si necesitas mirar hacia adentro:

- Las situaciones en tu vida se repiten constantemente (círculos viciosos)
- Tus comportamientos se repiten constantemente, aún cuando sabes que son inadecuados
- Te sientes solo
- Sentimientos de vacío
- Sentimientos de falta de adaptación
- Te sientes frustrado
- Te sientes atrapado
- Lloras sin razón aparente
- Sientes que todos son injustos contigo
- No escuchas consejos
- Eres obstinado
- Sientes que nadie te comprende
- Te sientes desdichado sin razón aparente
- Todos te desilusionan
- Crees que todos te tratan mal y de hecho lo hacen
- Sientes que vales poco
- Sientes que nadie te puede ayudar.

Los seres humanos tendemos a repetir lo que vivimos en nuestra infancia, las relaciones que tuvimos con nuestros padres y las reacciones que ellos tenían.

Checa bien las cosas que se repiten en tu vida ¿ Vas de una relación conflictiva a otra?, ¿ De una traición a otra?, ¿ La gente tiende a aprovecharse de ti?, ¿ Tiendes tu a aprovecharte de los demás?, ¿ Fracasas en lo que intentas una y otra vez?, ¿ Te relacionas con el mismo tipo de personas?

Entonces entiende que ¡¡¡ Tú mismo estas creando lo que te pasa !!!.

Tomate un tiempo para recapacitar por qué o para qué lo haces. Tal vez algo te faltó cuando eras niño y lo sigues buscando en los demás. Tal vez estás muy enojado por algo que pasó y buscas vengarte con los que se te ponen en el camino.

Cuando no aceptamos algo que para los demás es evidente se dice que estamos en NEGACIÓN, lo cual es un sistema que usa tu mente para protegerte y para seguir apoyando tus creencias, sin embargo no podemos quedarnos toda la vida así protegidos y... ¡¡¡ ATORADOS!!!

La próxima vez que todo el mundo te diga que estás equivocado o que sientas que nadie te comprende, o que todos están mal. Abre tú mente y considéralo seriamente, piensa si es posible que tengan algo de razón. A eso se le llama INTROSPECCIÓN.

Nota importante:

Mirar hacia dentro puede despertar en ti emociones muy fuertes o revivir recuerdos que no has superado completamente. Y solo recuerda:

“Las personas comprometidas con su crecimiento se enfrentan a situaciones que el común de la gente prefiere ocultar o reprimir, pero también están listas para aceptar ayuda psicológica, espiritual o de las personas que consideran con más experiencia” (Bradshaw J., 1990, pp. 106)

EJERCICIO.

Busca un lugar para estar solo y donde sepas que nadie te va a interrumpir.

Siéntate y recuéstate cómodamente, respira profundamente y relájate con cada respiración.

Cuando te sientas tranquilo empieza a imaginarte tal y como eres ahora. ¿Cómo te ves?, ¿Cómo estás vestido?, ¿Estás a gusto con la persona que eres?.

Bien, ahora imagínate un año más joven ¿eras igual que ahora?, ¿Tienes las mismas costumbres y hábitos?

Sigue imaginándote más y más joven cada vez. ¿Has cambiado mucho?, ¿

Qué es lo que más te gustaba de cada época de tu vida?, sigue despacio disminuyendo tu edad y sintiéndote más joven cada vez. En la secundaria ¿de quien te acuerdas?, ¿En la primarias, con quién jugabas?, ¿Cuál era tu juego preferido?. Tomate tu tiempo para recordar y disfrutar las etapas de tu vida.

Enfócate en lo positivo, los recuerdos tristes ahora no tienen importancia.

Imagínate ahora pequeñito, como un niño de brazos, imagínate siendo cargado por tu mamá o por quien cuida de ti ¿Puedes sentirte envuelto en tu colchita?, ¿

Puedes sentir lo delicado y pequeño que es tu cuerpecito?

Muy bien, ahora, imagina que estas ahí tal y como eres ahora y puedes ver al bebé que eres tú.

ABRAZA A ESE BEBE QUE ERES TU.

**A ESE NENE QUE ES LA PERSONA MAS IMPORTANTE EN ESTE MUNDO ¡¡¡
ERES TU MISMO!!!, ¡¡¡ AHÍ ESTÁS NUEVECITO!!!**

Ahí estás listo para iniciar tu vida. Siente que te quieres mucho, te tienes a ti mismo para cuidarte, guiarte y ayudarte en todo. Tomate un tiempo para estar contigo mismo dándote cariño y cuando estés listo despídete y prométele algo, lo que tú quieras.

Abre los ojos y así, relajado, piensa un poco en lo que sentiste y en lo que recordaste.

En realidad todo esto es cierto: ¡¡¡ TE TIENES A TI MISMO PARA GUIARTE, CUIDARTE, PROTEGERTE, PARA TRATARTE BIEN Y DARTE TODO LO QUE MERECESES!!!

Es importante que si descubres algo que has estado haciendo y te das cuenta de que eso es precisamente lo que afecta tu vida. No te reproches nada, estas haciendo tu mejor esfuerzo. Tú eres la persona más importante y para mejorar tu vida debes quererte muchísimo y perdonarte todo.

No has cometido ningún error. Estas haciendo lo mejor que puedes con las herramientas que tienes, lo bueno es que leyendo esto tienes mejores herramientas, ¿no crees?.

5.5 CREENCIAS

OBJETIVO.

Identificar las creencias que fueron aprendidas en el pasado, analizando si éstas repercuten negativamente en nuestros actos

EJERCICIO.

En el siguiente cuadro registra diariamente los eventos tanto positivos como negativos que sucedan día con día, tratando de especificar los eventos, pensamientos, sentimientos, creencias y conductas inmediatas al suceso.

| Evento (positivo o negativo) | Pensamiento inmediato | Sentimiento inmediato | Creencia | Conducta inmediata |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| | | | | |

Por ejemplo

| Evento | Pensamiento inmediato | Sentimiento inmediato | Creencia | Conducta inmediata |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| “El chofer de la micro no me dio mi cambio”. (evento negativo) | Es un hijo de su \$%&&//)= | Enojo | Todos los micro buceros son iguales. | Le grité. |

Si detectamos los pensamientos y sentimientos inmediatos podremos saber el por qué de nuestra conducta, sin embargo, el apartado más importante es el de las creencias, ya que estas son “ideas” que nos “impregnaron como mantequilla”,

las personas que nos rodearon en nuestra infancia, por ello, hay que detectar y decidir si son las correctas o no.

Algunas creencias muy arraigadas en los seres humanos son:

- Las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio.
- Las mujeres deben dedicarse a las labores del hogar, independientemente de que trabajen o no.
- Los hombres no deben llorar.
- Los hombres no deben jugar con las muñecas porque se vuelven maricones.
- Dios nos castiga si obramos mal
- El destino nos ha puesto en el camino a esta persona
- Los hombres deben ser infieles a sus mujeres.
- Las mujeres deben ser sumisas
- Las mujeres no deben tener amistades después de casarse.
- Las mujeres no deben vestir provocativamente después de casarse.
- Todos los hombres son iguales
- Y mil más

Por ello al elaborar este cuadro se detectarán las ideas más comunes en ti, tratando de evaluar si tus actos están influenciados por las creencias y si a ti te agrada la forma en la que diriges tu vida.

Sólo recuerda que las creencias son ideas de hace muchos años y que la gente debe evolucionar día con día, para así llevar un camino más tranquilo. Te puedes deshacer de aquellas creencias que consideres inadecuadas, por ejemplo, que los hombres al jugar con muñecas se vuelven maricones, ¿ Qué acaso algún día no serán padres y tendrán que cuidar de sus hijos?.

Así pues, este cuadro te servirá para deshacerte de lo que no consideres adecuado para ti, solo es cuestión de que registres lo que sucede día con día y encuentres las creencias que detienen tu camino para poder cambiarlas o eliminarlas para seguir con tu camino sin las trabas que te enseñaron a través de la historia.

5.6 CAMBIANDO TU FORMA DE VER LA VIDA.

OBJETIVO.

Abrir tu mente a la posibilidad de creer que la vida quiere darte todo lo que deseas, es decir, entender que tú mismo creas todo lo que sucede.

REFLEXIONA ACERCA DE LO SIGUIENTE

1. ¿ Cómo es que llegamos a tener una visión tan negativa de la vida?
2. ¿ Cómo es que el cristal a través del que miramos se manchó con negativismo, pesimismo, escasez y desesperanza?
3. ¿ Cómo lo limpiamos?

Durante toda nuestra infancia, no solo recibimos mensajes negativos acerca de nosotros mismos, sino acerca de lo que nos rodea.

Nos enseñaron que debemos esperar lo peor, que las cosas deben ser muy difíciles, que debemos esperar obstáculos, que si piensas mal, acertarás, etc.

Pero pensándolo mejor no tiene por qué ser así, tú eres el que decide cómo enfrentarse a todas las situaciones de tu vida.

Lo que pasó es que se nos inculcó una forma negativa de ver las cosas y, como atraemos hacia nosotros lo que pensamos, pues nosotros mismos hemos creado una realidad de escasez, problemas, conflictos, dificultades y negativismo.

Pero no hay que preocuparse, nosotros la creamos, nosotros la arreglamos.

EJERCICIO.

Escribe en una hoja como título:

“SI MI VIDA FUERA PERFECTA...” a continuación escribe cómo se te ocurre que sería tu vida si ya hubieras recibido todo lo que te mereces. ¿ Cómo serías?, ¿ Qué tendrías?, ¿ A qué te dedicarías?, ¿Cómo serían tus relaciones con los demás?, en fin, anota todo lo que se te ocurra y no seas modesto ¿ Quieres fama, muchos amigos, dinero, una casa enorme? Lo que se te ocurra.

Lo que estás haciendo es ejercitando tu pensamiento positivo. Estás abriendo en tu mente un espacio donde puedas guardar cosas positivas, estás poniendo imágenes optimistas donde sólo había negativismo.

Ahora ve al lugar donde puedas estar solo sin que nadie te moleste, siéntate o recuéstate cómodamente, respira profundo y relájate. Cuando te sientas tranquilo, empieza a imaginar tu vida perfecta. Trata de sentir la alegría de ser feliz, imagínate con muchos amigos, imagínate que no tienes problemas ni preocupaciones. Llena estas imágenes de emoción, los pensamientos positivos impactan a tu mente, grábalos en ella, recuerda que tu inconsciente registra todo y tu cuerpo reacciona en relación a la misma.

Todas las cosas empezaron siempre con una idea. Un artista tiene la idea de crear un cuadro o una escultura hasta que la logra; un arquitecto tiene en su mente lo que quiere construir, después hace los planos y finalmente crea un hermoso edificio.

Al imaginar tu vida perfecta estás creando los planos de algo que vas a hacer realidad. Todas las grandes realizaciones empezaron con un sueño.

Tal vez tenías la ilusión de mejorar tu vida, pero ahora tendrás la imagen clara y exacta de cómo será.

Repite de vez en cuando este ejercicio y disfruta de imaginar y relajarte.

El simple hecho de respirar profundo, de estar tranquilo y de pensar cosas positivas tienen un efecto muy saludable para ti.

La mayoría de los mensajes que recibe tu mente durante el día no son muy alentadores, de hecho, está acostumbrada a recibir puras malas noticias

Lo que hacemos es crear un espacio para almacenar las cosas positivas y para darte la oportunidad de escuchar los mensajes positivos.

Recuerda siempre que tu mente es cómo una poderosa grabadora que registra todo.

Imagina que en tu mente hay un lugar para guardar sólo las cosas negativas y otro que recibe y almacena cosas positivas. Como la mayoría de los mensajes que recibimos son negativos, nuestra parte positiva se debilita. Al imaginar cosas buenas y optimistas ejercitamos esa parte de nosotros que está al pendiente de todas las oportunidades y que ayuda a enfrentar la vida con optimismo.

Haz de estos ejercicios de visualización una costumbre, así crearás un espacio más grande para las cosas buenas, además de que conocerás mejor lo que realmente quieres en la vida.

5.7 PROPONERSE NUEVOS OBJETIVOS.

OBJETIVO

Analizar nuevos objetivos que ayuden a actuar de manera adecuada.

REFLEXIONA EN LO SIGUIENTE

Las personas que tienen objetivos claros tienen más éxito y son más felices que quienes se dejan llevar por el día a día. Si tú no sabes lo que quieres, es difícil que tengas éxito. Este ejercicio te ayudará a clarificar tus objetivos a corto y largo plazo. Concentrándote en los resultados, encontrarás ayuda para llegar al éxito.

EJERCICIO

En tu cuaderno escribe en la primera hoja:

“Objetivos a largo plazo” y haz una lista de todo lo que se te ocurra que podrás conseguir: seguridad económica, felicidad, crecimiento personal, relación satisfactoria con tu pareja, éxito etc.

Escríbelas por separado y clasifícalas en:

- Físico/ salud
- Intelecto /educación
- Emocional
- Espiritual
- Relaciones
- Trabajo/ dinero

En cada página haz primero una lista de los objetivos a largo plazo dividiéndolos en categorías y luego otra que diga “objetivos a corto plazo”.

Empieza a escribir cada objetivo así:

“ Mi objetivo es.....” Eso te ayudará a eliminar aquellos que no sean importantes.

Después enuméralos por orden de importancia y en una sola hoja escribe el objetivo a corto plazo más importante que hayas puesto, y repítelo por lo menos 3 veces en manera de afirmación positiva “Tendré seguridad al caminar” y sal a la calle con esa mentalidad.

Al día siguiente repasa el siguiente objetivo, mentalízate y cúmplelo, es importante que lo repitas por lo menos 3 veces ya que te ayudará a grabarlo en tu mente.

Uno de tus objetivos deberá ser dar un pequeño paso cada día o cada semana.

Procura ser amable contigo mismo; no esperes logros inmediatamente.

Lee tus objetivos al menos 1 vez al mes. Mucha gente lleva su lista en su agenda. Cuando más lo leas, más firmemente los implantarás en tu mente. El hecho de tenerlos en la cabeza también te ayudará a hacer las cosas y a establecer tus prioridades diariamente.

Añade o cambia tus objetivos todas las veces que creas necesario. Cuando el nuevo año se presente, te sorprenderá descubrir qué has cumplido.

5.8 GUIA DE AUTOREGISTRO DE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS.

OBJETIVO

Identificar las formas en las que estamos solucionando los problemas, para poder pensar en otras salidas.

REFLEXIONA EN LO SIGUIENTE

Cuando tenemos conflictos; comúnmente siempre los solucionamos de la misma manera, ya sea gritando, golpeando, huyendo, ingiriendo alcohol, etc., es decir, cuando el marido o la esposa llega tarde a casa, lo primero que hacemos es reclamarle, el por qué lo hizo, sin embargo, la manera de responder del otro, comúnmente es la misma y podría decir que él o ella es tan libre como el otro, en ese momento la discusión aumenta de tono y ambos empiezan a gritar, después a ofenderse, luego a golpearse y así sucesivamente; esta misma forma se da en repetidas ocasiones, como si “bailaran, el mismo baile siempre”, pero ¿qué pasa cuando empezamos a tratar de comprender el por qué de las situaciones, o a intentar nuevas forma de solucionar el conflicto?, ocurre que hacer esto nos ayudará a encontrar un camino más tranquilo y feliz.

EJERCICIO

Realiza un cuadro que contenga los siguientes puntos:

- SITUACIÓN CONFLICTIVA
- QUÉ HIZO ÉL O ELLA
- QUÉ HICE YO
- QUÉ HUBIERA QUERIDO QUE HICIERA ÉL O ELLA
- QUÉ HUBIERA HECHO YO EN SU LUGAR
- OBJETIVO PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA.

En este cuadro encontrarás las respuestas a las situaciones conflictivas, ya que lo que haces, es analizar cada una de las situaciones de manera aislada y

paso a paso para así encontrar los patrones de conducta que siempre siguen a una situación conflictiva.

Es importante mencionar que siempre es bueno ponerse en “los zapatos del otro” para entender porque responde de determinada manera, por ello en el cuadro también se anexan diversas formas en las que nos gustaría que se hubieran solucionado los conflictos y sobre todo como nosotros mismos podemos cambiar la forma de actuar en situaciones conflictivas.

5.9 DETENER Y EXTINGUIR CONDUCTAS INADECUADAS.

Para impedir que alguien siga actuando de un modo inadecuado, debemos intentar que esa persona no reciba constantemente refuerzos tras la emisión de esa conducta inadecuada. No debe prestar atención inmediata después de que su pareja exhiba la conducta que usted desee disminuir. Los malos humores y enfados disminuirán si los ignoramos.

1. El hablar de modo tranquilo y adecuado es lo correcto.
2. No se debe intentar abrazar a la persona que está alterada
3. Reírse en el momento de la discusión es causa de enfado.
4. Se deben tomar en cuenta las siguientes reglas:
 - **Primero, déle la información positiva, es decir, comience informándole de aquello que haya hecho bien.**
 - **Sea específico en sus comentarios (comente acerca de las conductas, no de la persona)**
 - **La información negativa debe darla en forma de alternativa sugerida.**
 - **Úsela como “opinión personal” y no hable con su pareja desde una posición de autoridad.**
 - **Evite expresiones como “nunca”, “siempre” o equivalentes.**
 - **Exponga su crítica como hipótesis.**
 - **Evite sarcasmo e ironía.**
 - **Evite los juicios de evaluación moral.**
 - **Cite evidencia observable, cuando sea posible.**
 - **Permita al otro ignorar sus sugerencias, revisarlas, incorporarlas o escogerlas.**
 - **Utilice una lista de criterios observables (tono de voz, temblor de manos, contacto visual, contacto físico)**

- **Haga preguntas o sugerencias, no acusaciones. Las acusaciones ponen a la gente a la defensiva y raramente ayudan a encontrar soluciones.**
- **No acumule resentimientos. Esto la llevará a explotar en cualquier momento, le dificultará actuar de modo eficaz. Comportamiento de cada uno.**

5.10 LO QUE DICE TU CUERPO.

OBJETIVO

Identificar cómo nuestro cuerpo es el transmisor de mensajes tanto positivos como negativos, hacia los otros; a la vez de tratar de practicar posturas adecuadas para mostrar seguridad en nosotros mismos.

REFLEXIONA EN LO SIGUIENTE.

Nuestro cuerpo expresa lo que sentimos, pensamos y queremos. No sólo lo expresa sino que lo refuerza.

Haz este experimento: Ponte en una posición de tristeza, encorva la espalda, baja los hombros e inclina la cabeza viendo hacia el suelo, haz un gesto de tristeza, frunce el ceño, aprieta los labios como cuando estas a punto de llorar.

Ahora repítete a ti mismo “qué triste estoy, que triste estoy, estoy deprimido”.

Llémoslo más lejos acuérdate de algo triste de tu vida.

¿ Qué pasó?, ¿ Lo lograste? ¿ Sentiste tristeza?, ¿Se te salió una que otra lágrima?

Muy bien, ahora cambia la posición, párate tan erguido como puedas, levanta la cabeza como si estuvieras desafiando a alguien, saca el pecho y sonrío lo más que puedas. Ahora repítete a ti mismo: “qué triste estoy, qué triste estoy, estoy deprimido” Acuérdate de la misma experiencia triste.

¿Qué paso ahora?, es mucho más difícil o casi imposible sentir tristeza si el mensaje que manda tu cuerpo es de fuerza y optimismo.

Esto sucede porque debe haber coherencia en lo que sientes y en lo que expresas.

¡¡¡ Qué maravilla !!! ¿ Te das cuenta de que estabas tranquilo y lograste sentirte triste? ¿ Te das cuenta de que si el mensaje que manda tu cuerpo es de fuerza tu mente lo recibe y lo apoya?

¿ Qué te parece si la próxima vez que estés triste, adoptas una postura de desafío y fuerza?

El lenguaje de nuestro cuerpo está directamente relacionado con la forma en que te sientes.

Tu cuerpo le habla directamente a tu mente y, lo más importante de todo: **TU TIENES ABSOLUTO CONTROL DE TU CUERPO.**

Tu cuerpo le habla también a los demás en una forma mucho más poderosa que las palabras.

Si alguien te dice que está lleno de energía y cuando camina, baja los hombros y arrastra los pies, ¿ Le creerías?

Para que aprendas a enviar y enviarte mensajes positivos usando tu cuerpo examina las siguientes posturas:

- *Para mostrar seguridad y auto confianza:* Párate derecho, camina rápido, habla fuerte y claro, mira a las personas con las que estés directamente a los ojos. No cruces los brazos. Cuando estés

sentado pon los pies bien apoyados en el suelo, los brazos abiertos y relajados.

- *Para mostrar fuerza*, párate con las piernas un poco separadas y los pies bien apoyados, los brazos a los lados o bien con las manos en la cintura. Alza la cara y sonríe.
- *Para sentirte feliz*, sonríe o ríe abiertamente.

Si eres muy tímido o tienes poca confianza e ti mismo tómalo como un juego, o como una actuación, al principio te sentirás nervioso, pero con el tiempo, ganarás auto confianza y seguridad. Las personas que te rodean recibirán un mensaje y empezarán a tratarte conforme a lo que les dice tu cuerpo. Lo que te hará tener aún más seguridad y más confianza en ti mismo.

Ahora que sabes cómo funciona usa tu cuerpo para ayudarte con tus sentimientos. Practica posiciones de fuerza, alegría, optimismo y otras que se te ocurran.

Muchas veces nos mostramos tímidos o inseguros aún sin serlo por temor a ser rechazados, o porque pensamos que le vamos a caer mal a la gente. La gente admira a las personas fuertes y seguras, las respeta. Las personas que se muestran molestas son a las que les da envidia que tú si puedes mostrar tu valor.

Nelson Mandela dijo que “no tiene nada de elevado hacerte menos para que las otras personas no se sientan mal”

Después de todo si les caes mal a personas que te envidian ¿ Te importaría mucho no volver a verlas?

¡¡¡ MUESTRA TU SEGURIDAD, MUESTRA TU CONFIANZA, HAZTE RESPONSABLE DE TUS SENTIMIENTOS Y NO TENGAS MIEDO DE MOSTRAR LA MARAVILLOSA PERSONA QUE REALMENTE ERES!!!

5.11 UNA COSA SEGURA.

OBJETIVO

Acercarnos a la muerte para valorar lo que realmente tenemos y no desperdiciarla, en cosas inútiles como: peleas, discusiones, enfermedades, soledades, etc.

REFLEXIONA EN LO SIGUIENTE

TU MUERTE. Esto es lo único que tienes seguro en la vida.

Tan cierto es que puedes empezar de cero cada día, como que la vida es muy corta y definitivamente se acaba.

Como todo, tienes dos opciones: deprimirte y quejarte o aprovechar el saberlo para sacar el mejor provecho de tu tiempo.

Imagínate que este es el último día de tu vida.

Tienes la oportunidad de elegir tu epitafio.

Algunos que NO te recomiendo:

Fue alguien que...

- Fue como los demás querían que fuera.
- Iba a ser feliz, algún día.
- Se preocupó demasiado por las cosas que ahora ya no importan.
- No pudo ser él mismo.
- Nunca disfrutó el presente.
- No hizo nunca nada por él mismo, ni por nadie.

- Sufría por cualquier insignificancia
- Le dio pena hasta cuando se murió

¿ Qué harías tú si fuera este el último día de tu vida?

Algunas personas dirán:

- Abrazar, besar y darle todo mi amor a mis seres queridos.
- Hacer las paces con todo el mundo
- Hacer lo que tanto he deseado y no me atrevía
- Divertirme al máximo
- Ir a mi lugar preferido
- Estar con mi persona preferida
- Declararle mi amor a esa persona especial
- Decirle a todos lo que me gusta de ellos

Seguro que aprovecharías tu tiempo al máximo. No lo perderías en discusiones tontas , no te preocuparías de nada, serías tú mismo, pedirías perdón por tus faltas y pondrías más atención en los detalles que son lo que hacen la vida.

¿ Vas a esperar hasta el último día de tu vida para hacer esto o vas a ser feliz hoy?

El miedo a morir viene de no haber tenido suficientes momentos felices, de no disfrutar de lo que haces, de no haber hecho lo que quieres hacer. Olvídate ya del miedo, de la vergüenza, de los traumas, del rencor, de sentirte culpable, de buscar problemas, de dejar las cosas para después, de no disfrutar el momento.

Vive como si en realidad este fuera el último día de tu vida.

Hoy tiene que ser un día feliz, un día lleno de cariño, de besos, de cosas ricas y de momentos alegres.

Tu epitafio no puede ser otro mas que este:

“ Aquí yace alguien quien disfrutó de la vida al máximo, optó siempre por ser feliz hasta en las situaciones difíciles, ayudó a muchos a ser felices, nunca se rindió y supo aprovechar la oportunidad de ser él mismo”.

5.12 SOLO AGREGUE AGUA.

OBJETIVO

Identificar cómo haciendo el “bien” a los demás nos sentimos útiles nosotros mismos, a la vez que vamos llenando de sentimientos positivos nuestros corazones, para ser susceptibles a las cosas. Y crecer como una planta, a la cual, solo hay que cuidar un poco y así crecerá fuerte y llena de vida.

REFLEXIONA EN LO SIGUIENTE

Como estas recetas de productos instantáneos, así puedes tener y regalar momentos de felicidad.

Aquí te doy algunas sugerencias que te van a hacer feliz, por momentos, pero de eso se trata esto, de momentos.

Síguelas al pie de la letra e inventa otras, mientras más inesperadas más efecto tendrán.

- Haz algo por alguien sin que se de cuenta
- Elogia a alguien que sepa que te cae mal
- Dale un regalo a tu pareja sin ningún motivo
- Cuéntale un chiste al más amargado que conozcas
- Tómate un baño de burbujas con tu libro favorito
- Canta en la regadera
- Lee sobre algo que te interesa
- Regala juguetes a los niños pobres

- Juega con tus hijos y dales toda tu atención, plática con ellos, cuéntales un cuento
- Conoce a tus vecinos
- Haz una travesura
- Mándale un telegrama a tu esposo o esposa que sólo diga “te quiero”
- Dedica u día completito a ti mismo. Mímate, consiéntete, halágate
- Haz sentir importante a alguien
- Platica con un desconocido.
- Si estás enojado con alguien, ten la iniciativa de arreglar el problema.
- Pide perdón a alguien que hayas ofendido
- Exprésale tu amor a tus padres
- Agradece a las personas que te ayudan
- Juega con tu mascota
- Háblale al chico o chica que te gusta
- Ve a una fiesta
- Haz una fiesta
- Abraza a alguien, al que sea
- Cómete algo que te guste mucho sin remordimientos
- Visita a un amigo que hace tiempo no ves
- Haz un nuevo amigo
- Escucha a un anciano
- Comparte algo que quieras mucho
- Visita a tu abuelita
- Siembra un árbol
- Dona algo a una institución
- Arréglate lo mejor que puedas, sin una razón especial
- Ponte una meta y cúmplela.
- Acércate a la naturaleza, ve al campo y pon atención en el aire fresco, el sol, el paisaje, los animales.
- Practica tu deporte favorito

Te aseguro que si llevas a cabo cualquiera de estas ideas te sentirás feliz y harás feliz a alguien que es importante para ti

Piensa en otras cosas que por sencillas y auténticas te brindarán momentos felices y a ser capaz de crear momentos así a tu antojo.

“Momentos, de eso esta hecha la vida”

IDEAS PARA CREAR MOMENTOS FELICES

5.13 UN MOMENTO DE RELAJACIÓN

OBJETIVO.

Realizar diversos ejercicios de relajación para mantener la tranquilidad corporal y espiritual.

Preparar al paciente a resistir condiciones adversas y para que disponga de mayor capacidad para resolver problemas.

1er ejercicio

Hay que tomar en cuenta que la tensión muscular se relaciona de alguna manera con la ansiedad y que un individuo experimentará una reducción de dicha ansiedad si puede lograr que los músculos tensos se aflojen y se pongan flácidos

El procedimiento para llevar a cabo esto es:

- Se hace sentar al paciente en un sillón cómodo. El terapeuta comienza a dar una explicación razonada de la relajación muscular con un tono de voz tranquilo y que denote seguridad.
- Se le pide al paciente que se ponga cómodo. Debe aflojar la ropa apretada, no debe cruzar las piernas y todas las partes del cuerpo deben descansar sobre la silla.
- Se le pide que haga una aspiración profunda y que suelte el aire lentamente, presentando casi de inmediato el primer ciclo de tensión-relajación ya que se le pide que tense una parte del cuerpo para después relajarla.
- Entonces se le pide al paciente que realice el mismo ejercicio, con 10 segundos de tensión, seguidos por la voz “relájese”.

- Después del primer ejercicio, es bueno sugerir al paciente que tense solamente el grupo de músculos que se le pide tensar, haciendo esfuerzo consciente para no tensar otro.
- Ahora el paciente está preparado para un segundo ciclo de tensión-relajación donde tendrá que tensar y relajar parte por parte todo el cuerpo, esto es: manos, bíceps y tríceps, hombros, cuello, boca, lengua, ojos, respiración, espalda, parte media (glúteos), muslos, estómago, pantorrillas, pies, dedos de los pies, etc.
- se le pide al paciente que practique por su cuenta, y si tiene dificultades para dirigir su propia relajación, entonces se le grabará la sesión para así ayudar al paciente a lograr su meta terapéutica.

Este procedimiento completo puede durar hasta 40 minutos.

2do. Ejercicio

- Recueste al paciente en un lugar cómodo y pídale que empiece a respirar profundamente, el terapeuta guiará las respiraciones tratando de que cada una de las respiraciones se den en el tiempo en que el paciente lo necesite, no más, ni menos.
- Pídale al paciente que ubique el lugar donde se encuentra, recordando algunos estímulos a simple vista, que son: el color de la habitación, el escritorio, la puerta, etc.
- Pida al paciente que trate de sentir la posición de cada una de las partes de su cuerpo, dedos de los pies, pies, pierna, cadera, etc, trate de que se realice de manera progresiva. De pies a cabeza o viceversa.
- Diga al paciente que trate de imaginar un lugar hermoso.
- Pídale que se vea en ese lugar y que se sienta tranquilo
- Después de un rato de permitirle al paciente disfrutar de ese momento, se le pedirá que abra los ojos.

3er ejercicio.

- Detectar el tipo de respiración y recomendarle que aprenda a abrir el diafragma para una mejor respiración
- Pedirle que coloque una mano por debajo del ombligo y la otra por arriba del mismo, identificar cual es la mano que tiene mayor movimiento.
- Enseñarle a concentrarse sólo en el movimiento de su estómago “ afuera y adentro”
- Pedirle que sentado, identifique la forma en que respira normalmente
- Colocar sus manos detrás de la nuca y poner los codos lo más atrás que pueda,
- Que respire y distinga entre la respiración anterior y esta y pedirle que la practique en casa.
- Pedirle al paciente que se recueste boca abajo con sus manos sobre el abdomen ,
- Pedirle que cierre los ojos e imagine que su estómago es una pelota la cual se infla y se desinfla,
- Realizarlo por el lapso de tiempo que el terapeuta considere adecuado.

5.14 VARIOS EJERCICIOS EN CASA

- Escucha música en los discos de 33 revoluciones y sobre todo que sea del intérprete que al paciente le agrade (retroceder el tiempo)
- Programar su sesión de preocupación al día, para no sentirse angustiado el resto del mismo.
- Tomarse más tiempo para el baño, y si es posible meterse a bañar a una tina, para leer su libro favorito.
- Leer en un lugar tranquilo
- Consumir mucho agua, frutas y verduras
- Cuidar su alimentación
- Tomarse un día libre.
- Comerse lo que le agrada sin remordimientos
- Consumir frutas secas y chocolates.
- Escuchar música de relajación
- Acompañar sus ejercicios de relajación con un poco de música y olores relajantes
- Tomarse tiempo para él o ella misma
- Ver un programa favorito
- Y más

Cada una de estas técnicas están diseñadas para que el paciente se sienta tranquilo, ha de mencionarse que en los pacientes con problemáticas psicosomáticas, se inicia con ejercicios de relajación ya que se necesita que el paciente se encuentre bien físicamente para poder resolver sus conflictos emocionales que lo han llevado a sentirse enfermo desde hace mucho tiempo.

Autores como Caudill (1995), Proto (1999), Baumgardner (1994) y más, están de acuerdo en que el tratamiento para este tipo de problemáticas está enfocado al manejo de los pensamientos, y sentimientos, ya que están íntimamente ligados a lo que ocurre en nuestros cuerpos.

Y el psicólogo mismo puede encargarse de ayudar a descubrir, no a enseñar, las soluciones de la problemática ya que produce ideas, da sugerencias y crear situaciones que el paciente llenará. También idea formas para facilitar y animar la exploración, por parte del paciente, por zonas y experiencias que has sido vedadas desde hace mucho tiempo atrás, siempre y cuando este dispuesto a incorporar el pasado, y el futuro en la experiencia del presente (Baumgardner, 1994).

Descubrir la condición fundamental de nuestro cuerpo y mente es responsabilidad del propio paciente por ello la escuela Gestalt es una de las que ayuda a este fin, remarcando que el terapeuta solo es una vía por la cual podrá apoyarse el paciente para su mejora.

Así que al realizar cada uno de los ejercicios ya mencionados se analizó que los mismos permanecieran en este fin, solo de mostrar al paciente que existe otro camino para su cura, que todo lo que físicamente presenta al no tener un fin meramente médico, podría estar ubicado en lo emocional que lo llevarían a la mejora a su debido tiempo.

Es importante mencionar que el psicólogo puede ser capaz de manejar este tipo de técnicas de manera muy adecuada ya que debe estar entrenado para manejar los pensamientos y sentimientos de los pacientes, a la vez de utilizarlos para hacer que el mismo paciente se de cuenta de lo que ocurre en él. Así mismo el psicólogo es una persona que puede detectar las necesidades del paciente, verlas desde un ángulo donde no sea “absorbido” por el propio paciente y donde pueda ayudarlo satisfactoriamente sin estar inmiscuido con él.

Por ello, se considero que las técnicas antes mencionadas cubrían estas características, siendo utilizadas en los 4 casos a continuación citados, en donde 3 de ellos pudieron observarse mejoras y 1 en donde no surtió efecto en la paciente, mencionando posteriormente las suposiciones por las cuales sucedió esto.

CAPITULO 6.

ESTUDIO DE CASOS

CASO 1.

| | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE. | SUSANA, |
| EDAD. | 48 AÑOS. |
| PROBLEMÁTICA PSICOSOMÁTICA. | Temblores en las manos. |

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Susana es el producto de un segundo matrimonio, es abandonada por su padre cuando ella nace; su madre se convierte en comerciante, ya que tiene que mantener a sus 3 hijos. Así, Susana crece con 2 medias hermanas (hoy con edades de 54 y 45 años) hasta la edad de 8 años; donde la madre muere de cáncer en la matriz, y en este momento todas las hermanas son separadas llevándolas con tías diferentes.

ANAMNESIS (Datos recopilados acerca de su nacimiento y su entorno.)

No sabe nada acerca de su infancia y su nacimiento porque nunca lo comentó con su madre y no tiene manera de investigarlo ya que no tiene buena relación con sus hermanas.

Susana vivió una vida de familia común y corriente, llena de amor y compañía, desde que nació, hasta los 8 años, cuando su madre fallece; entonces la separan de sus 2 hermanas, quedando ella a cargo de una tía la cual la trata muy mal, la obliga a realizar todas las labores del hogar de manera ardua, es maltratada con golpes continuos, hasta sangrar o quedar inconsciente, de igual manera recibía castigos ejemplares, como encerrarla en un cuarto oscuro, durante varios días, no

comer, dormir en dicho cuarto con un nido de ratones recién nacidos, comer con los puercos de crianza y más.

A los 10 años sufre abuso sexual por parte de su tío y la amenaza diciéndole que si le cuenta algo a su tía, le va a “echar la culpa a ella” y que le “iría peor”.

Su abuela materna sólo la iba a visitar de vez en cuando, pero Susana le pedía que se la llevara con ella; y la abuela argumentaba que no podía porque no contaba con los recursos.

A los 11 años, en una visita a la casa de la abuela; un sobrino de ésta, intentó abusar de ella, pero la abuela lo impidió.

Sigue viviendo con la tía y sufriendo de abusos y manoseos por parte del tío durante mucho tiempo más, hasta que cumple 14 años.

Nunca tuvo fiestas de cumpleaños, se le prohibía jugar, tener amigos, juguetes, escuela, novio y más, solo tenía que cumplir con las tareas del hogar.

A los 14 años tuvo un 3er. intento de abuso por parte de un señor del mercado, el cual no se llevo a cabo porque logró escapar de él.

Cuando tenía 17 años vivía con su hermana mayor, Susana se encargaba de las labores de la casa y el cuidado de los sobrinos, a cambio de su manutención. Es aquí cuando su cuñado estuvo en complot con otros 3 amigos suyos para que Susana fuera abusada por ellos en un microbús, y así fue.

Se va de la casa de su hermana y se encuentra a una señora la cual le ofrece trabajo en su casa, Susana vive ahí y la señora la trata muy bien, pero el hijo de dicha señora intenta violarla y entonces Susana decide irse a vivir a otro lugar.

A los 20 años conoce a su primer novio.

VIDA EN PAREJA.

Con el primer novio mantiene una relación de 2 meses antes de casarse

Así es que se casan y desde los inicios del matrimonio le propinaba golpizas las cuales le provocaron 2 abortos; un día estuvo a punto de ser apuñalada por él, pero lo golpeó en la cabeza y logró escapar.

Un año después conoce a su 2do. esposo, José, con el cual llevó un noviazgo de unas cuantas semanas y deciden casarse.

Desde el momento en que se unen, él muestra mucha agresión hacia ella, la golpea, la humilla, abusa sexualmente de ella, no le permite salir, cuando sale le mide el tiempo y más.

De este matrimonio nacen 4 hijos, los cuales viven todos estos maltratos y más aún, el padre les enseña a que también ellos le deben pegar a su madre y es aquí cuando Susana se ve inmersa en un maltrato tanto verbal como físico por parte de todas las personas que la rodean.

Susana siempre estuvo mezclada en las inseguridades de su marido, ya que siempre la celaba, la cuidaba excesivamente, la vestía a su gusto y la alejaba de cualquier contacto con las personas. Por este motivo, el esposo siempre desconfió de su paternidad y simplemente por el hecho de estar embarazada, la golpeaba y la amenazaba con matar a ese bebé en cuanto naciera, sin embargo, Susana encontró la manera de tener a sus hijos de manera solitaria y tiempo después le presentaba al hijo a su esposo y él lo aceptaba, sin embargo siempre le reprochaba que no eran sus hijos y así paso el tiempo.

A lo largo de su vida Susana estuvo a punto de suicidarse en 3 ocasiones, cuando era adolescente y en su segundo matrimonio.

ESTADO DE SALUD.

A pesar de que Susana siempre fue una niña y adolescente muy sana, hoy en día sufre de presión alta, dolores de cabeza constantes, palpitaciones, problemas intestinales, problemas sexuales, desvanecimientos, falta de apetito, insomnio, fatiga y lo más grave son sus constantes temblores en las manos, ya que impiden que Susana lleve una vida normal.

Tuvo una última recaída en la cual tuvieron que llevarla al hospital porque se encontraba muy grave de la presión y casi presentaba una embolia.

Su doctor de cabecera, platicó con ella y Susana le pidió que la dejara morir, por ello la envía al servicio psicológico, en cuanto sale del hospital, y así es como inicia su proceso.

SESIONES.

| | |
|----------------------------------|---|
| Características de las sesiones. | Citas 1 vez a la semana con sesiones de 1 hora. |
| Motivo de la separación. | Falta de recursos económicos. |

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

En la primer sesión, se realiza una entrevista general, en la cual, Susana me pide que la deje morir porque nadie la necesita. En esta, Susana expresa todas sus problemáticas desde su infancia hasta el día de hoy, así es como tenemos un primer contacto y se realiza un poco de empatía y contacto directo y físico con ella, ya que me abraza y llora durante un largo rato.

Posteriormente, el médico, se pone en contacto conmigo explicándome, que tuvo una crisis nerviosa que la llevó a desarrollar un temblor intenso en las manos, para después, desarrollar principios de embolia, presión alta y que él había observado una intensa tristeza en ella.

Una semana después, Susana se presenta con otra forma de ver las cosas, su fisonomía había sido modificada, se presenta bien vestida, maquillada y con una leve sonrisa en los labios. Se observa con muchas ganas de trabajar.

En el caso de Susana, se le permitió hablar durante las 4 sesiones siguientes acerca de toda su vida y las problemáticas que la rodearon, se detectaba mucha angustia en ella y siempre lloraba, ya para la 4 sesión dicha ansiedad disminuyó, pero persistían los temblores de las manos, con tan sólo pensar en su marido, sus hijos y el pasado.

En la siguiente sesión se le enseñó un ejercicio de relajación progresiva que le ayudaría a sentirse más tranquila, desde aquí se le pidió que realizara algunos ejercicios de relajación en casa, cuidando su alimentación y escribiendo todo lo que sintiera.

Las sesiones siguientes se utilizaron para aplicarle algunas técnicas que la ayudaran a ver su vida de otra manera.

EVALUACION.

En el caso de Susana la evaluación se le realizó alrededor de la quinta cita ya que es hasta entonces cuando ella deja de hablar durante toda la sesión acerca de toda su vida y su forma de sufrirla.

Así que se le aplicó Machover, Frases incompletas , H.T.P. (casa- árbol- persona) y T.A.T. las cuales nos hablaron de que Susana mostraba:

- satisfacción en la fantasía
- tendencias defensivas
- inaccesible
- sujeto tenso
- agresivo con débil control de sus impulsos
- reprimido
- depresión
- inseguridad
- ansiedad
- percibe al medio como inseguro y peligroso
- dificultad para expresar sus emociones
- autodesprecio
- ajuste social y emocionalmente pobres
- sentimiento de inferioridad por alguna parte de su cuerpo
- agresivo con comportamiento sexual desviado
- debilidad corporal
- dificultad para dirigir sus impulsos
- regresivo-agresivo
- problemas de relaciones interpersonales
- infantilismo
- conflicto sexual
- inseguridad hacia donde se dirige

- inestabilidad
- inseguridad física
- preocupación somática

Estos solo son los rasgos más representativos encontrados en la personalidad de Susana y como se observa tenemos características de una autoestima no desarrollada, aunada a depresión, ansiedad y somatización de las problemáticas entre muchas otras más.

TECNICAS UTILIZADAS

Las técnicas utilizadas con Susana fueron:

1. El mapa de mi vida
2. Defectos y virtudes
3. El perdón (en repetidas ocasiones)
4. Las creencias
5. Cambiando tu forma de ver la vida
6. Relajación por medio de pinturas digitales
7. Un momento de relajación (en repetidas ocasiones)
8. Una cosa sí es segura
9. La hoja en blanco
10. Proponerse nuevos objetivos
11. Las muñecas
12. El acta de nacimiento

RESULTADOS EN LAS SESIONES.

1. En la técnica de **EL MAPA DE MI VIDA**, Susana se mostró muy triste al recordar todo lo que le había pasado, sin embargo, se le hizo ver que el pasado se tiene que quedar atrás y que ella tiene que ir en otra dirección, muy diferente a la que tenía; Susana, en esta técnica específicamente,

escribió muchas páginas acerca de lo ocurrido y esto la hacia “sentirse mejor”, en esta sesión mostró muchos temblores en las manos y mucha sudoración en la espalda, así es que se le recomendó hacer ejercicios de relajación en casa.

Un momento antes de irse Susana habló de haber encontrado que todas las personas que la rodeaban habían hecho de ella una mujer introvertida, temerosa y sobre todo depresiva. El médico, por su parte, sigue platicando con ella, recomendándole que siga asistiendo a terapia, ya que ha observado mejoras en su salud física.

2. En esta otra técnica de los **DEFECTOS Y VIRTUDES**, Susana mostró tener una autoestima disminuida ya que todas sus características tanto físicas como emocionales estaban mal en ella, por ejemplo: se decía ser una mujer fea, con ninguna virtud, que todo lo hacía mal, que nunca tenía la razón, que ella merecía lo peor porque era “ignorante”, “tonta”, “estúpida” y más. Esto la llevó a recapacitar acerca de que todo esto, fue influenciado por toda la gente que le rodeó, ya que por parte de su tía, su hermana mayor, sus esposos y sus hijos; siempre hubo ofensas y reclamos, sin embargo, se comprometió a reflexionar acerca de esto y a cambiar aspectos importantes que necesitaba para mejorar su estado de ánimo. Aquí, Susana se observó tranquila y muy participativa
3. **EL PERDON**, fue una técnica en la cual Susana tuvo que recordar todo lo que sucedió con una persona la cual le causó daño durante muchos años, esta fue su marido actual, ya que ella eligió, entre la lista de personas a tratar, a él. Para hacerla más vivencial, se realizó un ejercicio de relajación, llevándola en su mente, a un enfrentamiento con dicha persona, donde habló con ella diciéndole todo lo que sentía, sintiéndose angustiada y llorando en exceso, pero en el momento de abrir los ojos argumentaba que se sentía bien. Esta técnica se realizó en sesión en repetidas ocasiones con algunas personas importantes, como sus hijos, su tía, su segundo esposo y

sus padres. Y las restantes personas de la lista que Susana elaboró, ella misma lo realizó en casa. En esta ocasión se le pidió que escribiera una carta dirigida a cada una de las personas que trabajó diciéndole todo lo que sentía, para después romperla en signo de dejar esto atrás.

4. En las **CREENCIAS**, Susana se dio cuenta de que una de las que la ligaban al dolor y al sufrimiento, fue la creencia de que una mujer que tolere a su marido “como sea” no importa qué haga o deje de hacer, simplemente tiene que soportarlo así será una buena mujer. Otra creencia importante que Susana expresó fue la de creer ser una persona que no valía nada, que simplemente la vida le había deparado mucho dolor y que las personas que la rodeaban le habían hecho creer que nunca tuvo ni voz, ni voto, simplemente no existía y no tenía derecho a querer ni ser querida.
5. La siguiente técnica fue la de **CAMBIANDO TU FORMA DE VER LA VIDA**, en esta, Susana se fue a imaginar su vida perfecta y encontró que se sentía muy bien, como jamás se había sentido, habló acerca de que jamás había imaginado que hubiera felicidad en su vida y mencionó que iba tratar de que de hoy en adelante su vida estuviera llena de esta felicidad. En esta sesión se observó una gran relajación y los temblores de las manos disminuyeron mucho.
6. **LA RELAJACION CON PINTURAS DIGITALES**, fue una actividad que a Susana le gustaba mucho, ya que se trataba de realizar dibujos diarios con pinturas Vinci y con sus dedos, esta técnica le ayudaba a sentirse tranquila y muy divertida. Ella argumentaba que le hubiera gustado estar en la escuela y realizar todo este tipo de trabajos.

- 7. UN MOMENTO DE RELAJACION.** Esta técnica fue elaborada por lo menos en un 70% de todas las sesiones ya que para Susana era importante realizar sus ejercicios tanto en casa como en la sesión, además de que se intentaba dar vivencialidad a muchos de los ejercicios que se realizaron y estos se iniciaban con una fase de relajación. Además es importante mencionar que Susana siempre prefería viajar en su imaginación a un parque o jardín dentro de sus ejercicios de relajación ya que mencionaba que sólo en una ocasión había ido a un lugar así.
- 8. UNA COSA SI ES SEGURA.** Es una técnica en la cual Susana se acercó de manera muy vivencial, a la muerte y declaró que no había valorado lo importante que ha sido vivir y que ella había pensado en la muerte de manera muy constante, ya que consideraba que no valía la pena vivir si sólo se dedicaba a sufrir. Después de esta técnica Susana mencionó que fue una "tonta" al pensar en matarse y que nunca jamás lo volvería a hacer. En estas fechas apareció una persona importante en la vida de Susana, fue un amigo que conoció en el mercado y con el cual ha mantenido comunicación desde ese momento, así es que se muestra emocionada por el simple hecho de contar con alguien. Mientras, su salud física mejora, ahora ya puede dormir, el médico le ha retirado los medicamentos y han disminuido los temblores considerablemente.
- 9.** En esta técnica, tenemos que Susana manejó una **HOJA EN BLANCO**, como si fuera su nueva vida, se le pidió que escribiera qué es lo que esperaba de hoy en adelante y habló acerca de querer trabajar, sonreír, mejoría en la vida de sus hijos, la unión entre sus hijos y ella, que la vida cambie por completo.
- 10.** En esta técnica Susana habló acerca de **PROPONERSE NUEVOS OBJETIVOS** en los cuales intentaría ser una nueva mujer, completamente feliz, los objetivos estuvieron enfocados a seguir con su relación con el

hombre que conoció, también se proponía trabajar, vivir en otro lugar, no adentrarse en los problemas de sus hijos, y más. En esta técnica Susana se observó muy atenta y participativa.

11. LAS MUÑECAS tienen como objetivo que se recupere esa parte “perdida” de su infancia, en esta técnica Susana expresó nunca haber tenido una muñeca, pero le emocionó la idea de tal manera que se compró una, la cual ha cuidado desde esa sesión a la fecha. Por momentos, Susana se convirtió en una niña, en la medida que se sentía muy cómoda hablando y jugando con las muñecas.

12. En la técnica de **EL ACTA DE NACIMIENTO**, Susana elaboró una acta en la cual dice que queda libre del pasado y todo lo que ocurrió en él, por ello la “nueva” Susana está conformada de mucho valor y felicidad.

MOTIVO DE LA SEPARACIÓN

Susana deja de asistir a las sesiones porque se va a vivir sola y necesita “juntar” dinero, pero se compromete a hablar en cuanto se reponga económicamente.

TRATAMIENTO MEDICO.

Susana se retira del servicio no consumiendo medicamento, pero es importante mencionar que para evitar alguna reacción futura realizaba chequeos constantes con el médico, ya que estaba bajo constante vigilancia, sobretodo de la presión arterial, sin embargo durante todo el tipo de tratamiento no presentó ninguna alteración de este tipo. Es hasta algunos meses después de que Susana se retira del servicio cuando al regresar a los laboratorios se realiza un electrocardiograma, para corroborar una anomalía del corazón la cual la tiene muy

preocupada y efectivamente el doctor las corroboran y es aquí donde inicia un tipo de tratamiento médico forzoso para evitar que su corazón deje de latir.

Y es hasta este momento que se dejó de tener contacto con su médico particular, ya que durante todo el proceso se realizaron llamadas constantes para poder observar como es era la condición física de Susana; en dichas llamadas su médico expresaba estar muy sorprendido por el cambio que había presentado Susana y sobretodo después de haber presentado un cuadro posible de embolia.

Es importante mencionar que Susana solo acudía con su médico (general) de cabecera ya que no contaba con los recursos económicos para consultar a otro especialista.

COMENTARIOS FINALES.

Susana mostró mejorías considerables casi inmediatamente después de iniciar con la terapia, ya que mostró mucho interés en todas las actividades; así que al abandonar dicho tratamiento, se observó que sus temblores ya habían desaparecido, a la vez que sus dolores de cabeza e insomnio; de hecho ya no consumía ningún tipo de medicamento o estimulante de sueño. Del mismo modo, se detectaron muchas ganas de emprender una vida nueva y llena de cosas positivas, ya que argumenta que perdió 48 años de su vida y que piensa recuperarlos.

CASO 2.**NOMBRE.****ANGELA,****EDAD.****29 AÑOS.****PROBLEMÁTICA PSICOSOMÁTICA.****MAREOS CONSTANTES.****ANTECEDENTES FAMILIARES.**

Ángela es producto de un matrimonio en el cual su padre era el único que sostenía el hogar con un empleo de albañil, dicha familia estaba compuesta por 8 hijos (con edades de 35,29,27,22,20,18,13 y 11 respectivamente y en la actualidad), son originarios de Zitácuaro, Michoacán

ANAMNESIS (Datos recopilados acerca de su nacimiento y su entorno.)

Ángela argumenta que lo único que recuerda es que desde su nacimiento fue una niña completamente sana. Sin embargo, no puede recabar más información porque casi no ve a su madre que se encuentra en Zitácuaro.

Ángela fue una niña educada bajo el régimen del machismo, donde el padre se dedicaba a cuidar que las mujeres atendieran las necesidades de los hermanos "hombres", por ello Ángela, al ser una de las hermanas mayores, tuvo que cargar con el cuidado de casi todos los hermanos y, por lo mismo, solamente estudió hasta el sexto de primaria, no tenía derecho a salir a jugar y mucho menos de tener amigos.

En su etapa de la escuela nunca existió alguien que asistiera a sus festivales, ya que su madre tenía que cuidar de los demás, al mismo tiempo Ángela fue una niña fastidiada por los demás ya que los niños le pegaban y se burlaban de ella porque no tenía dinero y sus ropas eran muy humildes.

Ángela sufrió los golpes que su padre le propinaba a su madre durante todos los años que vivió con ellos.

Tuvo su primer novio a los 14 años, el cual la abandonó por otra, y su segundo novio lo conoció a los 16 años y ella lo encontró con otra mujer.

A los 18 años conoció a su tercer novio y el que ahora es su esposo.

VIDA EN PAREJA.

6 meses después de que conoció a su tercer novio, decide casarse con él solo por salirse de su casa, todo fue muy precipitado, casándose al próximo día después de decidirlo.

Vivieron 9 meses sin tener bebés, hasta que su esposo le encuentra unas pastillas anticonceptivas y le llama la atención, así se embaraza sin desearlo, mientras su esposo, sale todos los días a emborracharse con sus amigos, llegando a altas horas de la noche, a la vez que ella está obligada a atenderlo cuando regresa.

Ángela menciona que su esposo abusaba sexualmente de ella cada vez que llegaba borracho y ella sólo soportaba esto ya que siempre había considerado que las relaciones sexuales eran iguales, sin disfrutar nunca de ellas.

Su esposo cambiaba de trabajo muy constantemente, en uno de esos cambios se vino al Distrito Federal y ella se quedó por muchos meses sola y sin dinero, después de muchos meses regresó por ella y sus dos hijas trayéndosela de Zitácuaro, quedándose a radicar aquí desde entonces.

ESTADO DE SALUD.

Cuando Ángela llega al Distrito Federal una vecina le pide que le ayude a cuidar de sus hijos, dicha señora estaba enferma de cáncer y Ángela fue testigo de todo el desarrollo de la enfermedad, cuidándola hasta que ella misma decide dedicarse a sus hijas, así deja este trabajo, pero algunos meses después aparecen sus mareos los cuales han ido en avance a partir de esa fecha.

Ángela acude con un médico familiar de manera muy constante, por lo menos 5 ó 6 veces a la semana, este médico después de 6 años tratándola con antivertiginosos (medicamento para los mareos) y muchos medicamentos más, la envía a este servicio ya que no puede tratarla, pues dichos medicamentos se han agotado. Hoy en día Ángela cuenta con una gran cantidad de medicamentos en casa, por el hecho de que tiene temor a que le suceda “algo” fuera de ella, este es el motivo por el cual Ángela no se aleja de su casa, ni aún para visitar a su familia en Zitácuaro.

Actualmente no tiene ningún tipo de actividad, por el temor a que se sienta mal.

SESIONES.

| | |
|----------------------------------|---|
| Características de las sesiones. | Una cita semanal con duración de una hora |
| Motivo de la separación. | Dejó de asistir sin explicación. |

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

En la primer sesión, se realiza una entrevista general, en la cual, Ángela menciona que su doctor familiar la envía a este servicio porque ha sido tratada desde hace 8 años por problemas de vértigo, se le han aplicado diferentes tratamientos incluyendo antivertiginosos, tranquilizantes, vitamínicos, estimulantes

de sueño y más sin presentar mejoría alguna, asimismo el medico envía un reporte comunicando lo sucedido durante estos 8 años.

La paciente presenta apatía hacia las sesiones no tan sólo en las primeras de ellas sino en la mayoría; en las 3 primeras sesiones Ángela se muestra incrédula y menciona que ha visitado a varios médicos y que no ha observado mejoría alguna.

En las sesiones siguientes se presenta de manera puntual y constante pero bajo esta misma condición. Y en la sexta sesión se habla con ella mencionándole que es importante que reflexione si desea asistir a este servicio porque se ha observado apatía en ella, donde responde que lo pensaría. Una semana después llama para pedir su próxima cita y se observa con un poco más de energía y atención a la misma.

Al paso de las sesiones se obtuvo determinada confianza en ella y comentaba las situaciones que ocurrían en su vida, así como sus planes a futuro pero no disminuyeron sus vértigos en todo este tiempo.

EVALUACION.

En el caso de Ángela no se le aplicó una evaluación ya que se observaba muy renuente al servicio y era más funcional mostrarle algunas técnicas que le ayudaran a sentirse mejor, sin embargo, podríamos hablar de que se realizaron observaciones las cuales mostraban a una mujer deprimida, con poca atención a su aspecto, cabizbaja, temerosa, insegura y sobretodo desconfiada de todo lo que le rodeaba.

TECNICAS UTILIZADAS

Las técnicas utilizadas con Ángela fueron:

1. El mapa de mi vida
2. Defectos y virtudes
3. El perdón (en repetidas ocasiones)

4. Las creencias
5. Cambiando tu forma de ver la vida
6. Relajación por medio de pinturas digitales
7. Un momento de relajación (en repetidas ocasiones)
8. La hoja en blanco
9. Proponerse nuevos objetivos
10. Una cosa es segura

RESULTADOS EN LAS SESIONES.

1. En la técnica de **EL MAPA DE MI VIDA**, Ángela se mostró muy apática sólo mencionando algunos momentos de su infancia argumentando que ella no recordaba grandes cosas, sin embargo, en esta técnica mencionó que la mayor parte de su vida estuvo implicada en momentos negativos, incluyendo soledades, golpes, abandonos, carencias económicas y más, pero que ya había olvidado todo ese dolor, sin embargo deja ver angustia en su rostro.
2. En la técnica de los **DEFECTOS Y VIRTUDES**, Ángela mencionó no tener ninguna virtud ya que considera que siempre le han hecho creer que no sirve para nada, sólo para las labores del hogar, asimismo en éstas últimas fechas se observa apatía al realizar sus labores del hogar ya que se la pasa acostada la mayor parte del día, y se dio cuenta de que a últimas fechas se había convertido en una persona “enojona”, “indecisa”, “llorona”, “insegura” y más defectos que ha encontrado en ella, pero que le es muy difícil encontrar dichos defectos a menos de que alguien, como sus hijas se los mencionen. También reconoce que muchas veces no es que quiera ser floja o apática porque sí, sino que su enfermedad, no la deja hacer nada.

3. EL PERDON, fue una técnica en la cual Ángela decide trabajar con la persona que más daño le ha causado en su vida, su esposo.

Ella al imaginar de manera vivencial a su esposo, menciona que se siente muy mareada entonces se le pide que siga respirando y que regrese al evento que ya estaba elaborado, ella encuentra en esta sesión que guarda mucho rencor dentro de su corazón hacia su esposo gracias a que durante estos 10 años de casada ha sufrido un abandono y maltrato por parte de su esposo, mismos que no ha llegado a perdonar.

En el momento que se le pide que brinde un perdón real a su esposo dice “no”.

4. En las **CREENCIAS**, Ángela detecta que muchas de ellas están ligadas con la enfermedad ya que piensa que cualquier desequilibrio puede llegar a matarla es decir piensa que esos vértigos van a llegar a matarla al igual que constantes dolores de cabeza y musculares, se da cuenta que la mayoría de todas sus creencias van dirigidas a la muerte, al terminar la sesión se le pide que analice estas creencias y que reflexione si alguna de ellas tiene que ser modificada.

5. La siguiente técnica fue la de **CAMBIANDO TU FORMA DE VER LA VIDA**, en esta a Ángela le es muy complicado modificar sus pensamientos negativos a positivos o (manejables) ya que a lo largo de todos estos años ha formado pensamientos muy arraigados hacia lo negativo, hacia un accidente, a un divorcio, un abandono, etc. por ello no tiene una forma positiva de ver su futuro, llevando esta reflexión a casa. Es importante mencionar que tanto estas técnicas como las anteriores tenían una tarea de reflexión para su casa y no elaborando ninguna de ellas, mencionando que lo había olvidado. En las sesiones siguientes se le dejó de mencionar que tenía que reflexionar los puntos analizados hasta que finalmente ya no se hablaba de ninguna tarea en casa.

6. LA RELAJACION CON PINTURAS DIGITALES, fue una actividad que a ella le gustó elaborar ya que le fue muy divertida, así es que la elaboró con mucho entusiasmo, sin embargo, dentro de la interpretación de su dibujo se observó que existía depresión, angustia y un bloqueo importante hacia los buenos pensamientos.

7. UN MOMENTO DE RELAJACION. Esta técnica fue elaborada por lo menos en un 80% de todas las sesiones ya que para Ángela esta era la única sesión que le hacía sentir tranquilidad.

En un inicio Ángela mencionaba sentirse mareada en esta sesión pero al paso de las siguientes se observó una mejora en el momento de elaborarlas ya que no mencionaba sentirse mal, sino al contrario.

A pesar de que se le recomendó que realizara diversos ejercicios de relajación Ángela hizo caso omiso a estas instrucciones y sólo los realizaba dentro de la sesión, hasta esta sesión Ángela menciona no poder dejar su tratamiento médico que desde hace 10 años lleva, ya que se siente insegura de lo que pueda pasarle.

8. En esta técnica, tenemos que Ángela manejó una **HOJA EN BLANCO**, la cual representaba su nueva vida y lo que esperaba de ella y menciona que necesita que su esposo deje de alcoholizarse ya que ha detectado que cada vez que él ingiere alcohol ella se siente muy mal, ya que cuando el esposo regresa a casa se vuelve agresivo y Ángela tiene que soportar sus gritos, enojos, humillaciones, abuso sexual y de vez en cuando unos golpes, aunado a que ella está harta de limpiar los vómitos que su marido presenta en esta condición.

Como segundo punto importante que menciona en esta hoja es su enfermedad, pero ella no cree que pueda cambiar a futuro ya que lleva

mucho tiempo con esto y la misma enfermedad la va a llevar a la muerte muy pronto.

9. En la técnica de **PROPONERSE NUEVOS OBJETIVOS** Ángela menciona querer cambiar muchas cosas en su vida una de ellas es viajar a ver a sus familiares en Michoacán ya que tiene muchos años que no los ve; otro de sus objetivos es dejar los medicamentos que ha consumido, ya que ha gastado una gran cantidad de dinero en ellos y que su esposo ya se observa fastidiado de mantener su enfermedad.

Otro objetivo importante es el de dedicarse a alguna actividad fuera de casa, pero argumenta que tiene mucho miedo a que le pase algo, ya que el único lugar al que sale sola es a terapia (a tres calles de su casa), al mercado (a dos calles de su casa) y a la escuela de sus hijas (a una calle de su casa) ya que teme sentirse mal y desmayarse del mareo.

Finalmente otro objetivo importante para ella es dedicarse a interactuar con sus hijas, ya que gracias a esta “enfermedad”, como ella lo menciona, nunca tiene energía más que para cocinar, y posteriormente se retira ha dormir la mayor parte del día argumentando que se siente mal.

10. En la técnica de **UNA COSA ES SEGURA** Ángela se acercó al momento de su fallecimiento en un ejercicio vivencial donde, al no sentirse cómoda, decidió abrir los ojos argumentando que le daba mucho miedo, así que sólo se habló acerca del concepto muerte para ella.

Debo mencionar que existieron muchas sesiones intermedias entre las antes mencionadas, ya que Ángela en muchas de ellas llegaba a hablar de problemáticas que sucedían en la semana y sobre todo de lo mal que se sentía físicamente.

También es importante mencionar que realizó un viaje a Michoacán con estricto control médico y con apoyo psicológico a nivel telefónico porque se sentía temerosa de viajar y sobre todo a un lugar como Zitácuaro en el cual no existían médicos de confianza, ya que mencionó que un familiar muy cercano a ella falleció en este lugar por la falta de un médico cercano. Este viaje lo realizó con éxito regresando 15 días después a sesión mencionando haberse sentido tranquila con sus familiares, pero existiendo momentos de crisis al observar a su marido ingerir alcohol en este lugar, pero que en su mayoría el viaje fue adecuado para ella.

MOTIVO DE LA SEPARACION

Ángela asistió durante muchos meses a las sesiones de manera constante, ya en los inicios del mes de marzo empezó a faltar a las sesiones argumentando que no tenía dinero, ya para mediados del mismo mes asistió a una última sesión prometiendo regresar y no cumpliéndolo.

TRATAMIENTO MEDICO.

Ángela se retira del servicio consumiendo el medicamento que su doctor le receta, pero en menores cantidades, de hecho, nunca dejó de consumirlos, ya que expresaba tener mucho miedo de que sus mareos fueran más fuertes o en su defecto que apareciera otra “cosa”.

Es importante mencionar que Ángela ya había recorrido una cantidad de médicos impresionante, que ya había probado todo tipo de medicamentos a largo de los años, pero que finalmente decide quedarse con su médico actual para “nunca” ir con otro, ni siquiera quiso asistir con el otorrinolaringólogo, ni neurólogo para poder detectar de manera más precisa el motivo del cual sucedían sus mareos, ante esto al tener contacto con su médico, él menciona que al paso del tiempo (años) ya no sabe que medicamento enviarle y sobretodo porque se volvió

una paciente tan exigente que solo se presentaba con él con el objeto que le mandara un determinado medicamento que ella misma proponía.

COMENTARIOS FINALES.

En el caso de Ángela se observó excesiva renuencia al tratamiento, en muchas ocasiones, se le observó distante y con poco interés, sin embargo al paso del tiempo, se fue modificando ya que adquirió confianza y comenzó a comentar problemáticas importantes.

Uno de los comentarios que siguieron en todas las sesiones fue “ yo no sé porque me mareo tanto, yo creo que ya no tengo remedio, me voy a volver loca”, así que a pesar de manejar sus pensamientos desesperados, junto con ejercicios de relajación muy constantemente, Ángela argumentaba que sí lo realizaba, pero que no sabía por qué no se le quitaban los mareos.

En un inicio Ángela asistía con su médico familiar los 7 días de la semana, al igual que seguía con su tratamiento médico, argumentando que sentía mucho miedo si lo dejaba. Se logró que Ángela asistiera con su médico sólo 2 ó 3 veces en la semana, pero por ningún motivo consideró dejar su tratamiento con pastillas antivertiginosas.

Por otro lado, es importante mencionar que en muchas ocasiones el terapeuta le pedía que asistiera al neurólogo y al otorrinolaringólogo, ya que se necesitaba un estudio de las “endoninfas”, que son las vellosidades del oído que, si se encuentran alteradas, el paciente se siente mareado, por ello se le insistía, pero Ángela nunca quiso hacerlo porque no contaba con los recursos económicos, a la vez que su médico no lo había recomendado, por ello no lo consideraba necesario.

Así que Ángela abandonó el tratamiento, argumentando que no tenía dinero.

CASO 3.**NOMBRE.****MARY****EDAD.****35 AÑOS.****PROBLEMÁTICA PSICOSOMÁTICA.****Dolores de cabeza
constantes.****ANTECEDENTES FAMILIARES.**

Mary es el producto de un matrimonio de un comerciante y una madre dedicada al hogar. Mary es la segunda gesta de 9 hermanos los cuales tienen 39, 33, 31, 30, 29, 28, 24 y 22 años de edad respectiva y actualmente, teniendo una infancia humilde y dedicada al trabajo.

ANAMNESIS (Datos recopilados acerca de su nacimiento y su entorno.)

Mary comenta que tuvo complicaciones al momento de su nacimiento ya que su madre le mencionó que tuvo dos intentos de abortos en su gestación, por debilidad física.

Mary nace en Huehuetlán el Chico, Puebla un 8 de diciembre de 1967 en un hogar donde existen carencias económicas importante y sobre todo una vida llena de trabajos continuos, por ejemplo al ser una de la hermanas mayores Mary tuvo que cuidar de sus hermanos menores a la vez que tuvo que aprender a cocinar, lavar en el río y más, ya que su madre le exigía el cuidado de todas estas labores, Mary las realizaba con enojo ya que siempre deseó asistir a la escuela, y sus padres, por la responsabilidad que le daban nunca le permitieron hacerlo.

Eran importantes los castigos constantes que ella recibía aunados a los golpes que le propinaban, ya que gracias a esto se convirtió en una mujer muy obediente y muy callada.

Al paso del tiempo Mary vuelve a hablar con sus padres del ingreso a la escuela, prometiéndoles que realizaría todas sus actividades, siempre y cuando le permitieran estudiar y así fue, Mary tuvo que realizar dobles trabajos para poder permanecer dentro de la escuela, durante esta época menciona que estaba muy agotada ya que prácticamente no dormía, sin embargo se sentía contenta por asistir a la misma.

La obediencia siempre fue algo que caracterizó a Mary, por ello, sus padres le permitieron seguir estudiando la secundaria, ya que las labores disminuían con el crecimiento de las demás hermanas. Así, Mary pudo cursar la secundaria donde menciona que tuvo muy pocos amigos por que necesitaba regresar a casa lo más pronto posible, al término de la secundaria ingresa a la preparatoria en el Distrito Federal ya que se viene a vivir con su hermana mayor la cual se hace cargo de sus gastos a cambio de que Mary se encargue de las labores de su casa y del cuidado de sus hijos.

Así, Mary cursa hasta el sexto semestre de preparatoria llena de actividades dentro de la casa de su hermana y en la escuela, al término de ésta conoce al que hoy es su esposo llevando una amistad y noviazgo de dos años.

VIDA EN PAREJA.

A los 21 años Mary decide casarse con esta persona, llevándose a cabo la boda en Puebla, un año después llega su primer hijo el cual planearon con mucho tiempo de anticipación.

La vida matrimonial de Mary desde el momento de su unión fue bajo el rubro de la obediencia de ella hacia su marido, ya que este manipulaba todo lo que sucedía alrededor de Mary, desde su ropa tanto interior como exterior, sus amistades, sus visitas a su familia, su forma de cocinar y más, ya que Mary vivió los primeros años de su vida matrimonial en casa de su suegra, la cual se encargaba de observar y corregir cada uno de los actos de Mary. Así pues,

transcurrieron los años con muchas problemáticas derivadas de la sobreprotección de su marido; pasaron 6 años para que Mary tuviera su segundo hijo el cual esperaba con mucho cariño, pero las problemáticas seguían en casa ya que seguía el mismo yugo de la sobreprotección, aumentando las problemáticas día con día, llegando a ser bofetada por su marido en 2 ocasiones.

Mary empezó a convertirse en una mujer “gruñona”, “enojona”, “poco tolerante”, como ella lo menciona, ya que empezó a sentir dolores de cabeza intensos y una disminución en la energía que debía utilizar en todas sus labores.

ESTADO DE SALUD.

Desde su nacimiento Mary fue muy sana sólo sufría resfriados y tos en pocas ocasiones, de igual manera en su adolescencia sólo menciona un suceso en el cual alrededor de los 14 años se cayó de una bicicleta, levantándose pero sintiendo mareos.

Con el paso del tiempo Mary empezó a tener problemas a nivel estomacal presentando gastritis y úlceras gástricas a la vez de constantes dolores de cabeza y temblores en las manos.

Un poco más tarde todo esto se modificó y Mary solo sufría dolores de cabeza desde hace 3 años, cosa que le preocupó y al acudir con su ginecóloga de cabecera, ella le menciona que debe acudir al servicio para mejorar su situación.

SESIONES.

| | |
|---------------------------------|---|
| Características de las sesiones | Citas 1 vez a la semana con sesiones de una hora. |
| Motivo de la separación | falta de dinero y aumento de muchas actividades como clases de cocina y aerobics. |

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

En la primer sesión se elaboró una entrevista general en la cual se recabaron sus datos generales, en la siguiente sesión Mary empezó a trabajar pero rehusándose a realizar algunos dibujos que la terapeuta le pidió para analizar su personalidad, argumentado que no sabía dibujar, por ello se procedió con las técnicas posteriores en las cuales Mary se mostró de manera participativa y atenta en cada una de ellas, llevando a cabo cada una de las reflexiones (o tareas) en casa que se le enviaban para su mejora.

Mary elaboró al pie de la letra cada una de las actividades, observándose sonrisas y mejoras en su carácter, esto había sido observado tanto por su esposo como por sus propios hijos, argumentando sentirse feliz en cada una de las sesiones porque se sentía mejor. Así en el transcurso de las sesiones Mary mencionó ya no sufrir dolores de cabeza a la vez que dejar el medicamento que le quitaba el insomnio recomendado por su médico general.

En la actualidad Mary se siente mucho mejor y se decidió llevar a cabo las sesiones cada 15 días.

EVALUACION.

Se intentó evaluar a Mary desde la primer sesión, aunque ella se rehusó a realizar dibujos desde dicha sesión, en las subsecuentes se tomaron los últimos 5 minutos de las sesiones para realizar las pruebas (Machover, T.A.T., H.T.P. (casa-arbol-persona), las cuales arrojaron los siguientes rasgos:

- sujeto inseguro
- rasgos depresivos
- sujeto tenso
- exagerado control conductual

- inhibición
- sentimientos de vacío
- pobre energía
- depresión
- inseguridad en ella misma
- comportamiento sexual desviado
- hipersensibilidad a la opinión social
- infantilismo
- dependencia
- oral pasivo agresivo
- somatizaciones
- falta de confianza en las situaciones sociales
- falta de independencia

Es importante mencionar que estos solo son algunos de los rasgos encontrados en Mary, sobretodo los relacionados al desajuste emocional que presenta en este momento

TECNICAS UTILIZADAS

Las técnicas utilizadas con Mary fueron:

1. El mapa de mi vida
2. Defectos y virtudes
3. Fotos
4. Las creencias
5. Cambiando tu forma de ver la vida
6. Las muñecas
7. Un momento de relajación (en repetidas ocasiones)
8. Proponerse nuevos objetivos.
9. La hoja en blanco
10. Valores

11. Familiograma

12. El acta de nacimiento

RESULTADOS EN LAS SESIONES.

1. En **EL MAPA DE MI VIDA** Mary encontró momentos cruciales que determinaron su vida actual ya que menciona que sus padres siempre la enseñaron que ella debía “obedecer” por ello considera que su vida matrimonial le ha causado varios problemas porque a lo largo del tiempo se dio cuenta que no era lo correcto porque no debía dejar sus propios deseos o necesidades atrás.

En el mismo ejercicio Mary se da cuenta de que su vida todo el tiempo ha sido rutinaria y que al paso del tiempo ha caído en un momento de apatía hacia todas las actividades que realiza, mencionando que es un punto de discusión con su marido porque se ha vuelto excesivamente lenta en todas las actividades de casa, finalmente menciona que nunca se ha puesto a reflexionar en este tipo de cosas.

2. En el ejercicio de **DEFECTOS Y VIRTUDES** Mary menciona que sus defectos mas importantes son los físicos ya que su marido se ha encargado de mencionarle que es una mujer fea, vieja y que no es la misma persona de antes, por ello Mary menciona que se siente “vieja”, “inútil”, “fea”, que no sabe expresar sus emociones, que no es una persona cariñosa que no sabe hacer el amor y más.

Se observa que dentro de este ejercicio Mary menciona muy pocas virtudes entre ellas que sabe hacer de comer y todas las labores relacionadas con el hogar, pero nada fuera de esto.

Finalmente Mary se da cuenta que existen muchas cosas de ella que desea cambiar y que le pondrá el mayor ahínco a esto.

3. En esta sesión de **FOTOS** se le pidió que trajera las fotografías más importantes de su vida para que pudiera hacer una cronología de sus recuerdos, actividad que a Mary le agradó mucho porque le trajo recuerdos positivos a ella. Y se dio cuenta de que toda su vida estuvo llena de eventos negativos y las imágenes de su persona estaban llenas de angustia y tristeza desde su nacimiento hasta las fotos más recientes.

Ya en esta sesión se observan mejoras a nivel de salud en Mary ya que empieza a dejar los medicamentos y se siente un poco mejor.
4. **LAS CREENCIAS** fueron una de las técnicas con mayor éxito con la paciente, ya que detectó que toda su vida había estado acostumbrada a seguir ordenes, que aprendió (por medio de sus padres) a hacerlo y más aún cuando se une a un marido “machista” (como ella lo menciona) pero que también se da cuenta que ella lo ha aceptado de esa manera ya que las creencias que fueron inculcadas por sus padres la llevaron aceptar “todo” lo que las personas le dijeran.
5. En la técnica **CAMBIANDO TU FORMA DE VER LA VIDA**, Mary hechó a volar su imaginación formando un futuro perfecto con su familia, pero ella sería feliz si su marido cambiara muchas cosas que hoy en día la molestan. Mary mencionó que esta técnica le agradó ya que fue divertida.

Hasta aquí sus dolores aparecen sólo de vez en cuando y menciona que sus hijos le mencionan que ha cambiado su estado de ánimo porque ya no se enoja tanto.
6. **LAS MUÑECAS**, aquí Mary menciona que las muñecas no formaron parte de su infancia, ya que nunca se le dió tiempo de hacerlo, así que esta actividad fue divertida. Precisamente los cambios que Mary había mostrado mejoran su relación de pareja y precisamente su esposo para corresponder

a eso le compró una muñeca que a ella le agradó, así que de hoy en adelante se dedicaría a cuidar de ella y a jugar como nunca lo había hecho.

7. UN MOMENTO DE RELAJACIÓN (EN REPETIDAS OCASIONES) esta técnica le ayudó a Mary a sentirse muy tranquila, ya que se dio cuenta que su cuerpo estaba todo el tiempo “tenso” y que también se enojaba muy constantemente, por ello, al iniciar estas técnicas disminuyen tanto sus dolores de cabeza como sus enojos con su hijos y esposo.

8. PROPONERSE NUEVOS OBJETIVOS. Es importante citar textualmente los escritos de Mary ya que contienen un sentido más real: “ *ya basta de tantas promesas conmigo misma, voy a cambiar y voy a hacer mejor y por mi y lo voy a cumplir, ya basta de tantas tonterías. Voy a hacer todo por mí y por nadie más. Quiero ser mejor cada día a partir de hoy y ahora ya no más lamentaciones. Soy Mary, la mejor de todas las mujeres. Chingue a su madre todo lo que nunca he podido hacer. Mary te quiero mucho, ya no puedo más con la otra Mary, ya me tiene harta y ahora solo quiero ser la mejor la que puede hablar, sonreír, la que puede hacer el amor, la que puede hacer sus propios quehaceres, la que puede bajar de peso, la que quede ser cariñosa, la que puede ser mejor madre, la que puede ser mejor hija. Y que chingue su madre todo lo pasado, todo se quedo atrás a partir de hoy nada del pasado me importa, solo me interesa mi presente y mi futuro. Ya estuvo bueno*”. Como vemos estos escritos citados fueron elaborados en un momento de desesperación (como ella lo menciona), por ello están llenos de emoción, también menciona haberse sentido mejor después de escribirlo.

9. En LA HOJA EN BLANCO, aquí Mary decide hablar acerca del futuro, decide mencionar frases que van dirigidas hacia el mejoramiento como

persona, madre y pareja, por ello, habla de ser mejor cada día, que siempre esta en busca de la felicidad.

10. VALORES. En esta técnica se vieron algunos valores importantes que Mary tenía que trabajar, en la lista de valores que se elaboraron, Mary mencionó que habían muchos de ellos que tenía que trabajar, entre ellos estaba, la tolerancia, la valentía, la amistad, la fortaleza, la perseverancia, y más. mismos que no había tomado en cuenta, pero que se esforzaría por aprender de ellos.

11. FAMILIOGRAMA. En esta actividad Mary se dió cuenta de que existe mucha gente a su alrededor con la cual no tiene buena relación, pero que le interesa relacionarse con su familia cercana como sus padres y sus hermanos ya que no los visita muy a menudo.

De hecho uno de sus propósitos fue ya no pedirle autorización a su marido para visitar a su familia, sino que sólo iba decidir ir a visitarlos y lo iba a hacer, ya que se ha perdido muchos años de la compañía de los mismos.

12. EL ACTA DE NACIMIENTO. En esta técnica tenemos que Mary ya había pensado ser otra persona, así que no le causó ningún problema, aunado al mejoramiento que día con día había experimentado, ya que se sentía una persona muy diferente al experimentar cambios radicales en su conducta. Menciona que no piensa tener remordimientos del pasado, que de aquí en adelante será una persona nueva.

Es importante que se mencione que existieron muchas técnicas más dentro de las cuales cada una tuvo importancia para Mary, ya que así es como hoy en día va resolviendo su problemática. Es importante mencionar que la paciente es una persona muy participativa y comunicativa, sólo espera la sesión para hablar de las cosas buenas que van sucediendo en su vida.

MOTIVO DE LA SEPARACIÓN

Mary sigue con su tratamiento con citas de una hora cada quince días ya que inició con actividades extras y ella misma decidió no dejar la terapia ya que le hacen sentir muy bien, pero decide distanciarlas una vez cada 15 días.

TRATAMIENTO MEDICO.

Mary se retira del servicio consumiendo un mínimo de pastillas para el dolor de cabeza, ya que dichos dolores disminuyeron y solo aparecían cuando se sentía muy cansada. Así que argumentaba que si podía evitar la medicina sería lo mejor para ella, a la vez que menciona el beneficio económico para su marido.

En el caso de Mary es importante mencionar que se le recomendó asistir a un nutriólogo ya que presentaba un sobrepeso importante y sobretodo porque esto le causaba problemáticas emocionales, así que se le proporcionaron algunos números telefónicos y ella decidió acudir con un especialista para “bajar peso” (como ella lo mencionaba), mismo que se intentó localizar sin éxito alguno. Pero se mantuvo el contacto directo con su ginecóloga, ya que esta misma acudía al servicio porque su hija estaba bajo tratamiento psicológico, así que cada vez que teníamos oportunidad hablábamos del caso de Mary, mismo que a la doctora la tenía preocupada. Es importante mencionar que el retiro del medicamento, fue dejado a mi consideración ya que la misma doctora mencionó que le había recomendado a Mary que me consultara para ver si podía dejar de consumirlo o no y bajo esta circunstancia se le aclaró a la doctora que eso no era posible, que la única en poder hacer esto era ella misma ya que yo no podía ni debía (por conocimiento y ética) manejar ningún tipo de tratamiento médico.

Finalmente habla de sentirse muy satisfecha de que la paciente haya disminuido la ingesta de medicamento, al mismo tiempo que envía más pacientes con estas características.

COMENTARIOS FINALES.

Mary fue una paciente fiel seguidora de órdenes y muy reflexiva, esto le ayudó a sentirse muy bien casi desde el inicio de la terapia; al paso de las sesiones dejó de hablar de sus dolores de cabeza, de hecho no había regresado al médico porque argumentaba que se sentía muy bien.

Hoy en día la relación con su pareja, con su familia y con sus hijos ha mejorado considerablemente al igual que su salud.

Mary menciona que le agrada el tipo de cambio que ha conseguido, ya que su familia y las personas cercanas han corroborado éste y a ella le agrada esa sensación que siente de satisfacción al lograr lo que ella quiere.

CASO 4.**NOMBRE.****ADRIANA****EDAD.****21 AÑOS.****PROBLEMÁTICA PSICOSOMÁTICA.****Dolores de cabeza, tensión,
problemas intestinales****ANTECEDENTES FAMILIARES.**

Adriana es el producto del matrimonio donde su madre fue ama de casa y su padre fue albañil. Adriana es la 2da. gesta de ésta familia, existiendo 3 más, de (23, 19, 17 años respectiva y actualmente).

El padre abandona el hogar en cuanto nace Adriana y la madre muere en un accidente cuando ella cuenta con 8 años. Así sus hermanos y ella se van con una tía que se hace cargo de todos.

ANAMNESIS (Datos recopilados acerca de su nacimiento y su entorno.)

Adriana no tiene datos acerca de su infancia ya que no existe quién le hable de ello.

Adriana vivió en casa de su tía a partir de los 8 años con sus 3 hermanos, su hermano mayor y ella tuvieron que trabajar, a partir de este momento ya que necesitaban dinero para subsistir y mantener a sus 2 hermanos pequeños.

A partir del accidente donde murió su madre (se quemó su casa) ella y sus hermanos quedaron con marcas de las quemaduras sufridas en dicho accidente,

hecho por el cual tuvieron que enfrentar unas series de tratamientos de reconstrucción física, en las cuales les colocaron injertos de piel para restaurar cada una de las partes dañadas. Y, por lógica, esto conllevó mas gastos médicos obligando a los hermanos mayores a trabajar desde muy pequeños.

En la casa de la tía donde vivía Adriana, existían regaños constantes, no contaban con una habitación, así que vivían en la sala de la casa, prácticamente comían las “sobras” de la familia, no existían permisos para nada y además lo que ganaban trabajando, se lo tenían que entregar integro a la tía.

Así transcurrieron muchos años, hasta que el hijo mayor de la tía se casa y

Adriana queda al cuidado total de sus hermanos.

Gracias a que Adriana siempre trabajó nunca tuvo la oportunidad de estudiar. Pero menciona que siempre quiso hacerlo, así es que nunca tuvo la oportunidad de tener un buen empleo, sólo como mesera, tendera, demostradora, vendedora y más.

Poco a poco sus hermanos y ella se acoplaron a vivir ahí, mientras, nunca supieron qué paso con su padre.

Adriana nunca tuvo instrucción con respecto al sexo y cuando llegó a los 10 años a la casa de su prima (casada) escuchó muchas veces cuando dicha prima tenía relaciones sexuales con su marido, así es que Adriana empezó a sentir curiosidad; los espío en muchas ocasiones y menciona que es aquí cuando inicia a tocar sus genitales, es decir, a masturbarse.

Pasan los años y Adriana sabe del sexo, a través de sus amigas y menciona que desde muy pequeña soñaba con mujeres desnudas haciendo el amor.

Tiempo después ingresa a la escuela abierta para estudiar la primaria y la termina, ingresa a la secundaria y no la concluye. Es aquí donde conoce amigos, pero ella se siente muy inhibida ya que se concibe como “deforme” por las marcas del “accidente”, por ello no acepta a ningún chico. Es aquí cuando ella inicia la ingesta de alcohol, drogas (marihuana y cocaína) y tabaco, esto le causa problemas con sus tíos y la corren.

Ella se va a vivir con 2 amigas, pero por problemas económicos decide regresar a la casa de su tía.

Pasa el tiempo y conoce a su 1er. novio a los 16 años y de aquí se derivan otros problemas más.

VIDA EN PAREJA.

Adriana nunca pudo aceptar su cuerpo, ya que su cara, brazo y pie derecho tienen marcas de las quemaduras e injertos de piel, que tiene a raíz del accidente, así que fue muy difícil que aceptara algún chico como novio.

Sin embargo, a los 16 años, un chico la convence y se hace su novio, con el cual tiene relaciones sexuales por curiosidad.

Después conoce al 2do. Novio con el cual sucede lo mismo. Algún tiempo después empieza el coqueteo con su 3er. novio y al mismo tiempo comienza a tener relaciones sexuales con el hijo de su tía (de 18 años) a escondidas de toda la familia. Pero menciona que no tiene importancia, ya que no es nada formal.

Este 3er. novio trabajaba como mariachi y a ella le agradaba mucho, así que se enamora perdidamente de él y tienen un buen romance, donde ella lo cela, excesivamente y él trata de entenderla, hasta que Adriana toma la decisión de

suicidarse cortándose las venas. Él la encuentra y la lleva al hospital, así es como se reconcilian, pero las cosas no cambian y vuelven a separarse y es aquí donde decide intentar por segunda ocasión matarse, pero arrojándose de un puente.

ESTADO DE SALUD.

Adriana, sufrió quemaduras de 1º, 2º, y 3er grado, colocándole injertos de piel en la cara, brazo y pie izquierdos. Ella estuvo en tratamiento de rehabilitación durante muchos años en instituciones de beneficencia (al igual que sus hermanos), sin embargo, hoy en día no se observan muchas marcas en su cuerpo a consecuencia de dichas quemaduras, podríamos decir que son imperceptibles.

Por otro lado independientemente de este proceso de rehabilitación por el cual pasó, Adriana había sido una chica muy sana; fue hasta los 14 años cuando ella inició con dolores de cabeza constantes, ya a los 16 años vive con niveles de ansiedad muy elevados y esto provoca problemas de gastritis y colitis en Adriana a las cuales nunca les dio importancia.

Es cuando inicia a trabajar como recepcionista en una clínica de la salud, cuando un médico nota sus enfermedades, a la vez que la observa ansiosa y le recomienda que asista a este servicio para mejorar su estado de salud.

Pero, no es en este momento, que llega a este servicio, sino hasta su desilusión amorosa y su segundo intento de suicidio.

MOTIVO DE CONSULTA

Adriana vivió con estados de ansiedad intensos durante muchos años, hasta que él médico la detecta y le manda antidepresivos y estimulantes de sueño, sin embargo, le recomienda ir al psicólogo.

Cuando Adriana decide suicidarse por 2da. vez, en el puente (vial) piensa que no es lo correcto y reflexiona, es en ese momento que Adriana llega al consultorio y es atendida de emergencia.

SESIONES.

Características de las sesiones.

Citas 1 vez a la semana con sesiones de 1 hora.

Motivo de la separación.

Adriana empezó a trabajar en otro lugar ya que ingresó a la secundaria abierta y decidió vivir lejos de su familia y de manera independiente.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

La 1er. sesión se dio de manera abrupta, ya que llegó muy alterada, sin embargo, menciona que la deje morir, porque su vida ya no tiene sentido.

Así que se dedicó a hablar acerca de la ruptura con su novio y de lo mucho que sufría.

En esta sesión Adriana lloró intensamente y tuvo contacto físico conmigo ya que me abrazo desconsolada.

Al paso de las sesiones Adriana se observó con mejoras físicas y emocionales, sin embargo, a lo largo del tratamiento tuvo 2 recaídas, formó una compulsión de bañarse 3 o 4 veces al día ya que se sentía "sucio". Y cuando practicó los ejercicios de relajación, poco a poco fue disminuyendo, hasta quedar en un baño al día.

Adriana fue una paciente que siguió las instrucciones al pie de la letra, se notó muy interesada por cambiar y siguió las recomendaciones, podemos suponer que esto fue un motivo por el cual Adriana mostró mejorías del inicio hasta el término.

EVALUACION.

En el caso de Adriana no fue posible evaluarla en las primeras sesiones, ya que presentaba un episodio depresivo mayor, que se notaba a simple vista, pero, al paso del tiempo se le pidió que realizara pruebas que evaluarían su personalidad (Machover, Frases incompletas y T.A.T.) las cuales nos hablaron de que Adriana presentaba:

- Ansiedad
- Inseguridad
- Depresión
- Inhibición
- Introversión
- Disconformidad
- Sentimientos de inferioridad e inadaptación
- Autodesprecio
- Impotencia
- Agresión
- Sentimientos de vacío
- Debilidad e inadecuación por un yo débil.
- Agresivo con un comportamiento sexual desviado
- Exclusión del mundo
- Agresión de tipo verbal
- Inferioridad somática u orgánica
- Debilidad corporal
- Culpa por expresar la agresión de forma impulsiva
- Infantilismo
- Poca ambición

- Tensión en diversas partes del cuerpo (cuello, manos, cara, pies, cintura, cadera y más)
- Deterioro psicológico (inmadurez)
- Inseguridad hacia donde se dirige
- Inestabilidad

Estas características son las más importantes encontradas en esta evaluación ya que nos hablan de la forma en cómo Adriana se siente en estos momentos.

TECNICAS UTILIZADAS

Las técnicas utilizadas con Adriana fueron:

1. El mapa de mi vida
2. Defectos y virtudes
3. El perdón
4. Fotos
5. Un momento de relajación
6. Las creencias
7. Cambiando tu forma de ver la vida
8. Relajación por medio de pinturas digitales
9. La hoja en blanco
10. Proponerse nuevos objetivos
11. Las muñecas
12. Una cosa si es segura

RESULTADOS EN LAS SESIONES.

1. Este ejercicio de **EL MAPA DE MI VIDA** nos llevó algunas sesiones ya que Adriana tenía que manejar muchos recuerdos dolorosos que no habían sido analizados nunca y existía excesiva angustia al recordarlos.

De igual manera el llanto se hizo presente en todos estos recuerdos, de manera que al paso de cada una de ellas, mencionaba que se sentía muy bien por hablar de eso.

Esta técnica le dio a Adriana la pauta para valorar lo mucho que tiene por delante, menciona que nunca debió pensar en matarse.

2. En esta actividad de los **DEFECTOS Y VIRTUDES** Adriana mencionó que se siente una mujer “deforme” por las marcas en su piel, también nota que eso la ha llevado a vestir de manera particular, ya que trata de usar una gran cantidad de ropa (larga) tratando de cubrir cada parte de su cuerpo.

Asimismo, menciona que siempre ha sido una persona tímida e introvertida, por este mismo motivo tiende a convivir con las personas pero de manera reservada y esto no es de su completo agrado ya que le gustaría cambiar su forma de convivir con los demás.

En esta técnica se observó que Adriana tiende a ofenderse, cada vez que se equivoca o comete un error y dentro de las palabras que utiliza están: tonta”, “idiota”, “estúpida”, “inútil” y una lista de 20 palabras ofensivas hacia ella misma. Se hablo acerca de evitarlas y agregar palabras que le ayudaran a levantar su autoestima ya que se notó muy deteriorada.

3. **EI PERDON** lo manejó con una persona importantísima, para que su vida cambiara, esta era, su novio al cual encontró con otra chica (solo platicando).

Cuando Adriana trata de enfrentarse (vivencialmente) con el, muestra mucho enojo y desilusión y menciona que es muy difícil pero que hoy acepta que la situación era al contrario, que ella era la que había provocado la ruptura, por ser una mujer excesivamente celosa, y haberlo presionado, así que decide, darle un perdón a dicho novio, después de llorar durante un largo rato, se despide de él y abre los ojos. Mencionando sentirse tranquila.

4. **FOTOS** esta técnica se implementó porque Adriana mencionaba que se sentía muy angustiada con ganas de quitarse la vida cada vez que veía un objeto, carta o fotografía de su novio, así que se le pidió que guardara todo y trajera las fotos más representativas para ella. Las eligió y las llevó para trabajarlas.

Se realizó un encuentro vivencial con dicho novio y a recordar los eventos positivos que vivieron juntos y le dijera lo bien que se había sentido. Y así lo hizo. Sin embargo, al final de la sesión decidió dejar esas fotos en su expediente, mencionando que ella se las pediría cuando estuviera preparada.

Ya en esta sesión Adriana mencionaba que se sentía mejor, que se estaba alimentando bien.

5. En **UN MOMENTO DE RELAJACIÓN** Adriana hizo hincapié en lo importante que era para ella controlarse, ya que en su trabajo (despachadora de café) se había notado irritable y poco tolerante y que su jefe le había mencionado que tenía que cambiarlo.

Solo se le dieron instrucciones para dicha relajación progresiva y ella las siguió, también mencionó que esta relajación había anulado los dolores de cabeza sufridos diariamente, por lo menos durante la actividad y se comprometió a seguir haciéndolo.

6. **LAS CREENCIAS** fue un ejercicio que Adriana consideró muy importante porque gracias a que vivió con su tía desde muy pequeña no pudo saber cómo

guiarse ya que nunca le dijeron qué o cómo debía actuar frente a algún problema, un ejemplo de esto que Adriana remarcó fue, cuando llegó su menstruación ya que no sabía qué era eso y se espantó, porque a los 12 años que ocurrió ella había tenido su primer novio el cual le dio un beso en la boca es mismo día, así que ella creía estar embarazada y ocultó dicha menstruación alejándose de todos y la tía al darse cuenta la regaña y la golpea porque Adriana le dice que cree estar embarazada, hasta que se resuelve la situación y no se menciona nada más.

Así es que este fue sólo uno de muchos ejemplos que cita y menciona que sus creencias están muy divididas ya que a lo largo de estos años ha aprendido a romper con cualquier tabú o costumbre de la, sociedad, muestra de esto es que durante su pubertad existió un contacto lésbico con una amiga con la cual compartía caricias y besos y que ahora piensa mucho en las mujeres, pero no sabe si lo que siente es “bueno” o “malo”.

Se le deja de tarea que registre lo que hace, cree y piensa en todo momento, tratando de ubicar patrones de comportamientos y pensamientos relacionados con la forma en cómo actúa.

7. En **CAMBIANDO TU FORMA DE VER LA VIDA** se observó un cambio significativo en los pensamientos de Adriana, ya que al imaginar su vida a futuro (30 años más) mostró mucha emoción al comentar que tiene ganas de salir adelante, que siempre quiso terminar de estudiar y que, ahora sería uno de sus objetivos, a la vez que trabajar muy duro y tener su propia independencia.

Lo que sí hace notar es que no sabe si a futuro existiría una pareja e hijos ya que considera que tiene que superar muchos pensamientos negativos hacia ella, para poder aceptar a alguien más.

Al final dice que la perfección de su vida llegaría con el dinero, la estabilidad, la independencia y una familia.

Ya en esta sesión Adriana menciona que su estado de salud ha mejorado considerablemente, que no ha tenido dolores de cabeza, no se ha acentuado su gastritis y que ha dejado el tratamiento médico.

8. RELAJACIÓN POR MEDIO DE PINTURAS fue una técnica, en exceso divertida para Adriana, sonreía, hasta en el momento de derramar las pinturas sobre la hoja y realizar un dibujo muy alegre y lleno de esperanza.

Realizó un dibujo diario durante algunos meses. Dibujos que fueron evolucionando con respecto al nivel de angustia que presentaba en cada uno de ellos.

9. LA HOJA EN BLANCO fue escrita con palabras llenas de emotividad por parte de Adriana, dirigidas a ser una persona nueva, diferente.

En dicha hoja escribe: *“Yo Adriana seré una nueva persona de hoy en adelante, tendré cuidado en no cometer los mismos errores otra vez, de hecho, ya empecé, he dejado de pensar en la muerte porque ahora entiendo que ya la vida esta llena de cosas buenas y que puedo conocer a personas muy importantes”*.

En esta hoja Adriana hace hincapié en la importancia que tiene vivir.

10. En PROPONERSE NUEVOS OBJETIVOS Adriana menciona tener muchos planes a nivel escolar, laboral, amoroso. De hecho ya había iniciado con algunos ya que decidió independizarse de su familia y para esto necesitaría dinero que iba a conseguir a través de otro trabajo, que ya había encontrado, y que estaba a punto de cambiarlo.

Y que esto era el inicio de cosas positivas y que se derivan una de otra.

Hasta este momento ya eran nulos los dolores de cabeza y las molestias gástricas.

11. En esta que fue una de las últimas actividades, tenemos que vivencialmente Adriana fue acercada a la **MUERTE**, donde ella misma estuviera presente en su entierro y menciona sentirse muy triste si en ese momento llegara su muerte porque se da cuenta que tiene muchas cosas por las cuales seguir luchando, ahora tiene un nuevo trabajo, con muchas metas en la cabeza y comenzó a conocer a un chico que le hace sentir muy bien, además de ya estar planeando ingresar a la escuela.

“No quiero que esto pase”. Menciona después de terminar la técnica.

MOTIVO DE LA SEPARACIÓN

Adriana pide que sus citas sean cada quince días ya que inició con un trabajo por las tardes unido al que tiene por las mañanas, ya que decide irse a vivir sola e ingresar a la escuela, al paso del tiempo cada día se le complica más asistir a terapia y decide dejarla por algún tiempo, pero mantiene comunicación telefónica 2 veces por mes.

TRATAMIENTO MEDICO.

Adriana se retira del servicio no consumiendo ningún tipo de medicamento, de hecho a pesar de haber sido captada con sus problemáticas de gastritis y constantes dolores de cabeza, nunca le dio seguimiento a un tratamiento médico argumentando que esas medicinas solo la “contaminaban”.

En el caso de Adriana es de mencionarse el hecho de que nunca se pudo establecer contacto con su médico, de hecho no contaba con un médico de cabecera, ya que jamás le había gustado asistir con uno y por consecuencia no existía un historial médico en ninguna parte, ya que solo acudía esporádicamente a uno o solo le mencionaba sus malestares a los médicos que laboraban con ella para así saber que “tomarse” en el caso de algún dolor de cabeza.

Es importante mencionar que Adriana en alguna de las sesiones refirió estar “fastidiada” de los médicos ya que durante años asistió a su rehabilitación corporal (a causa de sus quemaduras) a lugares de beneficencia y que nunca le dieron un buen trato, por ello, no le agradaba acudir actualmente con los médicos.

COMENTARIOS FINALES

Adriana es una paciente la cual consiguió mejoras desde el principio de las sesiones gracias a que siempre siguió instrucciones al pie de la letra y ella por su parte realizó muchas reflexiones acerca de todo lo que se veía dentro de la sesión, también elaboró una gran cantidad de escritos con todo lo que sentía.

Al principio se mantenía el contacto con su médico familiar, tratando de controlar su alimentación, vitaminandola y tratando de controlar sus malestares con medicamento y tranquilizantes, mismos que al paso el tiempo fueron eliminados ya que Adriana se sentía bien y ella misma decidió dejarlos.

Cuando ya se tenía una trayectoria en la terapia, Adriana fue adquiriendo seguridad, aumentando su autoestima de manera impresionante, de tal manera que cambia su forma de vestir, decidiendo comprar nueva ropa la cual dejaba ver parte de su cuerpo, que siempre era cubierta.

Adriana se va de la terapia solucionando la mayor parte de sus conflictos, cambia su forma de vestir, de hablar, de socializar y sobre todo muestra seguridad basada en las capacidades que tiene; esto unido a un nuevo intento de una relajación amorosa.

Es importante mencionar que Adriana mantuvo contacto telefónico por casi 6 meses llamando 2 veces por mes, esto sirvió para detectar algún síntoma que nos dijera si Adriana hubiera recaído, pero no fue así.

CONCLUSIONES.

Como lo menciona Feldman (1998) "...la psicología clínica ha dirigido sus esfuerzos hacia el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal, dedicándose al bienestar humano y enfatizando la búsqueda del conocimiento..." (p. 50)

Esto mismo es lo que se buscó en este trabajo, ya que se estudió toda la historia de los pacientes, aunado a su vida actual para así tratar de comprender que le sucedía, sumándose a una evaluación psicométrica que nos ayudó a detectar que existían rasgos depresivos, de ansiedad en gran parte de su cuerpo, de autoestima no desarrollada y más rasgos que nos ayudaron a saber que su problemática estaba basada en lo emocional y que a su vez ya había sido trasladada a lo corporal, es decir que sus problemáticas se habían transformado ya en psicosomáticas.

Esto es algo que ya había sido observado desde hace muchos años atrás, fue por el mismo Jean Charcot (citado en el capítulo 2) que estas patologías ya habían sido analizadas, y sobretodo enfocadas al término "neurosis" que él mismo trabajó sobretodo con mujeres, las cuales no se encontraron causas orgánicas de sus padecimientos, pero si expresaban malestares, como se suscito en las cuatro pacientes citadas aquí, las cuales al parecer, provocaban alteraciones a su organismo, de tal manera que sus constantes dolores de cabeza, temblores en las manos y demás aspectos no tenían una justificación por lo menos física de su aparición.

Ante esto, es importante mencionar que las cuatro pacientes aquí citadas mencionaron no creer que sus padecimientos fueran "mentales", ya que dichos malestares existían pero que nadie les creía porque no se podían corroborar por un estudio clínico y efectivamente al pedirles sus estudios (a excepción de

Adriana, que no tenía) ninguno de ellos hablaba de alguna alteración orgánica que nos pudiera decir del porque de la aparición de dichas sintomatologías.

Así que se tuvo que recurrir a otro tipo de pruebas (que no son médicas) las cuales nos iban a dar otra versión de la problemática, estas son las psicológicas. Y dentro de este rubro se encontraron resultados muy interesantes al realizarles una evaluación de este tipo (a excepción de Ángela que no se le aplicó), los cuales como ya se hablo en el capítulo 6 nos mencionan que las tres pacientes presentaban rasgos importantes de depresión, unidos a un nivel de ansiedad agravado y sobretodo que dicha ansiedad se encontraba ubicada en diversas partes del cuerpo tales como las manos, espalda, cabeza, estómago o cintura, pecho y más lugares que al final de cuentas eran las ubicaciones en las cuales se presentaban los diferentes malestares en las pacientes.

Así pues, el procedimiento llevado a cabo con dichos pacientes fue el de iniciar con una entrevista, ligada a una evaluación, para después darle tratamiento a dichas patologías. Esto se dio de manera enlazada, ya que en el caso de estas pacientes era imposible llevar a cabo paso a paso esto puesto que se presentaron con problemáticas graves desde un inicio, mismo que nos llevó a mantenerlas tranquilas desde su llegada para posteriormente evaluarlas a la vez de aplicarle las técnicas ya referidas con anterioridad. Es importante mencionar que una de las técnicas que fueron muy efectivas para mantener dicha tranquilidad en los tres casos que se observaron mejoras determinantes (en el caso de Adriana, Susana y Mary) fue que en un inicio de su tratamiento se les pidió que llevaran un control estricto de su alimentación, por lo cual con un formato que yo les proporcioné tenían que anotar absolutamente todo lo que consumían y la hora que lo hacían, para que así ellas mismas se dieran cuenta que su nivel de depresión las estaba llevando en el caso de Susana y Adriana a dejar de comer adecuadamente y en el caso de Mary a comer en exceso, por ello, al darse cuenta (bajo este registro) de que no estaban ayudándole a su organismo a mejorar decidieron poco a poco equilibrar esta situación y en el caso de estas dos pacientes (Susana y Adriana),

encontraron y mencionaron una gran mejora en este aspecto, no siendo lo mismo para Mary a la cual se le recomendó asistir con un nutriólogo y que a pesar de proporcionarle diversos números telefónicos y direcciones, eligió uno al cual solo asistió en dos ocasiones argumentando que ella no podía con las dietas que le recomendaban, por ello decidió hacer un control de su alimentación ella misma, no permitiendo que estos sobrepasaran sus propios límites, solo se dedicó a equilibrar sus consumos alimenticios entre frutas y verduras. No siendo igual en el caso de Ángela, ya que a pesar de pedirle que realizara estos registros, nunca los llevó a cabo, poniendo excusas de antemano de que tenía muchas cosas que hacer y no contaba con tiempo para “eso”, a la vez que se le olvidaba constantemente que es lo que tenía que hacer. Y se determinó que eran excusas porque por lo que sabíamos. Ángela dedicaba gran parte del día a dormir, así que no insistiéndole más acerca de estos registros se decidió seguir con las técnicas en el caso de esta paciente.

Sin embargo, en el caso de las restantes funcionó muy bien este tipo de controles ya que no solo se aplicó a la alimentación, sino al sueño y a su vez del consumo de sus medicamentos, mismos controles que se llevaban en un cuaderno que se les pidió para poder escribir todo lo que pasaba en la terapia y más aún aquí tendrían que escribir todo lo que iban sintiendo aunado a las “tareas” que yo les pedía, por ello, solo las mismas pacientes contaban con estos registros ya que se realizaban con el fin de que ellas mismas se dieran cuenta de lo que sucedía, sin embargo tenían que mostrarme sus registros en cada sesión y remarcándoles la importancia que tenía que los llevaran a cabo y sobretodo mejorarlos día a día.

En mi opinión estos registros fueron la base de muchas mejoras en estas pacientes ya que al observar que no existía equilibrio en su alimentación y en su sueño, lo que provocó fue que ellas mismas mejoraran.

Y enlazado a esto tenemos que físicamente sí se mejora la condición física, como resultado tendremos un organismo más fuerte, como se suponía que resultaría y que al final se corroboró esta hipótesis que se formuló para estas pacientes. De hecho al acudir en otra ocasión con sus médicos correspondientes, ellos mismos les daban opinión acerca de lo que tenían que consumir ya que yo les recomendaba (en el caso de los alimentos) que se enfocaran a comer muchas frutas, verduras (de preferencia legumbres) y líquidos, a la vez de disminuir el consumo de carne y la eliminación de tabaco y alcohol. Esto mismo fue lo que los médicos aprobaron y revisaron en cada ocasión que las pacientes se presentaban a pedir sus servicios y en alguna de las llamadas telefónicas que yo les efectúe a los médicos, les pedía que me apoyaran en este aspecto ya que no era yo la experta. Por otra parte, yo tenía conocimiento de que este equilibrio corporal lo íbamos a lograr con dichos controles de esto, porque tuve que recurrir a una nutrióloga con el fin de indagar en estos aspectos y por ello me atreví a recomendar a mis pacientes que lo realizaran de esa manera.

Posteriormente y unido a estos controles, otra de las cosas que se implementó en los pacientes fueron ejercicios constantes de relajación que tenían que realizar por lo menos 3 veces al día los cuales llevaron al pie de la letra Susana, Mary y Adriana, (pero no Ángela, por las mismas razones anteriores), dicha relajación podía hacerse de manera progresiva o con viajes imaginarios a lugares donde ellas se sintieran tranquilas, aunado a que se le daban constantes recomendaciones para ser realizadas en casa, como se cita en el capítulo 5.

Esto también me dio la oportunidad de observar que en este tipo de pacientes es muy importante hacerles saber que esta a su alcance la mejora de su condición ya que las recomendaciones proporcionadas (semana a semana) eran cosas cotidianas en su vida como lo es en el caso de los baños con agua tibia, la lectura de libros preferidos, el escuchar música de su agrado, consumir alimentos de su preferencia y más cosas que sin pensar le harían sentirse mejor día a día.

En el caso del autor Jacobson (1938) citado en el capítulo 2, menciona la efectividad de dichos ejercicios de relajación y nos recomienda que la tensión y relajación de los músculos es efectivo, llegando a corroborar lo que el menciona, con este tipo de pacientes, ya que esta fue una de las técnicas más ocupadas por ellas al ser la más rápida.

Ya desde este momento se esta llevando esta terapia con un inclinación gestaltista ya que se le esta dando importancia al cuerpo, puesto que todo lo anterior estuvo realizado con este fin, mismo que tienen los gestaltistas, que mencionan la importancia del lenguaje corporal y que autores como Gringer (1983) citan en sus escritos, mencionando que el ser humano es vida, es energía fluyente y que esto tiene que ver con la terapia psicocorporal que esta acompañada de relajación como base en su estructura.

Posteriormente se realizó una selección de técnicas las cuales se podrían utilizar con estos pacientes, mismas que fueron elaboradas o modificadas por mi para poder acoplarlas a las necesidades de los propios pacientes, atreviéndome a realizar esto por la experiencia en algunos cursos (citados en el capítulo 4) los cuales me dieron como base la utilización de dichas técnicas en este tipo de patologías, mencionando que las citadas aquí solo fueron algunas de las aplicadas y que se mencionaron en este trabajo con el fin de hacer notar la efectividad de su utilización haciendo denotar que a pesar de que cada paciente es diferente y que su tratamiento fue diferente pueden existir líneas a seguir con ellos, como en esta ocasión se realizo, queriendo decir con esto que la diversidad de técnicas es importante pero que estas pueden servir como base para el tratamiento de estos pacientes.

Y hablando de esto, tenemos que dichas técnicas están enfocadas al conocimiento propio del paciente, tal y como lo mencionaba Adler (citado en el capítulo 2), ya que cita que hay que construir confianza en sí mismo y esto lo logramos con el conocimiento de sus propios sentimientos y emociones. Paralelo

a lo que la gestalt menciona ya que lleva al paciente a responsabilizarse de sus acciones y sentimientos, por ello se han seleccionado estas técnicas ya mencionadas teniendo como fin el mismo que los gestaltistas.

Por ello, he de nombrar la importancia que tuvo esto en estas pacientes, ya que ellas hablaban de todo lo que ocurrió en su pasado y sobretodo lo que los “demás” hacían, para que ellas se sintieran “mal” y que comentarios como “es que mí tía dice que estoy loca” (Adriana), “es que mi esposo no me hace caso ” (Ángela), “ parece ser que mi esposo lo hace al propósito” (Mary) o “ Todos han contribuido para que yo me sienta así” (Susana) provocaban, al parecer que las sintomatologías se presentaran en las pacientes, así que al hacerlas recapacitar acerca de que ellas eran las responsables de sus acciones y sentimientos, ayudó para que pudieran darse cuenta que eran ellas mismas las que tenían que cambiar, buscando su propio potencial interno y sobretodo estimulando su autorrealización.

Esto fue encontrado realizando las diversas técnicas, por ejemplo con la llamada “**El mapa de mi vida**”, donde los pacientes hablaban acerca de lo mal que los ha tratado la vida y de la forma en cómo la han enfrentado. Es aquí donde descargan todos sus sentimientos y recuerdos que les conflictúan, llegando a sentirse mejor al hablarlos, esta técnica en algunos casos duro más de una sesión ya que sus historias eran ligadas a otras y era un cuento de nunca acabar. Sin embargo, en este tipo de actividades se observó el peso que tienen las creencias y la ideas inculcadas por los padres, maridos y conocidos a lo largo de la historia, a la vez de las opiniones de los otros acerca de lo que son y sobre todo de la manipulación del futuro por otras personas y no de la misma paciente. Esta técnica se eligió con el fin de que los pacientes se dieran cuenta de que el pasado era sólo eso “el pasado” y que tuvieron que haber pasado por todas esas experiencias tanto positivas como negativas para poder ser la persona que hoy es. Y que lo mejor del pasado es que ya ocurrió y que jamás se va a volver a repetir. Dicha técnica resultó muy efectiva para todos los pacientes ya que se mostraban

demasiado tranquilos al darse cuenta que no eran responsables de que se hayan convertido en las personas que son. Y que no tenían ya que vivir con el sufrimiento, porque tenían más tiempo para enmendarlo.

Otra de las técnicas llamada “**Defectos y virtudes**”, ayudó a los pacientes a saber y aceptar que tienen defectos que son importantes de cambiar para poder tener una mejor calidad de vida, ya que en algunas ocasiones dichos defectos bloquean nuestra superación personal. Y gracias a esta actividad existieron cambios importantes en los pacientes ya que entendieron que no siempre hay que actuar como todos los demás nos enseñan sino que es nuestra responsabilidad elegir nuestra forma de ser.

Una técnica igual de determinante fue la de las “**creencias**” ya que se encontró cómo las ideas y costumbres enseñadas por nuestros padres y abuelos, inquietan de tal manera nuestras vidas que se ven bloqueadas por ellas y que están de alguna manera tan arraigadas en nosotros que es muy difícil poder deshacernos de ellas, sin embargo, los pacientes lograron identificar algunas que les ayudaron a poder seguir su camino más libres, y entendieron que no deben seguir con esas ideas si no lo desean y que simplemente pueden cambiarlas en cualquier momento que ellos decidan.

“**Cambiando tu forma de ver la vida**” es un actividad donde se le enseña al paciente a pensar de manera positiva, imaginar una vida perfecta con el fin de mostrarle que no siempre la vida tiene que estar ligada a sufrimientos y malos momentos, sino que puede ser tan bella como nosotros mismos nos lo proponemos y para estos pacientes fue un tanto importante, ya que estaban acostumbrados a pensar de manera muy negativa de la vida y que cuando se imaginaron que podían hacer lo que pensaban y soñaban no lo podían creer, pero en todos los casos mencionaron que intentarían que la vida fuera más sencilla de hoy en adelante. Ligada a esta técnica se utilizó otra, la cual hablaba de formarse “**nuevos objetivos**” hacia el rubro que desearan, por ejemplo hacia lo religioso, lo

escolar, lo laboral, lo amoroso, lo familiar, etc. esto fue muy importante ya que se permitieron a sí mismos reconocer que su vida podía ser planeada con nuevos objetivos y sobre todo que hay que tener una gran fuerza de voluntad para cumplirlos, y durante la totalidad de la terapia en cada paciente , podemos hablar de que el cumplimiento de dichas metas estuvieron muy elevadas, salvo en algunas que seguían aspectos relacionados con la apatía, el miedo o simples mecanismos de defensa, como lo fue en el caso de Ángela .

Otras técnicas determinantes en este proceso fueron ejercicios vivenciales como las llamadas **“el perdón”** y **“lo único que es seguro”** unidas a la aplicación de técnicas de relajación, fueron tan importantes, que ayudaron a los pacientes a valorar la vida que tienen, y a expresarlo los sentimientos de rencor hacia los demás. Algunos de los pacientes se negaban a aceptar que personas como sus padres contribuyeron para la tristeza, enojo y rencor con el que han dirigido su vida, y les fue un poco complicado entenderlo, pero al final lograron hacerlo y trabajaron con cada una de las personas que ellos consideraron que ocasionaban daño a su vida. En el caso del ejercicio ligado a la muerte (Lo único que sí es seguro) tuvimos un gran nivel de ansiedad en los pacientes en el momento de acercarlos a su muerte, pero al terminar se dieron cuenta de lo valioso que era vivir y disfrutar cada momento de su vida y las actitudes de los pacientes cambiaron desde ese momento, hacia todos los que le rodeaban.

Estas técnicas fueron las más representativas (como ya se mencionó) de todo el proceso en los pacientes, algunos de ellos expresaban inclinación por algunas o por otras, pero lo que sí es una realidad es que cada una de ellas fueron funcionando en cada uno de las pacientes, al mejorar su autoestima, su seguridad, su depresión, su enojo hacia los demás y hacia ellas mismas y muchas otras cosas más, consecuencia de toda esa vida llena de problemáticas.

Por otro lado, tenemos que al paso de las sesiones las pacientes (Susana, Mary y Adriana) no volvían a hablar de que se sintieran “mal” físicamente sino al

contrario, que sus cambios emocionales provocaban muchos movimientos en su vida y que al probar dichos cambios se interesaban más por disfrutarlos que por lo que su cuerpo sentía. Este no fue el mismo caso de Ángela, ya que nunca dejó de sentir sus mareos, nunca dejó de consumir sus medicamentos y siempre ponía en duda lo que el terapeuta le mencionaba. Esta paciente estaba demasiado apegada a las instrucciones y a cualquier tipo de comentario elaborado por su médico; el cual la mantenía en terapia, ya que la amenazaba diciéndole que si no iba a consulta, “no la volvería a atender”, y paradójico a esto en alguna sesión comentó que no quería dejar las terapias porque aprendía cosas nuevas, pero que no mejoraba su estado de salud porque no confiaba en eso, muchas de las veces insistió en que se le dieran soluciones inmediatas como algún tipo de medicamento, algún masaje, o algo que la ayudara a mejorar rápidamente, y se le enseñaron diversos ejercicios de relajación, mencionándole que estos le ayudarían mucho a mejorar, pero ella nunca siguió las instrucciones, trayendo diversas excusas como que: “no tengo tiempo”, “no puedo”, “me siento mal cuando los hago”, etc. Y así sucedió con todas las actividades, así que la mejora de Ángela jamás fue observable, a pesar de que ella mencionaba que se sentía un “poco” mejor.

Estos resultados fueron muy interesantes, ya que nos dimos cuenta de que al intervenir de manera directa con los sentimientos y emociones de los pacientes, se pueden mejorar su estado de ánimo y por supuesto su estado físico, esto fue importante analizarlo para mí, porque en el lugar en el que me encuentro laborando llegan muchos casos de este tipo, buscando solución a esto y que en muchas de las ocasiones los propios médicos no encuentran una razón lógica para estas problemáticas psicosomáticas y sólo los médicos que son conocedores de que también existen las problemáticas psicosomáticas son los que se acercan al servicio psicológico para que juntos puedan darle una solución al paciente.

Pero es muy triste observar que es una cantidad mínima de médicos que hacen esto, ya que muchos de ellos consideran que con medicamentos como estimulantes de sueño, antidepresivos, anticonvulsivos y otros, para poder controlar al paciente sobre sus conductas o en su defecto acuden a psiquiatras para la mejora de los mismos, tratando de nuevo, por medio de soluciones farmacéuticas de darle solución a estos conflictos y con referencia a esto, me uno a lo que menciona Cameron (1997) “Los desordenes psicosomáticos pueden incluir la piel y cualquiera de a las viseras, en una de muchas maneras diferentes. Pueden llegar a complicar el transcurso de una enfermedad física y alterar el resultado. Por ello el psiquiatra, no importa cuan versado en problemas médicos y quirúrgicos, no podrá hacerse cargo del trabajo del especialista, quien tiene experiencia en tratar la enfermedad física particular de la que este padeciendo el paciente. Tampoco es de esperar que el especialista en otros campos realice psicoterapia, excepto en situaciones relativamente sencillas. El éxito del tratamiento de los desordenes psicosomáticos depende de la cooperación inteligente y bien dispuesta de dos terapeutas, cada uno de ellos experto en su propia especialidad” (pp. 664).

Y me uno a esto pensando que ambos especialistas (medico y psiquiatra) no permiten al paciente descubrir lo que realmente le pasa, labor que puede llevar adecuadamente un psicólogo ya que una patología como la que presentaban estos pacientes no era resuelta con medicamentos sino con tratamiento psicoterapéutico, como se corroboró en este trabajo.

Así pues, la importancia que el psicólogo tiene aquí es esencial pero ha de mencionarse que para el tratamiento de las problemáticas psicosomáticas es igualmente importante la asistencia de los propios médicos y especialistas relacionados con la salud del paciente para tener una mejora adecuada y funcional del mismo.

Por su parte, un psicólogo que se decida a tratar este tipo de pacientes tiene que contar con muchas habilidades a la vez de tener muchos conocimientos médicos, fisiológicos, de la conducta, del lenguaje corporal y hablado, de métodos de relajación, de conocimientos generales y más, con el fin de prestar un buen servicio a nuestros pacientes y lograr tener una influencia en ellos que pese lo mismo que la de un médico o más aún.

Por último es importante mencionar la formación del psicólogo dentro de la FESI (Facultad de estudios Superiores Iztacala) porque gracias a ella, los psicólogos pueden desarrollar una labor como ésta, de manera adecuada o no.

Con lo que respecta a mi experiencia la formación dentro de la FESI a nivel teórico fue muy variada, ya que a pesar de ser una escuela con inclinaciones a la propuesta conductista, no cierra su visión de que se debe aprender de “todo” porque así como el conductismo es manejado en las aulas, el psicoanálisis, la psicología social, la cultural, la cognitivo-conductual, etc. Son aprendidas aquí; esto fue para mi muy benéfico ya que me ayudó a poder conocer diversas técnicas que a futuro me ayudaría para poder darles un buen servicio a mis pacientes y que a su vez me enseñó a que no debemos inclinarnos solo por una de las escuelas psicológicas ya que como anoto en el capítulo 2 la diversidad de técnicas derivadas de las mismas es algo que podemos utilizar siempre y cuando ayude con esto a la mejora del paciente, es decir, no importa que utilicemos la interpretación de los sueños (del psicoanálisis), o el psicodrama o terapia de aversión (del conductismo) o terapias derivadas de la gestalt; el objetivo finalmente es ayudar al paciente, no importando con esto la utilización de múltiples técnicas, siempre y cuando sepamos aplicarlas adecuadamente y sabiendo que esto favorecerá a nuestro paciente.

Y con respecto a la práctica, considero que fue muy escasa, ya que no se realizaban estudios o servicios sociales más allá de 6 meses que duraba un ciclo escolar, y que cuando se iniciaba el proceso de formación adecuadamente; el

semestre terminaba y nos teníamos que olvidar de eso y pasar a otra labor. Esto considero que no nos daba la oportunidad de adentrarnos por completo a las problemáticas y solo nos llevábamos un poco de conocimiento y que muchas veces era olvidado o sustituido por otros más, pero lo que si es rescatable son las habilidades aprendidas en este proceso y es aquí donde podemos citar a autores como Berstein y Nietzel (1996) los cuales nos hablan acerca de las actividades o funciones que debe desempeñar un psicólogo clínico y lo cual pude adquirir dentro de la facultad ya que el estar dentro de la misma me ayudó aprender a trabajar bajo la visión de un psicólogo clínico, de hecho durante la carrera existe una materia específicamente enfocada a esto.

Dentro de las destrezas que debemos de tener como psicólogos clínicos, tal y como lo mencionan los autores anteriores tenemos que sobresale **el trabajo bajo presión** que es muy indispensable para poder llevar a cabo nuestro trabajo, ya que realmente trabajar con tanta diversidad de problemáticas o patologías es agotador ya que hay muchas cosas que tomar en cuenta y que cuando estas iniciando a dar consulta como psicólogo clínico es agotante tener que introducirte a la problemática sin que tengas que involucrarte personalmente en ella, esto es algo que desde que estas en la facultad tienes que empezar a manejar y el trabajar bajo presión es esencial para esta carrera.

Otra de las cosas que considero que se aprenden en la facultad es la **detección de las problemáticas**, y que a pesar de que los pacientes llegan con una demanda para ellos bien identificada acerca de su problemática, en muchas de las ocasiones no es tan real, ya que no se dan cuenta de que existe un trasfondo, algunos ejemplos de esto, son los 4 casos citados en este trabajo ya que a pesar de presentarse por dolencias físicas, se encontraron sus grandes vacíos existenciales que tenían mucho que ver para que dichas patologías aparecieran, así que si se resolvían las problemáticas emocionales, entonces mejoraría la cuestión física, hipótesis que fue comprobada en 3 de estos casos.

Ligada a esta hipótesis estuvo una **planeación de soluciones** ya que al suponer, que mejorando el ámbito emocional, mejoraría lo físico, se realizó una planeación de técnicas para cada uno de los pacientes que tuvieran que ver con las cuestiones emocionales y resaltando la importancia que tenía el hecho de que estuvieran vivos y que podrían alcanzar la felicidad de otra manera muy diferente.

Es importante mencionar que se dejó atrás el tema de “estar enfermos”, ya que este tipo de pacientes al presentar un nivel alto de hipocondriasis era muy probable que si se les recordaba que se sentían mal, iban a seguir sintiéndose así, por este motivo se cambiaban las frases a algunas más estimulantes para ellos que eran “que bien te ves hoy”, “que hiciste esta semana que tienes una mejor cara” y más frases que le ayudarán a sentirse mejor.

Dicha planeación de soluciones es algo que aprendes dentro de la escuela y que es muy funcional para el psicólogo clínico, ya que ejemplos como estos es la mejor manera de hablar acerca de lo que se aprende dentro de un aula.

A pesar de que dentro de la carrera no existe una instrucción con respecto al manejo de pruebas psicológicas, es importante manejarlas ya que en mi punto de vista me ha ayudado a ubicar mejor la problemática, no tan solo en este tipo de pacientes sino con otras problemáticas, específicamente con los niños, ya que no se sabe en muchos de los casos porque surgen algunas conductas en los pequeños o bajos niveles de aprovechamiento escolar, ya que es muy poco común que los pequeños expresen lo que les pasa y el manejo de las pruebas ayuda a la detección de esto, en mi caso particular creo que el haber estudiado un diplomado y cursos de pruebas psicológicas, ayudó a que pudiera encontrar algunas cosas importantes en mis pacientes, pero creo que dentro de la carrera debería de existir una materia específica acerca de esto, ya que para muchos estudiar por fuera un curso como este, en ocasiones esta fuera de sus posibilidades económicas y no pueden aprender algo tan importante como dichas pruebas.

Por último quisiera recomendar un **asesoramiento** dirigido a las personas egresadas de esta carrera por parte de los profesores, ya que cuando se empieza a ejercer es muy complicado poder visualizar una problemática en todo su entorno, en un inicio considero que no se debe de ir sola a tratar de solucionar las problemáticas de los demás así que se necesitaría de una o varias personas que estuviesen tras de nosotros los egresados para podernos ayudar a esto y que se cometieran los menores errores posibles. En mi caso muy particular me atreví a iniciar el servicio psicológico a nivel clínico apoyada de varios cursos y diplomados tomados con anterioridad, pero lo que me ayudó a hacer las cosas lo mejor que se podían fue el asesoramiento de mi directora de tesis, ya que ella siempre estuvo detrás de mis ejecuciones, pero sin ningún tipo de remuneración, mas que el poder ayudar a alguien; por ello yo considero que muchos profesores deberían de organizar dicha ayuda para los egresados, ya que para nosotros es muy difícil y más aún sin alguien que nos ayude a la solución de dichas problemáticas.

Y finalmente lo relacionado al lugar donde se introdujo mi servicio, es de mencionarse que esto sirvió como base para que las demás unidades de los Laboratorios Clínicos Azteca incorporaran el mismo de asistencia, ya que al darse cuenta de que más pacientes acudían a estos lugares, llamados por los cursos y promociones del psicólogo, su clientela (en cuestión a análisis clínicos) aumentaba a la vez de mantener un mayor vínculo con los propios médicos, ya que son ellos los que mantienen el trabajo de este tipo de lugares.

Y una cosa que ayudó a que mi labor dentro de esta empresa fuera lo que lo le llamo “efectiva” fue que mi trabajo no dependía de la labor de otros, solo yo podía tratar a mis pacientes o en un determinado caso, canalizarlos a otros lugares especializados en la problemática, pero esto también ocasionó que cometiera muchos errores ya que al no salir de la carrera con los adecuados conocimientos fui terminando de adquirir las habilidades adecuadas “sobre la marcha” , es decir, la forma de actuar dentro de una sesión, el saber ocupar las

palabras correctamente, el hablar con confianza y más cosas que no están en los libros y que al paso del tiempo aprendí, pero esto no quiere decir que sea suficiente, sino que tendré que seguir adquiriendo conocimientos día a día para poder darle lo mejor a mis pacientes, como lo estoy haciendo actualmente; esperando que los psicólogos que me preceden puedan utilizar este trabajo como base para su labor futura y tratando que esto sirva para minimizar los errores cometidos por su servidora cuando se inicia una labor de este tipo.

REFERENCIAS.

- ⌘ Anderson, H. (1997) *“Conversation; Language, and Possibilities: A Postmodern Approach to Therapy.”* New York. Basic Book
- ⌘ Ávila E. A. y Poch B. J. (1994), *Manual de Técnicas de la psicoterapia, un enfoque psicoanalítico*, España, Siglo XXI
- ⌘ Ávila E. A. (1997), *Evaluación en la psicología clínica, Proceso, método y estrategias psicométricas, vol. 1*, Salamanca, Amaru.
- ⌘ Bellack L. y Siegel, H. (1983), *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*, México, Manual Moderno.
- ⌘ Bernstein, B. y Nietzel, S. (1996). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill. Caps. 1 y 2.
- ⌘ Braumgardner P. (1994), *Terapia Gestalt, Fritz y Perls, Teoría y práctica. Una interpretación*. México, Árbol.
- ⌘ Cameron N. (1997), *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*, México, Trillas.
- ⌘ Castañedo y Cols. (1993), *Seis enfoques psicoterapéuticos*, México, Manual Moderno.
- ⌘ Caudill M.A. (1998), *Controle el dolor antes que el dolor le controle a usted. Descubra qué es lo que realmente incrementa y disminuye el dolor*, Barcelona, Paidós.

- ⌘ Dreier, O. (1999). *Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social*. Revista de Psicología y ciencia social. 3,1, pp.28-49
- ⌘ Feldman, R (1998). *Psicología con aplicaciones a países de habla hispana*. México: Mc Graw Hill.pp.49-65
- ⌘ Galindo T.R. (2002) *El ejercicio profesional del psicólogo en el consultorio psicopedagógico "Camino al cambio"*, Tlalnepantla, Reporte de trabajo profesional, para obtener el título de licenciado en psicología, FES, Iztacala. UNAM.
- ⌘ Garfield, S (1979) *Psicología clínica*. México, Manual Moderno
- ⌘ Ginger S. (1993), *La gestalt. Una terapia de contacto*, México, Manual Moderno.
- ⌘ Flores G. I. (2002), *Identidad psicosomática del adolescente mexicano urbano*, Tlalnepantla, Tesis Teórica para obtener el título de licenciado en psicología, FES, Iztacala, UNAM.
- ⌘ Harrsch, C, (1985). *El psicólogo ¿Qué hace?* México: Alambra. Cap. 1 y 2
- ⌘ Hothersall D. (1997), *Historia de la psicología*, México, Mc Graw Hill.
- ⌘ Knapp T. y Whitney L. (1984), *Manejo de la conducta en la práctica médica y de enfermería*. En Craighead, E. Kazdin A. y Mahoney M., *Modificación de la conducta: principios, técnicas y aplicaciones*, Barcelona, Omega pp. 277-307.

- ⌘ Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1998). *Psicología clínica, perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa. Pp.39-47.

- ⌘ Latorre, J. y Beneit, P. (1992). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen. Cap. 1.

- ⌘ Lave, J y Wegner, E. (1991). *Aprendizaje situado: Participación periférica legítima*. New York: Cambridge University Press.

- ⌘ López, S. (1995) *Historia de la Psicología en México*, tomo 1, México: Ceapac

- ⌘ Martorell J.L. (1996), *Psicoterapias, escuelas y conceptos básicos*. Madrid, Pirámide.

- ⌘ Morales M.L. (1993), *Psicometría aplicada*, México, Trillas.

- ⌘ Oblitas, A. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdez, Cap. 1.

- ⌘ Phares, J. E. (1996). “*Antecedentes históricos y tendencias actuales: Cronología y análisis*”. En: *Psicología clínica*. México: Manual Moderno. Caps. 1 y 2

- ⌘ Phares, J. (1996), *Psicología clínica, problemas fundamentales*. México, Manual Moderno.

- ⌘ Pérez, A (1980) *Psicología clínica, problemas fundamentales*. México: Trillas.

- ⌘ Portuondo J. A y Tamales F.M. (1979), *Psicoterapia existencial, gestáltica y psicoanálisis*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- ⌘ Proto L. (2002), *Curación por medio de la mente*, España, EDAF.
- ⌘ Rapoport A. M. y Sheftell F.D. (1994), *Cefaleas, fisiología, Diagnostico y estrategias terapéuticas*, Buenos Aires, Atenco.
- ⌘ Reisman, J. M. (1976). *Una historia de la Psicología clínica*. New York: Irvington. pp. 55-68.
- ⌘ Ridruejo A. y Cols. (1996), *Psicología Médica*, España, Mac Graw Hill.
- ⌘ Rivas, J. (1996). *Acupuntura y Homeopática: Diagnóstico y tratamiento de enfermedades frecuentes*. México: A. G. T. Editor. Cap. 1.
- ⌘ Salama P.H. (1991), *Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas*. México, Manual Moderno.
- ⌘ Sin autor (2000), *Cómo entender y aliviar el estrés. Síntomas, causas, diagnóstico y tratamiento*, México, Grupo editorial.
- ⌘ Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica de investigación*. México: Manual Moderno.
- ⌘ Vaillant G.(1970) *La historia natural de los narcóticos y la drogadicción*, México (pp. 497)

Direcciones electrónicas.

- ⌘ Encarta 2003

⌘ Universidad del bosque

www.lafacu.com

⌘ psicología.iztacala.unam.mx

⌘ www.geocities.com